

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**

VITÓRIA COSTA D'AVILA

**ANÁLISE DA DEMANDA EM UM PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL DO SUL
DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**CRICIÚMA
2018**

VITÓRIA COSTA D'AVILA

**ANÁLISE DA DEMANDA EM UM PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL DO SUL
DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Enfermeira no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof. ^a MSc. Ioná Vieira Bez Birolo

CRICIÚMA


VITÓRIA COSTA D'AVILA


**ANÁLISE DA DEMANDA EM UM PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL DO SUL
DO ESTADO DE SANTA CATARINA**


Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Enfermeiro, no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 07 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª MSc. Ioná Vieira Bez Birolo - (UNESC) - Orientadora


Profª Lenita Duart da Silva de Campos - Especialista - (Hospital Materno Infantil
Santa Catarina)


Profª Francielle Lazzarin De Freitas Uava - Especialista - (Prefeitura Municipal de
Criciúma)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, autor de minha existência. Em especial ao meu pai Vicente, minha mãe Fátima que são sinônimos de amor infinito e grandes heróis durante essa difícil jornada. A toda minha família, que serviram de apoio e não mediram esforços para me fazer chegar até aqui.

RESUMO

Os primeiros anos de vida são muito importantes para o desenvolvimento humano integral. Em Criciúma uma das estruturas para efetividade da assistência à saúde das crianças é o Hospital Materno Infantil Santa Catarina, único hospital infantil do Sul do Estado. Este estudo teve como objetivo analisar a demanda do pronto atendimento infantil do referido Hospital, caracteriza-se como um estudo quantitativo, do tipo descritivo, com amostra probabilística. Foram aplicados 263 questionários na sala de espera do Pronto atendimento, com os responsáveis, acompanhantes das crianças de zero a seis anos. Os dados foram organizados em planilhas e apresentados em tabelas com frequência absoluta e relativa. Os aspectos éticos foram respeitados e o projeto da pesquisa aprovado no CEPE (Parecer 2.798.731). A análise da demanda do Pronto Atendimento Infantil indica que o perfil dos pacientes que utilizam o serviço é em sua maioria meninos, entre 0 a 1 ano de idade que procuram o atendimento por febre e infecções respiratórias. O resultado dessa pesquisa caracteriza a demanda e pode contribuir para melhoria dos serviços oferecidos na região.

Palavras-chave: Pediatria. Hospital pediátrico. Saúde pública. Saúde da criança.

ABSTRACT

The first years of life are very important for integral human development. In Criciúma one of the structures for effectiveness of the health care of children is the Hospital Materno Infantil Santa Catarina, the only children's hospital in the South of the State. The purpose of this study was to analyze the demand for early care of the referred Hospital, which is characterized as a quantitative study, of the descriptive type, with a probabilistic sample. A total of 263 questionnaires were administered in the waiting room of the emergency room, with those responsible, accompanying children from zero to six years. The data were organized into spreadsheets and presented in tables with absolute and relative frequency. The ethical aspects were respected and the research project approved in CEPE (Opinion 2,798,731). The analysis of the demand of the Early Child Care Service indicates that the profile of the patients who use the service are mostly boys, between 0 and 1 year of age who seek care for fever and respiratory infections. The result of this research characterizes the demand and can contribute to the improvement of the services offered in the region.

Keywords: Pediatrics. Pediatric hospital. Public health. Child health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grau de parentesco do acompanhante das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	32
Tabela 2 - Sexo/Gênero do acompanhante das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense	32
Tabela 3 - Idade do acompanhante das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense	33
Tabela 4 - Cor, raça ou etnia do acompanhante das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	33
Tabela 5 - Sexo das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense	34
Tabela 6 - Faixa etária das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense	34
Tabela 7 - Raça, cor ou etnia das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	35
Tabela 8 - Renda familiar das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	35
Tabela 9 - Moradia das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense	36
Tabela 10 - Pavimentação das ruas onde habitam das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	36
Tabela 11 - Tratamento de esgoto das moradias das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	36
Tabela 12 - Tratamento de água nas moradias das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	36
Tabela 13 - Pessoas do convívio familiar das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense	37
Tabela 14 - Frequência à escola/creche das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense	38
Tabela 15 - Responsável das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense quando não estão na escola/creche	38
Tabela 16 - Cidade que moram as crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	39

Tabela 17 - Local de moradia por regional de saúde das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	40
Tabela 18 - Crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense que utilizam a unidade de saúde de seu bairro	41
Tabela 19 - Frequência da procura ao PAI do Sul Catarinense das crianças em espera por atendimento	41
Tabela 20 - Acesso ao PAI do Sul Catarinense das crianças em espera por atendimento.....	42
Tabela 21 - Existência de Hospital conveniados ao SUS nas cidades das crianças, em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense	42
Tabela 22 - Histórico Clínico das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	43
Tabela 23 - Motivo da consulta das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	44
Tabela 24 - Classificação de risco das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense	46
Tabela 25 - Procura prévia à Unidade de Saúde das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense.....	46
Tabela 26 - Motivo da procura das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense subsequente ao comparecimento na Unidade Básica de Saúde	47
Tabela 27 - Motivo das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense não terem procurado a Unidade Básica de Saúde antes do PAI	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PAI	Pronto Atendimento Infantil
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
HMISC	Hospital Materno Infantil Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
RAS	Redes de Atenção à Saúde
CF	Constituição Federal
IDEAS	Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde
CEPE	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
2.1.1 Atenção primária	15
2.1.2 Atenção secundária	16
2.1.3 Atenção terciária	17
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	17
2.3 PRINCIPAIS AGRAVOS CLÍNICOS QUE ACOMETEM AS CRIANÇAS	18
2.3.1 Pneumonia	18
2.3.2 Asma.....	19
2.3.3 Otite	19
2.3.4 Sinusite	20
2.3.5 Amigdalite	20
2.3.6 Bronquite	21
2.3.7 Gastroenterite.....	22
2.3.8 Febre.....	22
2.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	23
2.4.1 Eixo vermelho	24
2.4.2 Eixo amarelo	24
2.4.3 Eixo verde	25
2.4.4 Eixo azul.....	25
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	27
3.2 LOCAL DO ESTUDO	27
3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	28
3.3.1 Critério de inclusão.....	28
3.3.2 Critério de exclusão	28
3.4 AMOSTRA.....	28
3.5 VARIÁVEIS.....	29
3.5.1 Dependente.....	29
3.5.2 Independentes	29
3.6 COLETA DE DADOS	30

3.6.1 Momentos da pesquisa	30
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	32
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ACOMPANHANTES E PACIENTES.....	32
4.2 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE (S)	59
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	60
ANEXO (S)	63
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64

1 INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. É o que diz a constituição brasileira de 1988, onde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. (BRASIL, 1988, p.103).

De acordo com a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, é dever do Estado garantir a saúde com formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990a).

Segundo Pontes, Oliveira e Gomes (2014) a criação do SUS teve como objetivo alterar a situação de discriminação e desigualdades no atendimento, tornando universal o atendimento ao público em todos os serviços de atenção primária, secundária e terciária para todos os cidadãos.

Os primeiros anos de vida é o período com a maior “janela de oportunidades” para o desenvolvimento humano integral. Todos os aprendizados durante a primeira infância servem de base para tudo que irá acontecer ao longo de sua vida. Ainda para cada uma das fases dependem da anterior para que as atividades mais complexas sejam executadas, assim como, uma sequência de aquisição de novas habilidades devem ocorrer de forma contínua, dinâmica e progressiva. (BRASIL, 2017a).

Brasil (2013), diz que por estar em constante desenvolvimento, as experiências que um ser humano vive nos primeiros anos de vida são fundamentais para a formação do adulto que ela será futuramente. Portanto, para que isso ocorra de forma ideal a criança deve crescer em um ambiente seguro, saudável e cercado de afeto.

A atenção e os serviços especiais para a assistência de crianças desenvolveram-se sobretudo nos últimos cem anos. A Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (2009), fala que antes os hospitais de crianças ou departamentos exclusivos para elas eram raros. As crianças doentes eram colocadas em leitos ao lado de adultos. Em 1832, foram criadas as primeiras

escolas de medicina e a pediatria só passou a se constituir formalmente como especialidade em 1882. Apesar de ter muita importância, a permanência de pais ou responsáveis durante a assistência e internação, não era permitida.

No Brasil, a permanência dos pais ou responsáveis pela criança no hospital tornou-se efetiva por força do artigo 12 da Lei nº 8.069, de 1990 - Lei do Estatuto da Criança e de Adolescente. A Lei valoriza a importância da presença e da participação da família no processo de recuperação da saúde da criança e valoriza a participação dos pais ou responsáveis durante o atendimento à criança, cobrindo os custos do acompanhante caso necessário. (BRASIL, 1990).

A criança nasce possuindo alguns direitos, Brasil (2013), fala que entre eles estão: ser registrada gratuitamente; Realizar o teste do pezinho, idealmente entre o 3º e o 5º dia de vida; Ter acesso a serviços de saúde de qualidade; Ter acesso à escola pública e gratuita perto do lugar onde mora; Receber gratuitamente as vacinas indicadas no calendário básico de vacinação; Ter acesso à água potável e alimentação adequada; Ser acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento; Ser acompanhada pelos pais durante a internação em hospitais; Viver em um lugar limpo, ensolarado e arejado; Ter oportunidade de brincar e aprender; Viver em ambiente afetivo e sem violência.

Brasil (2018), diz que entre zero a seis anos é construído e desenvolvido toda a estrutura emocional e cerebral da criança, por esse motivo, a primeira infância é considerada o melhor investimento social existente. Mas, esse desenvolvimento não pode ser totalmente bem-sucedido, se a criança não receber apoio e investimento do governo na sua formação, saúde, educação e outros aspectos.

Os cuidados com a criança nos primeiros anos de vida e a estimulação precoce exercem uma função importante no desenvolvimento emocional, cognitivo e social. É parte da avaliação integral da saúde da criança manter o vínculo dela com a família, com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, amamentação, alimentação complementar, hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de doenças e agravos, promovendo cuidado em tempo oportuno. (BRASIL, 2018).

Para Peixoto et al. (2013), as metas de descentralização e hierarquização no atendimento pediátrico não têm conseguido obter o êxito esperado, pois altas demandas por atendimentos nos serviços de urgência ainda existem, o que

evidencia essas altas demandas nos serviços são as dificuldades de cumprir as metas de universalidade, igualdade e descentralização do acesso à atenção à saúde.

Ainda para Peixoto et al. (2013), a fragilidade dos sistemas de referência e contra referência é um fator determinante do volume de atendimentos, por esse motivo poucos preferem a unidade básica quando a criança adocece, e a maioria utiliza os serviços de urgência, o que pode ser justificado através da preferência pelos profissionais, formas de acesso, resolatividade ou qualidade de atendimento.

O Instituto conveniado ao SUS que administra o Hospital desse estudo, afirma que essa é uma das estruturas para efetividade da assistência à saúde das crianças da região sul, mesmo que a responsabilidade até o momento recaia sobre a Secretaria Municipal de Saúde do Município sede. Como único hospital infantil da região litorânea compreendida entre o município de Passo de Torres e a capital Florianópolis, assumido como referência para esse tipo de atendimento em toda região do sul catarinense. (IDEAS, 2017).

Partindo desse contexto, avaliou-se o perfil sócio demográfico e clínico dos pacientes que estão esperando por atendimento na sala de espera. Considera-se de grande importância avaliar o perfil dos pacientes que procuram o hospital pediátrico, tendo em vista que muitas vezes o problema dos mesmos poderia ser resolvido na atenção básica, evitando superlotação no hospital, longa espera e exposição a riscos.

Com essas reflexões sobre a demanda de atendimento hospitalar na emergência pediátrica tem-se como problema de pesquisa:

Qual demanda de um pronto atendimento infantil do Sul do Estado de Santa Catarina?

Hipóteses:

✓ Há uma predominância de agravos relacionados a doenças do aparelho respiratório e gastrointestinal.

✓ Muitos casos poderiam ter sido resolvidos na atenção básica, avaliados por profissionais e conforme necessidade, encaminhados a outros serviços da rede de atenção à saúde.

✓ Os responsáveis em sua maioria são mulheres, mães das crianças, com idade entre 20 a 30 anos.

A presente pesquisa teve como objetivo geral:

✓ Analisar a demanda de um pronto atendimento infantil do Sul do Estado de Santa Catarina.

Elencou-se a partir do objetivo geral, os seguintes objetivos específicos:

✓ Analisar o perfil sócio demográfico e clínico dos pacientes que procuraram o serviço;

✓ Analisar o perfil sócio e demográfico do responsável pelo paciente;

✓ Descrever o motivo da procura pelo pronto atendimento;

✓ Identificar conforme classificação de risco, feita pelos profissionais, se o caso seria passível de resolução na atenção básica.

No primeiro capítulo foi realizado uma revisão bibliográfica sobre: sistema único de saúde, Saúde da Criança, principais agravos clínicos e classificação de risco.

No segundo capítulo, apresentou-se os procedimentos metodológicos, abordando os aspectos éticos, tipo de pesquisa, sujeito e local de estudo, levantamento de dados e procedimento para análise e interpretação dos dados.

No terceiro capítulo a apresentação dos resultados e na sequência as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conforme a Constituição Federal de 1988, a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, com base nisso, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo foi criado. Ele abrange desde o simples atendimento para verificação de pressão arterial até o transplante de órgãos. Assim, para Brasil (2018b) toda a população do país tem garantia por direito ao acesso de forma integral, universal e equânime.

No período anterior à Constituição Federal de 1988, o sistema público era direcionado apenas aos trabalhadores que possuíam vínculo com a previdência social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com garantia de atendimento em serviços hospitalares. De acordo com Brasil (2018b), com a criação do SUS, todos os cidadãos brasileiros têm direito, sem nenhum tipo de discriminação, ao acesso de forma igualitária ao sistema público de saúde.

A Constituição Federal de 1988 e posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, reforçam sobre os debates que existem nesse conceito. Sendo assim, o fato de a pessoa não possuir nenhuma doença, não é sinônimo de saúde (BRASIL, 1990a). Brasil (2018b), considera que saúde vai além disso, saúde está na qualidade de vida decorrente de outras políticas públicas que promovam a redução de desigualdades regionais e promovendo desenvolvimento econômico e social.

2.1.1 Atenção primária

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Resolução 2436/2017 do Ministério da Saúde considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como equivalentes e os define como:

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017a, p.1).

A mesma Política afirma que a AB é a principal porta de entrada para os serviços da rede de atenção à saúde, por isso deve ser oferecida de forma integral para todos, de acordo com suas necessidades provenientes do ambiente de vida, sem nenhum tipo de discriminação.

Para Fiocruz (2018), a atenção básica/primária em saúde, é considerada a “porta de entrada” dos usuários no sistema de saúde, ou seja, é nela que acontece o atendimento inicial. O real objetivo da atenção primária, é orientação quanto a prevenção de doenças e solução dos agravos. Caso receba casos graves, a função é encaminhar para os demais pontos da rede de atenção em saúde conforme a necessidade, dessa forma, a Atenção Primária funciona como um filtro com capacidade de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

Dentre os serviços que a atenção básica oferece, Fiocruz (2018), mostra os seguintes: equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; Programa Melhor em Casa, com atendimento voltado a atenção domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades entre outros.

2.1.2 Atenção secundária

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) conforme Brasil (2018c), faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo deste, é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar. Sendo assim, há melhoria nos atendimentos a saúde, diminuição nas filas além do aumento da capacidade de atendimento em todos os pontos de atenção à saúde. As Unidades de Pronto Atendimento, servem para os casos de urgência e emergência traumáticas e não traumáticas, assim como, apoio no atendimento e assistência à saúde em feriados e finais de semana quando a unidade de saúde estiver fechada.

A Unidade de Pronto Atendimento dispõe de consultórios, serviços de laboratório e raio-x. Também pode contar com leitos de observação para adultos e crianças, salas de medicação, nebulização, ortopedia e uma “sala de emergência” para estabilizar os pacientes mais graves que, após o atendimento necessário para

a estabilização do quadro clínico, podem ser removidos para um hospital ou outro serviço da rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2018c).

2.1.3 Atenção terciária

Atenção terciária ou alta complexidade segundo Direito e Saúde Pública (2012), denomina o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, que empregam tecnologias duras e que são realizados no ambiente hospitalar. O modelo técnico-científico de atenção à saúde, que privilegia o hospital como ambiente para a prática de cuidados, contribuiu para que a atenção terciária permanecesse no imaginário popular como nível de atenção à saúde de maior importância.

Dessa forma, tem-se a imagem de um hospital bem equipado com eficiência em saúde, pois é comum ver a mídia por em destaque novas tecnologias e técnicas experimentais para as soluções dos problemas de saúde. (DIREITO E SAÚDE PÚBLICA, 2012).

O papel dos hospitais é oferecer aos usuários do SUS atendimento de saúde especializado de média e alta complexidade, como cirurgias eletivas e tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade. Para chegar ao hospital, geralmente o usuário é encaminhado depois de ser atendido por uma UBS ou UPA, dependendo de cada caso. Tudo isso acontece devido ao processo de troca de informações entre as redes de atenção à saúde no SUS. (BRASIL, 2018b).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação das Redes de Atenção à Saúde aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, contribuindo para o avanço do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2010).

As redes temáticas de Atenção à Saúde representam a chance de atingir o princípio constitucional da integralidade, além de orientar os usuários para a utilização dos serviços de saúde. São elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (BRASIL, 2014, p.11).

A organização da Rede de Urgência e Emergência no SUS, segundo a portaria nº 1.600, de 2011 tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

A rede cegonha é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério. E as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tem como objetivo um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da mortalidade materna e neonatal. (BRASIL, 2018d).

Segundo Brasil (2018d), entre as diretrizes da Rede Cegonha, estão a garantia do acolhimento com classificação de risco, a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, a garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e a garantia da ampliação do acesso ao planejamento produtivo.

2.3 PRINCIPAIS AGRAVOS CLÍNICOS QUE ACOMETEM AS CRIANÇAS

2.3.1 Pneumonia

As pneumonias são provocadas pela penetração de um agente infeccioso ou irritante (bactérias, vírus, fungos e por reações alérgicas) no espaço alveolar, onde ocorre a troca gasosa. Esse local deve estar sempre muito limpo, livre de substâncias que possam impedir o contato do ar com o sangue. Diferentes do vírus

da gripe, que é altamente infectante, os agentes infecciosos da pneumonia não costumam ser transmitidos facilmente. (BRASIL, 2011).

O conhecimento dos fatores de risco para a hospitalização por pneumonia permite identificar aspectos a serem priorizados na prevenção e no manejo da doença. Tais fatores incluem: sexo, idade, tipo de parto, peso ao nascer, idade gestacional, ordem de nascimento, amamentação, desnutrição, morbidade prévia e atual, imunização, uso de medicamentos, características parentais e socioeconômicas, saneamento básico, poluição intra e extradomiciliar, cuidado da criança fora de casa e acesso a serviços de saúde. (PINA et al., 2017, p.2).

2.3.2 Asma

Segundo Brasil (2017), a asma é uma das doenças respiratórias crônicas mais comuns atualmente, juntamente com a rinite alérgica e doença pulmonar obstrutiva crônica. Dentre as características dessa doença, estão a dificuldade de respirar, chiado e aperto no peito, respiração curta e rápida. Os sintomas começam a piorar nas primeiras horas da manhã e durante a noite, mas pode ocorrer também após a prática de exercícios físicos, mudanças climáticas e exposição a alérgenos.

Vários fatores ambientais e genéticos podem gerar ou agravar a asma. Entre os aspectos ambientais estão a exposição à poeira e barata, aos ácaros e fungos, às variações climáticas e infecções virais (especialmente o vírus sincicial respiratório e rinovírus, principais agentes causadores de pneumonia e resfriado, respectivamente). Quanto os fatores genéticos, destacam-se o histórico familiar de asma ou rinite, além da obesidade. (BRASIL, 2017).

A doença pode ser controlada e o Sistema Único de Saúde (SUS) oferta o tratamento. Para isso, a orientação é que o paciente procure uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para poder receber com clareza todas as orientações relacionadas ao tratamento e a prevenção de crises, bem como, entender os sinais e sintomas e os sinais de agravamento da doença. (BRASIL, 2017).

2.3.3 Otite

Otite para Brasil (2018a), é uma inflamação na orelha média ou externa, bem como na mucosa do tímpano ou no ouvido. Sua principal característica é a dor no ouvido que é causada pela entrada de organismos na orelha.

Souza Neto (2013), diz que há 3 tipos de otite: Otite Média Aguda, que é caracterizada pela presença de secreção no ouvido médio e está associada a um início rápido aos sinais de inflamação. Otite Média Recorrente, que é ocasionada pela ocorrência de um ou mais episódios de Otite Média Aguda em seis meses ou quatro episódios em um ano. Já a Otite Média com Efusão é a inflamação do ouvido médio, juntamente com uma coleção líquida no seu espaço e apresenta a membrana timpânica intacta.

2.3.4 Sinusite

Para Brasil (2015), a Sinusite se caracteriza como inflamação das mucosas dos seios da face, semelhante a mucosa do nariz com muitas glândulas que produzem muco permanente e imperceptível que são constantemente drenados, alterações anatômicas e processos infecciosos ou alérgicos que provocam inflamações, impedem essa drenagem facilitando a invasão por microrganismos oportunistas predispondo a criança a sinusite.

Há dois tipos de sinusite, crônica e aguda. Os sintomas da aguda envolvem dores de cabeça na área do seio da face onde houve maior comprometimento. A dor pode ser forte, em pontada, pulsátil ou o paciente pode apresentar sensação de pressão ou peso na cabeça. Outro sintoma, é a dificuldade na respiração, que aparece após o surgimento de secreção amarela-esverdeada ou sanguinolenta. Febre, cansaço, coriza, tosse, dores musculares e perda de apetite também estão entre os sintomas. (BRASIL, 2015).

Ainda por Brasil (2015), a Sinusite Crônica apresenta os mesmos sintomas da aguda, porém o que varia é a intensidade deles. A tosse predomina no início da manhã e durante a noite, pelo fato de a secreção escorrer pela parte posterior das fossas nasais e irritar as vias aéreas, disparando os mecanismos de tosse. Final da manhã e durante tarde, os sintomas diminuem ou até desaparecem. Já as dores nos seios da face e febre podem se ausentar.

2.3.5 Amigdalite

A amigdalite é a inflamação das amígdalas. Certal (2018), afirma que os sintomas como dor de garganta e de cabeça, febre, alterações da voz, halitose,

dificuldade na deglutição, entre outros, são frequentes na amigdalite. É tipicamente atribuída à inflamação das amígdalas palatinas, contudo estas não são as únicas presentes na via aérea superior.

Na parte posterior da língua, existem amígdalas linguais que podem também ser afetadas por processos inflamatórios, conhecido por amigdalites linguais. É uma situação rara, mas com um quadro clínico mais severo e muitas vezes resistente às principais terapêuticas. Em casos extremos, as amigdalites linguais podem colocar em risco a própria via aérea. (CERTAL, 2018).

Ainda segundo Certal (2018), as amigdalites são mais frequentes em idade pediátrica, mas também podem ocorrer em idade adulta. Entre as doenças da garganta, a amigdalite é das patologias mais prevalentes. Durante um processo de amigdalite, a garganta encontra-se inflamada podendo interferir com a alimentação e, em casos extremos, causar algum grau de dispneia.

2.3.6 Bronquite

A bronquite consiste na inflamação dos brônquios: canais que conduzem o ar da traqueia até os alvéolos pulmonares. Nessas condições, o paciente tem tosse persistente, acompanhadas de secreção. Essa doença pode ser aguda ou crônica. A duração e o agravamento das crises é o que diferencia uma da outra. (ARAGUAIA, 2018).

A bronquite aguda está relacionada à inalação de substâncias tóxicas, irritantes ou alergênicas. É, geralmente, rápida e a cura acontece por completo após a recuperação pulmonar do indivíduo. Bactérias como a *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis* e *Chlamydia pneumoniae* podem causar a bronquite infecciosa aguda. Manifesta-se, muitas vezes, após um resfriado ou gripe: momento em que os pulmões já se apresentam irritados e a imunidade está baixa. Inicialmente, mal-estar, aumento das secreções nasais e tosse seca a caracterizam. Essa tosse, com o passar do tempo, passa a eliminar muco e podem surgir dores no peito e/ou costelas. (ARAGUAIA, 2018).

A bronquite crônica também conhecida por doença pulmonar obstrutiva crônica, a bronquite crônica se caracteriza quando o portador tem tosse com muco pelo menos três meses ao ano, por dois anos consecutivos, é consequência da alteração da mucosa dos brônquios em razão da exposição prolongada de agentes

irritantes, como o cigarro (a principal causa de sua manifestação). Esta se apresenta com suas glândulas de muco aumentadas e bronquíolos inflamados. Febre, tosse com expectoração espessa, chiado no peito e respiração dificultada são os sintomas principais em momentos de crise. (ARAGUAIA, 2018).

2.3.7 Gastroenterite

As gastroenterites são causas relevantes de doença infantil em todo o mundo e constituem um grave problema para a saúde pública mundial. Nos países em desenvolvimento, as doenças diarreicas afetam sobretudo os menores de 5 anos de idade e representam fator importante de mortalidade infantil.

Dentre as principais causas de gastroenterite aguda estão os agentes de origem infecciosa que colonizam a mucosa intestinal e alteram a absorção de água, eletrólitos e nutrientes, o que resulta em desidratação grave e possível evolução para óbito. Mais de 20 tipos diferentes de vírus são reconhecidos como importantes causadores de doenças diarreicas no mundo, o que provoca um grande impacto na população, principalmente em crianças. Entre esses vírus, destacam-se os rotavírus (RV), os adenovírus humanos (HAdV), os astrovírus e os norovírus. (MÜLLER et al., 2017).

Gastroenterite aguda compreende uma série de infecções ou irritações do trato gastrointestinal, transmitidas principalmente por alimentos ou bebidas que contém bactérias, parasitos, vírus ou químicos prejudiciais ao homem. (CLINICA ESADI, 2018).

2.3.8 Febre

O objeto começa afirmando que a febre é habitualmente a principal queixa que leva muitas famílias às Unidades de Saúde, bem como preocupa consideravelmente no ambiente hospitalar. Fala que o controle da temperatura vai se aprimorando nas faixas etárias mais avançadas. (SOUZA, 2012, p.1).

Um dos motivos de procura aos serviços de emergência, consultórios particulares e ambulatórios é a febre, pois segundo Alves, Almeida e Almeida (2008), é um sintoma bem comum na infância.

A elevação da temperatura corporal, quando em resposta a um estímulo patológico é conhecido por febre. Tal sintoma pode ser indicativo de um processo infeccioso, inflamatório, neoplasia e/ou reação a determinadas drogas. (GOMIDE et al., 2014).

Febre é definida como elevação da temperatura corpórea em resposta a um estímulo. A medida mais confiável da temperatura corpórea é aquela tomada por via oral ou retal. Não há consenso a respeito da definição exata de febre em crianças. A maioria classifica como febre a temperatura retal acima de 38°C, mas alguns consideram febre temperatura retal acima de 37,7°C ou 38,3°C. A medida da temperatura axilar, timpânica ou por palpação são consideradas menos confiáveis. Apesar disso, em nosso meio a medida axilar com termômetro de mercúrio em vidro é a mais usada. A temperatura axilar é 0,4 a 0,8°C menor do que a temperatura retal. (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS, 2017, p.1).

2.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

As classificações de risco servem para organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, chamado de eixo vermelho, e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que é chamado de eixo azul. (BRASIL, 2009).

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, a para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução. (BRASIL, 2009, p.21).

A classificação de risco é um instrumento que serve para vários fatores, tais como organização da fila de espera, priorizar o atendimento de acordo com a gravidade de cada paciente, dessa forma o atendimento não é feito por ordem de chegada e sim pela necessidade de cada paciente. (NASCIMENTO et al., 2011).

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. A classificação deve ser feita por um profissional da área da saúde, que tenha

qualificação para isso. Após ter recebido o treinamento e de acordo com os protocolos da instituição, o profissional vai estar apto a realizar a classificação de acordo com as queixas do paciente. (BRASIL, 2002).

Após o usuário ser atendido pela Classificação de Risco, é encaminhado ao atendimento médico, de acordo com a prioridade da urgência e gravidade apresentada, seguindo as cores vermelho, amarelo, verde e azul. Para fazer uma Classificação de Risco deve-se fazer uma avaliação rápida, e como parâmetro, deve-se avaliar o A: vias aéreas, B: respiração, C: circulação e D: avaliação neurológica. No paciente compensado, que será classificado como verde: A: Conversa B: Taquipnéia leve C: Taquicardia leve, pulso radial normal D: normal, confuso, responde aos comandos verbais. (SERVIN, 2010).

2.4.1 Eixo vermelho

Este eixo está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. a) Área Vermelha: é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos. (BRASIL, 2009).

O paciente será classificado vermelho, quando apresentar sinais de parada cardiorrespiratória iminente: A: Respiração com ruídos B: Taquipnéia ou bradipnéia, grande esforço respiratório, cianose; C: Taquicardia ou bradicardia, pulso radial não palpável, pulso carotídeo fino D: Letárgico, em coma, não responde aos estímulos. Nesse caso, os pacientes classificados como Vermelho, devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Área Vermelha está destinada ao atendimento rápido, ou seja, as emergências e urgências. Prioridade zero, atendimento imediato. (SERVIN, 2010).

2.4.2 Eixo amarelo

Esse eixo é composto por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos). Hoje, na maioria das vezes, esses pacientes permanecem na sala

vermelha, criando dificuldades para o atendimento dos pacientes que chegam com risco de morte, assim como situações muito desagradáveis para os pacientes já estabilizados. (BRASIL, 2009).

O paciente descompensado, que será classificado como amarelo: A: Ansioso, conversa pouco B: Taquipnéia leve. Porém com esforço respiratório ou cianose C: Taquicardia leve, pulso radial fino, pulso carotídeo normal D: Normal, confuso, agitado, responde a dor. Esses pacientes deverão aguardar atendimento médico, sentados, onde deverão ser reavaliados a cada 30 minutos ou em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera, pois a área Amarela está destinada para o atendimento de pacientes críticos e semicríticos, porém já estabilizados; Prioridade 1, atendimento mais rápido possível. (SERVIN, 2010).

2.4.3 Eixo verde

É composto pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda. Nas salas amarela e verde, além da adequação dos espaços e dos mobiliários a uma funcionalidade que facilite o processo de trabalho, é importante que se considere questões relativas a som, cheiro, cor, iluminação, etc., uma vez que o tempo de permanência do paciente nestas áreas é mais prolongado que na área vermelha. (BRASIL, 2009).

Área Verde atende os pacientes não críticos, considerados menos graves, classificados como não urgentes. Esses pacientes aguardam atendimento igualmente, porém deverão ser orientados que os pacientes classificados como vermelho ou amarelo, terão prioridade no atendimento. (SERVIN, 2010).

Questões relativas à privacidade e individualidade também devem ser observadas, pois repercutem positivamente no processo terapêutico do paciente. É preciso criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da inserção dos serviços de urgência na rede local. (BRASIL, 2009).

2.4.4 Eixo azul

Os pacientes classificados como azul poderão ser atendidos pelo serviço, porém, devem ser informados que o atendimento se destina às urgências e emergências, e que somente serão atendidos depois que todos os demais pacientes forem atendidos. A área azul está destinada a consultas de baixa e média complexidade, conforme ordem de chegada. (SERVIN, 2010).

É o eixo dos pacientes aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco. (BRASIL, 2009).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, do tipo descritivo, com amostra do tipo probabilística. A pesquisa quantitativa é a mais comum atualmente, prioriza apontar numericamente a frequência e a intensidade dos comportamentos dos indivíduos de um determinado grupo, ou população. (INSTITUTO PHD, 2015).

Estas medidas são precisas e podem ser úteis para decisões mais acertadas. Os meios de coleta de dados são estruturados, e entre eles estão a entrevista individual e os questionários (on-line, de autopreenchimento, por telefone, presencial, etc.), e muitos outros recursos, sempre com perguntas objetivas e muito claras. (INSTITUTO PHD, 2015).

O levantamento tem como característica principal a interrogação direta de pessoas sobre um determinado assunto, por meio de um questionário. Quando todas as pessoas do universo da pesquisa são interrogadas, temos um levantamento censitário ou parametrizado. Os dados coletados são transformados em números que, após análise, geram conclusões que são generalizadas para todo o universo de pesquisa. (INSTITUTO PHD, 2015).

A pesquisa quantitativa possui amplo alcance, permite um conhecimento objetivo da realidade e facilidade de sistematizar dados em tabelas, gerando informações a partir de gráficos. É um tipo de pesquisa que funciona bem como método de condução e análise de pesquisas exploratórias e descritivas. (INSTITUTO PHD, 2015).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Realizou-se o estudo na sala de espera de um Pronto Atendimento Infantil que faz parte da estrutura do Hospital infantil com unidade de terapia intensiva, unidade de tratamento intensivo e setor de diagnósticos. Administrado por um Instituto que adota para o Hospital a seguinte missão: atender com excelência e humanização as crianças do Município e da região sul Catarinense. Valores: humanização, máximo empenho, integridade profissional, segurança dos pacientes,

cooperação. Visão: ser referência em atendimento pediátrico no sul do estado de Santa Catarina. (IDEAS, 2017).

3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população desse estudo foram 263 pacientes na faixa etária de 0 a 6 anos, em espera por atendimento no Pronto Atendimento Infantil nos meses de setembro e outubro de 2018 de segunda a sexta feira, das 16 às 19 horas, durante 24 dias úteis, acompanhados de seus responsáveis que responderam por eles.

3.3.1 Critério de inclusão

Pacientes considerados de primeira infância, entre 0 a 6 anos de idade ou até os 72 meses de vida, segundo Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que estavam esperando por atendimento.

3.3.2 Critério de exclusão

Todo paciente que fez procura do serviço em situação iminente de morte, ou que tenha sido levado ao serviço com o SAMU ou Corpo de Bombeiros, bem como, os pacientes que procuraram o atendimento com idade acima da estimada e fora do período/horário no qual a pesquisa foi feita.

3.4 AMOSTRA

A amostra probabilística foi calculada considerando a população de 8.670 crianças atendidas no mesmo pronto atendimento em 24 dias úteis nos meses de setembro e outubro de 2018.

A equação utilizada para calcular o tamanho da amostra para a frequência em uma população foi: $n = \frac{EDFF * Np(1-p)}{[(d^2/Z^{21-\alpha}/2*(N-1)+p*(1-p)]}$. Resultados do OpenEpi, versão 3, calculadora de código aberto – SS Propor. Onde: Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp) (N): 8670

Frequência % hipotética do fator do resultado da população (p): 50%+/-5

Limites de confiança como % de 100 (absoluto +/-%) (d): 5%

Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF): 1

O tamanho da amostra (n) para os vários níveis de confiança possíveis são;

Intervalo de Confiança (%)	Tamanho da Amostra
95%	368
80%	162
90%	263
97%	447
99%	617
99.9%	963
99.99%	1290

O intervalo de confiança desse estudo é de 10%, portanto a amostra são 263 crianças em espera por atendimento em um Pronto Atendimento Infantil do Sul Catarinense.

3.5 VARIÁVEIS

3.5.1 Dependente

Motivo da procura pela assistência no Hospital com Pronto Atendimento Infantil do Sul Catarinense.

3.5.2 Independentes

Data e horário da coleta; Idade, sexo, raça, cor ou etnia do informante e da criança; Por qual cor a criança foi classificada de acordo com o atendimento da triagem; Cidade e bairro onde a criança mora; Como chegou até o hospital; Quantas

vezes já utilizou os serviços do HMISC; Se não for morador de Criciúma, se tem hospital com atendimento público em sua cidade; Por qual unidade de saúde é atendido; Qual grau de parentesco do informante com a criança; A criança frequenta alguma escola ou creche, Se SIM, em qual período; No período que não está na creche ou escola, quem cuida da criança; Quantas pessoas convivem na mesma residência, contando com a criança; Renda familiar; Tipo de moradia; Se as ruas do seu bairro são asfaltadas; Se há tratamento de esgoto; Se a água é tratada; Se a criança é tratada por alguma doença em seu dia a dia; Procurou outro ponto da rede de atenção à saúde anterior ao HMISC? (UPA, 24 horas ou ligou para o SAMU); Se procurou a unidade de saúde de seu bairro antes do HMISC.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de segunda a sexta feira, das 16 às 19 horas, nos meses de setembro e outubro de 2018, após os pacientes terem seu risco classificado pelos profissionais do Pronto Atendimento.

Para realização da coleta dos dados, será utilizado um instrumento em forma de questionário (Apêndice A), que será preenchido pela acadêmica pesquisadora. O instrumento é composto por 27 perguntas objetivas de fácil entendimento que serão respondidas pelo responsável da criança no momento da coleta. A entrevista durará entre 10 a 15 minutos e será realizada mediante assinatura do responsável no TCLE em duas vias, sendo uma disponibilizada ao mesmo.

Os dados coletados são transformados em números que, após análise, geram conclusões que são generalizadas para todo o universo de pesquisa. Este tipo de pesquisa possui amplo alcance, permite um conhecimento objetivo da realidade e facilidade de sistematizar dados em tabelas, gerando informações a partir de gráficos. (SCRIBD, 2018, p.1).

3.6.1 Momentos da pesquisa

Primeiro Momento: Realização do projeto

Segundo Momento: Apresentação do projeto para professores, orientadores da disciplina, bem como aos colegas.

Terceiro Momento: Aprovação do projeto no Campo onde será realizada a coleta de dados mediante assinatura da carta de aceite.

Quarto Momento: Submissão e Aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em pesquisa da UNESCO. (Parecer nº 2.798.731/2018).

Quinto Momento: Coleta de dados na sala de espera do Pronto Atendimento Infantil.

Sexto Momento: Organização, Análise e Apresentação dos dados da pesquisa.

Sétimo Momento: Construção e Apresentação do Relatório com Artigo científico proveniente do Trabalho de Conclusão do Curso.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos resultados foi realizada com a inserção de dados em planilha eletrônica, para posterior análise estatística. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os preceitos éticos dos participantes dessa pesquisa foram respeitados. Os dados coletados durante a pesquisa foram exclusivamente direcionados para fins acadêmicos e seguiram com afinco as normas da resolução 466/2012, que destaca sobre o respeito ao participante, bem como a confidencialidade dos dados informados. Ao participar da pesquisa, o voluntário esteve exposto ao risco da perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente. O benefício a ele proposto vinculou-se a melhora do serviço de saúde a partir do diagnóstico que será feito.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (parecer nº 2.798.731), iniciou-se a coleta de dados para a pesquisa que teve como objetivo **analisar a demanda de um pronto atendimento infantil em um Hospital da Região Sul da Santa Catarina**. Aplicou-se 263 questionários (Apêndice A) composto por 27 perguntas objetivas de fácil entendimento que foram respondidas pelo responsável da criança no momento da coleta.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ACOMPANHANTES E PACIENTES

Os responsáveis/acompanhantes das crianças em espera por atendimento em um pronto Atendimento Infantil do Sul catarinense desse estudo, em sua maioria são mães das crianças 88,21% (n=232); mulheres 90,49% (n=238); com idade entre 20 a 30 anos 47,15% (n=124); e de cor branca 82,51% (n=217), como pode-se observar nas tabelas a seguir:

Tabela 1 - Grau de parentesco do acompanhante das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Parentesco	Nº	%
Mãe	232	88,21%
Avós	16	6,08%
Pai	13	4,94%
Irmão(ã)	1	0,38%
Cuidador particular	1	0,38%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A maioria dos participantes alegaram ser do sexo feminino 90,49% (n=238), do sexo masculino 9,51% (n=25). Vale salientar que havia opção de os acompanhantes escolherem o seu sexo/gênero por meio de resposta aberta, porém não houve manifestação nesse sentido.

Tabela 2 - Sexo/Gênero do acompanhante das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Sexo/Gênero	Nº	%
Feminino	238	90,49%
Masculino	25	9,51%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Aquino, Conceição e Pereira (2017) afirmam que diversas pesquisas apontam que na percepção das mulheres, zelar pela saúde da família é tarefa exclusiva delas, sendo sua função preocupar-se com o bem-estar de seus familiares, mesmo que estes sejam adultos, cabendo a ela insistir para que busquem atendimento médico.

A idade que prevaleceu entre os informantes do estudo foi entre 20 e 40 anos com 84,03% (n=221).

Tabela 3 - Idade do acompanhante das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Idade em anos	Nº	%
20 a 30	124	47,15%
30 a 40	97	36,88%
40 a 50	21	7,98%
18 a 20	16	6,08%
50 a 60	4	1,52%
60 ou mais	1	0,38%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em relação ao perfil sócio demográfico dos acompanhantes/responsáveis dos pacientes participantes do estudo, a pesquisa de Silva et al. (2015) mostrou que 71,6% apresentavam faixa etária entre 20 a 34 anos, destes 85% eram mães, corroborando com os resultados dessa pesquisa.

Como observado, 82,51% (n=217) dos informantes alegaram ser da cor branca, enquanto 17,49% (n=46) alegaram ser de cor preta ou parda. Vale ressaltar que nesta variável havia a opção amarela e indígena, porém não foi escolhida por nenhum dos participantes.

Tabela 4 - Cor, raça ou etnia do acompanhante das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Cor, raça ou etnia	Nº	%
Branca	217	82,51%
Preta	26	9,89%
Parda	20	7,60%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Dentre os participantes da pesquisa, 50,95% (n=134) são do sexo masculino, 27,76% (n=73) com idade de zero a um ano, e 85,55% (n=225) de cor branca.

Tabela 5 - Sexo das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Sexo dos Pacientes	Nº	%
Masculino	134	50,95%
Feminino	129	49,05%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Pesquisa de Silva et al. (2015), sobre o perfil de atendimento no serviço de emergência pediátrica de um hospital no interior de Goiás, identificou maior número de atendimento no sexo masculino. Na pesquisa de Dalcin et al. (2013), também observou-se a prevalência de crianças do sexo masculino atendidas no Pronto Atendimento, cerca de 53,2% da amostra.

Dentre os participantes dessa pesquisa, a faixa etária mais prevalente foi de zero a dois anos com 52,86% (n= 139), essa população foi a que mais procurou o serviço de pronto atendimento infantil.

Tabela 6 - Faixa etária das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Faixa etária (anos)	Nº	%
0 a 1	73	27,76%
1 a 2	66	25,10%
2 a 3	47	17,87%
3 a 4	33	12,55%
4 a 5	23	8,75%
5 a 6	21	7,98%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Colaborando para o resultado dessa pesquisa, a de Dalcin et al. (2013), em um pronto atendimento infantil em Santa Maria no estado do Rio grande do Sul, aponta que 41,6% das crianças apresentaram idade inferior a dois anos sendo que as mais prevalentes no serviço estão na faixa etária de dois anos.

Pedraza et al. (2017), em sua pesquisa mostra que os resultados para as crianças de 1 a 4 anos e/ou menores de 5 anos apontaram as pneumonias, as gastroenterites, a asma e as infecções de pele e tecido subcutâneo como as causas de internações citadas com maior frequência. Desses estudos, três discriminaram os resultados para crianças menores de um ano, reportando pneumonia, asma, gastroenterites e infecções no rim e trato urinário como principais causas de internações.

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa de Ribeiro, Teixeira e Coimbra (2017), a faixa etária predominante dos usuários do hospital em estudo é de 0 a 3 anos, correspondendo a 50% dos participantes da pesquisa. Quanto ao restante possuem de 3 a 6 anos (28%), 6 a 9 anos (4%), 9 a 12 anos (14%) e de 12 a 15 anos (4%). Sendo em sua maioria do sexo masculino (54%).

A raça, cor ou etnia que prevaleceu entre os participantes da pesquisa foi a branca 85,55% (n=225). Salienta-se que esses dados são referidos pelos responsáveis ou acompanhantes da criança. A opção indígena não foi escolhida por nenhum dos participantes.

Tabela 7 - Raça, cor ou etnia das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Raça, cor, ou etnia	Nº	%
Branca	225	85,55%
Preta	19	7,22%
Parda	17	6,46%
Amarela	2	0,76%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Salienta-se que mais de 17% dos acompanhantes das crianças se declararam como pretos ou pardos, enquanto que, o percentual de crianças pretas ou pardas não chega a 14% demonstrando a miscigenação entre as raças característica de nossa região. Segundo dados do IBGE (2017), a população de pretos e pardos na cidade onde foi realizado o estudo é de 13%, resultado que colabora com os dados dessa pesquisa

Em relação a renda familiar dos participantes da pesquisa, 58,94% (n=155) afirmaram receber entre 2 a 4 salários mínimos.

Tabela 8 - Renda familiar das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Salários	Nº	%
2 a 4 salários mínimos	155	58,94%
1 salário mínimo	79	30,04%
4 ou mais salários mínimos	29	11,03%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Quanto ao trabalho e rendimento na Cidade de Criciúma/SC em 2016, o salário médio mensal era de 2.5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 36.6%. Na comparação com os

outros municípios do estado, ocupava as posições 28 de 295 e 52 de 295, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 502 de 5570 e 236 de 5570, respectivamente. (IBGE, 2017).

Em relação ao perfil demográfico dos pacientes, 55,13% (n=145) residem em casa feita com material de alvenaria, 55,89% (n=147) afirmaram não ter pavimentação em sua rua e em relação a saneamento básico, 81,75% (n=215) possuem canalização e tratamento de esgoto e 93,92% (n=247) têm água tratada, o que pode reduzir as chances de exposição a riscos de certas doenças infectocontagiosas e gastrointestinais.

Tabela 9 - Moradia das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Tipo de Moradia	Nº	%
Casa de alvenaria	145	55,13%
Casa de madeira	56	21,29%
Casa mista	37	14,07%
Apartamento	25	9,51%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 10 - Pavimentação das ruas onde habitam das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Pavimentação	Nº	%
Não	147	55,89%
Sim	116	44,11%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 11 - Tratamento de esgoto das moradias das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Tratamento de esgoto	Nº	%
Sim	215	81,75%
Não	48	18,25%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 12 - Tratamento de água nas moradias das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Tratamento de água	Nº	%
Sim	247	93,92%
Não	16	6,08%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Território e ambiente de Criciúma/SC apresenta 91.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 65.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 31% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 16 de 295, 81 de 295 e 92 de 295, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 360 de 5570, 3385 de 5570 e 1168 de 5570, respectivamente. (IBGE, 2017).

De acordo com Pasternak (2016), a diminuição do número de mortalidade infantil se deu pela diminuição dos serviços inadequados de saneamento, uma vez que o abastecimento de água e o esgotamento são meios de prevenção das doenças infectocontagiosas.

Em pesquisa, Silva e Esperidião (2017), observaram que o maior índice de água e esgoto inadequados foi de aproximadamente 36% em quase todos os estados, porém houve uma queda entre 5% e 30% com destaque para o estado do Piauí que parece pequena, mas quando observada no gráfico de mortalidade infantil de sua pesquisa, notou que foi representativa, uma vez que no mesmo período, o número de mortalidade infantil sofreu uma queda de 13,45 mortes para cada 1000 crianças nascidas vivas.

Dos pacientes participantes da pesquisa, 69,96% (n=184) convivem com 3 ou 4 pessoas no mesmo lar, o que representa uma média de 4,04 pessoas por família.

Tabela 13 - Pessoas do convívio familiar das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Número de pessoas	Nº	%
4	105	39,92%
3	79	30,04%
5	49	18,63%
6 ou mais	25	9,51%
2	5	1,90%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Segundo IBGE (2017), a média de moradores em domicílios particulares ocupados na cidade de Criciúma/SC é 3,10 moradores, resultado que se aproxima dessa pesquisa.

Em relação a frequência escolar, mais da metade da amostra frequenta creche ou escola 57,03% (n=150), desses 38,7% (n=102) em período integral. A maioria dos pacientes quando não estão na escola/creche, ficam sob a responsabilidade das mães. Os avós têm papel importante no acompanhamento das crianças, visto que mais de 18% (n=27) permanecem sob a responsabilidade deles quando não estão na escola. A opção padrasto madrasta não foi escolhida por nenhum dos respondentes.

Tabela 14 - Frequência à escola/creche das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Períodos	Nº	%
Não frequenta	113	42,97%
Integral	102	38,78%
Vespertino	29	11,03%
Matutino	19	7,22%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A pesquisa de Santos et al. (2017), trata de crianças menores de dois anos, as quais talvez já frequentem instituições de ensino como berçários, creches e escolas.

A tabela a seguir faz menção aos pacientes que participam de alguma instituição de ensino, 57,03% (n=150) a estes, quando não estão na escola/creche ficam sob a responsabilidade de sua mãe 64,67% (n=97) ou com os avós 18% (n=27). A opção padrasto e/ou madrasta não foi escolhida por nenhum participante.

Tabela 15 - Responsável das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense quando não estão na escola/creche

Responsável	Nº	%
Mãe	97	64,67%
Avós	27	18%
Pai	14	9,33%
Irmãos	9	6%
Cuidador Particular	3	2%
Total	150	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Barreta et al. (2016), identificou por meio dos dados coletados com os 100 cuidadores de crianças e adolescentes internados em um hospital infantil de Santa Catarina, que foi possível perceber a atribuição do papel de cuidador à mulher,

principalmente às mães, considerando que 91% dos cuidadores eram do sexo feminino.

Barreta et al. (2016), destaca a perceptividade de que apesar de a mãe se apresentar como principal cuidadora, o adoecimento da criança é um fator que mobiliza outros membros da família, principalmente os avós. Também pode observar que o papel de cuidador é desempenhado com menor frequência pelo pai, o que colabora com os dados dessa pesquisa.

Para Aquino, Conceição e Pereira (2017), vive-se em uma era de “mães executivas” onde as mesmas trabalham para garantir o sustento familiar e deixam seus filhos em creches, escolas ou então são deixados aos cuidados de terceiros, muitas vezes são os avós que participam efetivamente da criação dos netos para que mãe e pai possam desempenhar suas funções profissionais.

A maioria dos pacientes participantes são moradores da cidade em que o hospital está localizado: 68,82% (n= 181), mas também houve procura de outras cidades como Içara e Forquilha, inclusive algumas distantes como Laguna, Orleans e Jaguaruna/SC. Tal fato gera discussão política, pois o hospital é gerido por um instituto particular, mantido com recurso municipal, tais discussões apontam para a estadualização do hospital, prevista para breve, por atender todo o Sul do estado.

Tabela 16 - Cidade que moram as crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Cidades	Nº	%
Criciúma	181	68,82%
Içara	31	11,79%
Forquilha	18	6,84%
Siderópolis	8	3,04%
Morro da Fumaça	6	2,28%
Cocal do Sul	3	1,14%
Nova Veneza	3	1,14%
Urussanga	2	0,76%
Sombrio	2	0,76%
Jacinto machado	2	0,76%
Balneário Rincão	2	0,76%
Treviso	1	0,38%
Laguna	1	0,38%
Jaguaruna	1	0,38%
Sangão	1	0,38%
Orleans	1	0,38%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Está claro que toda a Região Sul utiliza os serviços do Pronto Atendimento Infantil, com protagonismo dos municípios de Içara e Forquilha, que juntos somam 18,63% (n= 49) dos atendimentos. Cabe salientar que esses dados propõem reflexão sobre o acesso dessas crianças nos serviços disponíveis desses Municípios o que aponta para novas pesquisas sobre o tema. Chama atenção também, o fato de terem procurado o serviço, crianças de Municípios distantes como Laguna/SC localizado a 90,3 km de distância e Jacinto Machado/SC a 69,2km.

Para demonstrar a procedência das crianças de Criciúma, dividimos por regional de saúde, com intuito de relacionar aos serviços de saúde que são oferecidos no referido Município. Dentre as cinco Regionais de Saúde, três apresentaram percentuais muito próximos, são elas: Próspera, Centro e Santa Luzia com 26,52% (n=48), 24,31% (n=44) e 23,20% (n=42) respectivamente, já as Regionais Boa Vista e Rio Maina, mesmo sendo geograficamente próximas e com bom acesso apresentaram percentual menor, 14,36% (n=26) e 11,60% (n=21) respectivamente.

Vale ressaltar que segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Criciúma (2018), a região da Próspera e Centro apresentam maior número de moradores com cadastro nas unidades de saúde (26.721 e 26.666 respectivamente), em relação a Boa Vista (25,087), Santa Luzia (25.072) e Rio Maina (15.764), o que pode acarretar em maior procura pelo hospital pesquisado.

Tabela 17 - Local de moradia por regional de saúde das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Regionais de Saúde	Nº	%
Próspera	48	26,52%
Centro	44	24,31%
Santa Luzia	42	23,20%
Boa Vista	26	14,36%
Rio Maina	21	11,60%
Total	181	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os dados mostram que a Unidade de Saúde da área a qual as crianças pertencem são das respectivas regionais, por isso a tabela a seguir mostra tanto a regional de procedência quanto a Unidade de Saúde da área que as crianças moram, o que pode demonstrar menor resolutividade do serviço, ou menor confiabilidade da população quanto ao atendimento, bem como, pode não haver

entendimento dos usuários em relação aos casos de passível resolução na atenção básica.

Conforme a tabela a seguir dos usuários do Hospital pesquisado, utilizam a Unidade de Saúde de seu bairro 96,29% (n=253), enquanto 3,80% (n=10) dos entrevistados informaram que não fazem uso de qualquer Unidade de Saúde, apenas hospitais públicos e particulares.

Tabela 18 - Crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense que utilizam a unidade de saúde de seu bairro

	Nº	%
Utiliza	253	96,20%
Não utiliza nenhuma unidade	10	3,80%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Segundo dados do CISAMREC (2018), a porcentagem de usuários que usam exclusivamente o Sistema Único de Saúde no município de Criciúma/SC é de 73%, com os dados atualizados em junho de 2018. Já em toda a Região Carbonífera, a porcentagem de usuários que utilizam somente o Sistema Único de saúde é de 76%.

Os participantes da pesquisa que já utilizaram o hospital pesquisado por 5 vezes ou mais são 43,35% (n=114) enquanto que estão utilizando pela primeira vez 9,13% (n=29).

Tabela 19 - Frequência da procura ao PAI do Sul Catarinense das crianças em espera por atendimento

	Nº	%
5ª ou mais	114	43,35%
2ª vez	50	19,01%
3ª vez	46	17,49%
1ª vez	29	11,03%
4ª vez	24	9,13%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Dos meios de locomoção utilizados para chegar até o hospital, carro particular foi o transporte prevalente com 85,14% (n=224). O fato de a grande maioria acessar o serviço com carro próprio, pode demonstrar a dificuldade de acesso ao serviço pesquisado, quando as famílias ou pessoas próximas não possuem carro próprio para levar a criança até o pronto atendimento.

Tabela 20 - Acesso ao PAI do Sul Catarinense das crianças em espera por atendimento

Meios de locomoção	Nº	%
Carro particular	224	85,14%
Ônibus ou taxi	29	11,03%
SAMU, ambulância ou carro disponibilizado pela prefeitura	7	2,66%
A pé ou bicicleta	3	1,14%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Pitilin e Lentsck (2015), mostram em sua pesquisa a dificuldade de acesso que os pacientes tem para chegar até as unidades de saúde tanto na atenção básica ou atenção hospitalar. Para eles, não há credibilidade dos pacientes em ações preventivas e a utilização de medicamentos se tem como uma forma superior de cuidado, como mostra nos depoimentos coletados:

“[...] vou quando precisa [...] não participo de outras atividades.”

“Aqui nessa comunidade somos bastante, moradores de longe. É difícil, quem tem carro vem de carro, mas muitos não têm, é bem complicado para povo de longe participar dessas coisas [...].”

“Já é muito vir para consultar com o doutor.”

Dos participantes da entrevista, 31,18% (n=82) não são moradores de Criciúma. Quando interrogados se em suas respectivas cidades há hospitais conveniados ao SUS, 67,07% (n=55) dos entrevistados responderam sim e 42,68% (n=35) responderam à questão de forma negativa. Para as respostas positivas, os mesmos foram questionados qual nome do hospital e obteve-se as respostas expostas na tabela a seguir. Tendo como principal resultado o Hospital São Donato, do município de Içara com 37,80% (n=31).

Tabela 21 - Existência de Hospital conveniados ao SUS nas cidades das crianças, em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Hospital / Cidade	Nº	%
São Donato / Içara	31	37,80%
São Roque / Morro da Fumaça	6	7,32%
São Marcos / Nova Veneza	3	3,66%
Nossa Senhora da Conceição / Urussanga	2	2,44%
Dom Joaquim / Sombrio	2	2,44%
Santa Otília / Orleans	1	1,22%
Senhor Bom Jesus dos Passos/ Laguna	1	1,22%
Hospital de Caridade / Jaguaruna	1	1,22%
Não Possuem Hospital	35	42,68%

Total	82	100%
-------	----	------

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A preferência pelo atendimento no Hospital pesquisado, pode ser devido ao fato de disponibilizar consultas especializadas em Pediatria, o que pode trazer maior confiabilidade ao responsável pela criança.

4.2 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES

As tabelas a seguir identificam que 82,13% (n=216) dos pacientes entrevistados não possuem problemas crônicos e 17,87% (n=47) possuem, dos quais, 10,65% (n=28) são problemas respiratórios.

Tabela 22 - Histórico Clínico das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Doença	Nº	%
Sem nenhum problema crônico	216	82,13%
Doenças respiratórias	28	10,65%
Transtornos neurológicos	6	2,28%
Doenças cardíacas	4	1,52%
Doenças gastrointestinais	4	1,52%
Doenças Renais e Urinarias	3	1,14%
Anemia	1	0,38%
Sinusite	1	0,38%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Segundo a pesquisa de Borges, Galigali e Assad (2017), o número total de crianças atendidas na clínica pesquisada é de 85. O número total de crianças portadoras de Paralisia Cerebral é de 67. Mais da metade (56,14%) das crianças com Paralisia Cerebral estudadas tiveram pneumonia em algum momento de suas vidas; 47,36% dessas crianças têm ou tiveram refluxo gastroesofágico; e 40,35% têm patologia de vias aéreas superiores (rinite, sinusite, adenóide inflamada, gripes constantes com produção de coriza) ou de vias aéreas inferiores (bronquite, asma, broncodisplasia). Das 57 crianças estudadas, apenas 7 não apresentaram nenhum comprometimento respiratório, perfazendo um total de 12,28%.

A pesquisa de Santos et al. (2017), ressalta que a mudança climática pode de alguma forma estar conectada com as taxas de gripe em crianças, pois é

durante a época escolar que ocorre maior contato entre elas, sendo assim este pode estar relacionado a sazonalidade.

Quanto ao motivo da procura pelo PAI, as principais queixas foram febre representando 32,25% (n=119), problemas respiratórios 26,83% (n=99) seguidos de Problemas Gastrointestinais, dor e alergia. Nessa variável havia possibilidade de marcar mais de uma opção para problema de saúde. Dessa forma podemos constatar que o estudo aponta para a necessidade de fortalecer o manejo dessas afecções aumentando a resolutividade na Atenção Básica.

Tabela 23 - Motivo da consulta das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Motivo	Nº	%
Febre	119	32,25%
Problemas Respiratórios	99	26,83%
Problemas Gastrointestinais	50	13,55%
Dor	37	10,03%
Alergia	28	7,59%
Ingestão de objeto estranho	6	1,63%
Infecção Ocular	5	1,36%
Queda de altura	5	1,36%
Manchas pelo corpo	4	1,08%
Crise convulsiva	4	1,08%
Corte	3	0,81%
Trauma	3	0,81%
Criança chorosa	2	0,54%
Sarampo	1	0,27%
Rigidez de nuca	1	0,27%
Administração de medicamento	1	0,27%
Mostrar exames	1	0,27%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quanto ao motivo de atendimento, na pesquisa de Silva et al. (2015) no serviço de emergência pediátrica de um hospital no interior de Goiás 41,3% das crianças tinham como principal queixa febre; 11,5% tosse; confirmando os resultados dessa pesquisa.

Pedraza et al. (2017), em relação as principais causas de internações observam que pneumonia e asma aparecem entre as causas sensíveis mais apontadas. São doenças do aparelho respiratório, que representaram a principal causa entre as internações gerais. As gastroenterites, doenças de tipo parasitárias, também foram reportadas como causas evitáveis de internação com frequência expressiva.

A hipótese diagnóstica mais frequente das crianças que foram atendidas no Pronto Atendimento em que Dalcin et al. (2013), realizou sua pesquisa, foram as

doenças respiratórias, com 58,2%, seguidas das doenças gastrointestinais com 24,9%.

Quando esses problemas não são identificados precocemente ou mesmo não possuem atendimento eficaz, corre-se o risco de agravamento do problema respiratório. Ainda para Oliveira et al. (2010) in Dalcin et al. (2013), nos Estados do Sul do Brasil os índices de problemas respiratórios foram os responsáveis por 48,08%.

A pesquisa de Meneguessi et al. (2015), mostra que ocorreram 18.464 internações por diarreia no total. A taxa de hospitalização total do período foi de 4,3 internações por 1000 crianças menores que 10 anos: 11,2 para os menores de 1 ano; 6,2 para os de 1 a 4 anos; e 1,4 para os de 5 a 9 anos, o que colabora para o resultado que está em 3º lugar na tabela onde mostra a procura por problemas gastrointestinais.

Segundo os dados do IBGE (2017), as internações por diarreia no ano de 2016, foram em média 0,5 internações por mil habitantes na cidade de Criciúma/SC.

Santos et al. (2017), afirmam que em Patrocínio/MG, a queda na temperatura contribuiu para o aumento dos problemas respiratórios nos meses secos com baixa umidade. Em geral, infecções respiratórias aumentam durante o inverno e vão variar dependendo do grau em que a temperatura subir em relação aos níveis atuais.

Com relação a classificação de risco, conforme está descrito na tabela a seguir, as crianças participantes da pesquisa 83,2% (n=219) foram classificadas na cor verde, e 16,7% (n=44) na cor amarela. O protocolo do hospital pesquisado é adaptado, não apresentando a classificação de cor laranja em seu atendimento. A classificação vermelha encontra-se sem nenhum pesquisado pois um dos critérios de exclusão foi não realizar pesquisa com pacientes em risco iminente de morte. Já a classificação azul, não é utilizada pelos próprios profissionais no acolhimento, pois segundo eles a espera pelo atendimento seria muito longa.

Tal fato pode levar a crer em distorção do saber populacional quanto a finalidade do atendimento no PAI e na Unidade Básica de Saúde e que cerca de metade da população que procurou o serviço estariam em situações passíveis de resolução na Atenção Básica, ou seja, não foram classificados como urgências ou emergências.

Tabela 24 - Classificação de risco das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

Cor da pulseira	Nº	%
Azul	0	0,00%
Verde	219	83,27%
Amarela	44	16,73%
Vermelha	0	0,00%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A classificação de risco no hospital Infantil pesquisado é realizada de acordo com o Protocolo de Manchester com algumas adequações feitas para melhoria da organização da instituição e atendimento dos pacientes, que apresenta as seguintes cores: vermelha que significa emergência com risco imediato de perder a vida e o atendimento é feito na sala de emergência. Laranja é muito urgente, o atendimento deve ser feito em até 10 minutos. Amarela é urgência, refere-se a uma condição que pode se agravar sem atendimento em até 20 minutos. Verde é pouco urgente, apresenta baixo risco de agravo imediato à saúde e o atendimento pode ser feito em até 2 horas. Azul não é urgente, sem risco de agravo imediato a saúde e o paciente poderá ser atendido em até 4 horas. (PROTOCOLO HMISC, 2018).

Quanto à classificação de risco realizada na sala de triagem, na pesquisa de Macedo e D’Innocenzo (2017), os pacientes pediátricos que adentraram o serviço de emergência, 214 (71,4%) foram classificados na cor verde, 64 (21,3%) em amarelo, 15 (5,0%) na cor azul e sete (2,3%) na cor vermelha.

Aproximadamente 70% (n=183) da população que procurou o PAI, afirmaram não ter feito a procura prévia ao atendimento da Unidade Básica de Saúde de seu bairro.

Tabela 25 - Procura prévia à Unidade de Saúde das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense

	Nº	%
Não	183	69,58%
Sim	80	30,42%
Total	263	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Filha (2014), observou em seu estudo que a falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade dos serviços prestados, a dificuldades nas mudanças de hábitos e crenças da população com forte determinação cultural tem levado o usuário a buscar assistência de saúde nas instituições onde exista a porta

aberta, desse modo às urgências e emergências sofrem o problema das superlotações e grandes filas, realizando procedimentos que poderiam ter sido resolvidos na Atenção primária, esses usuários quando direcionados a procurar a Unidade Básica de Saúde, sentem-se desassistidos pelo hospital, às vezes reagindo de forma hostil com os profissionais.

Aos outros 30% (n=80) que recorreram a unidade de saúde de seu bairro previamente, cerca de 47,5% (n=38) destes, relataram que receberam um encaminhamento para se direcionarem ao hospital e outros 27,5% (n=22) não ficaram satisfeitos com a avaliação feita pelos profissionais de saúde do serviço.

Tabela 26 - Motivo da procura das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense subsequente ao comparecimento na Unidade Básica de Saúde

Motivos	Nº	%
Fui encaminhado pelos profissionais da unidade para vir até o hospital.	38	47,50%
Não fiquei satisfeito com a avaliação feita pelos profissionais na unidade.	22	27,50%
Marcaram consulta para alguns dias e preciso do atendimento hoje.	9	11,25%
Unidade está sem pediatra hoje.	8	10%
Demora para ser atendido.	3	3,75%
Total	80	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Está clara a insatisfação dos usuários que decidiram pela procura prévia à Unidade Básica de Saúde quando afirmam não terem ficado satisfeitos com a avaliação realizada ou com o tempo de resposta do serviço para aquela necessidade. Nesse contexto o estudo mostra um cenário propício para o estudo do manejo clínico da demanda espontânea infantil na Atenção Básica.

Rodrigues (2014), aponta em sua pesquisa a precariedade da rede de atenção básica com baixa cobertura assistencial incapaz de resolver os problemas de saúde da população sobrecarregando o serviço no hospital. Esse talvez seja o maior limitador apontado pelos participantes, pois a grande demanda gera sobrecarga de trabalho na unidade muito superior a capacidade de atendimento da mesma.

Sousa, Erdmann e Mochel (2011), mostram em seu estudo, que um possível motivo que leve os profissionais de unidades de saúde a encaminharem os pacientes ao hospital é o desencontro entre profissionais. Tal fato é confirmado por

depoimento de uma profissional de saúde que vivencia situações difíceis durante o atendimento na atenção básica:

“O difícil são as situações em que a criança chega com um problema mais sério na unidade, eu fico sem poder fazer muito pela ausência do médico. Outro dia fiquei aqui com uma criança que chegou com uma dispneia, coloquei a nebulização, repetimos a nebulização e a criança não melhorava e a gente ficava assim no desespero olhando pra mãe, olhando pra criança [...] eu acredito que se estivéssemos juntos nos mesmos horários esses momentos seriam menos estressantes.”

Referente aos 69,58% (n=183) participantes que não procuraram o serviço de atenção primária em saúde anterior ao PAI: 25,68% (n=47) alegaram que o problema não seria resolvido na unidade, outros 25,68% (n=47) classificou a condição de saúde da criança como grave e acreditam que o hospital seria o local correto para resolução do problema.

Tabela 27 - Motivo das crianças em espera por atendimento em um PAI do Sul Catarinense não terem procurado a Unidade Básica de Saúde antes do PAI

Motivos	Nº	%
Achei que não resolveriam meu problema.	47	25,68%
Classifiquei como grave por isso já trouxe diretamente aqui.	47	25,68%
Horário não compreende ao de funcionamento da unidade.	35	19,13%
Unidade está sem pediatra.	35	19,13%
A última vez que procurei a unidade me encaminharam para o hospital, por isso hoje já decidi vir direto para cá.	14	7,65%
Veio com o SAMU	3	1,63%
Moro longe da unidade de saúde do bairro.	2	1,09%
Total	183	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Possivelmente os responsáveis pelas crianças em espera por atendimento no PAI que não procuraram a Unidade Básica de Saúde não a compreendem como porta de entrada e se consideram capazes para classificar o risco inerente a situação que estão vivenciando. Dentre as causas para não procurar o PAI os responsáveis citaram também o horário incompatível com sua disponibilidade 19,13% (n=35) o que pode significar a necessidade de estender o horário de atendimento na Atenção Básica. 19,13% (n=35) afirmaram que a unidade estava sem pediatra naquele dia enquanto que 7,65% (n=14) relataram que a última vez que procuraram a unidade foram encaminhadas para o hospital, por isso,

decidiram ir direto para o PAI, o que pode demonstrar a nossa capacidade enquanto serviços de saúde em definir a demanda.

Contribuindo para o presente estudo, Santos et al. (2013) observa que os pais/responsáveis, em sua maioria, preferem o pronto atendimento por relacioná-lo a uma imagem de melhor acessibilidade e resolubilidade. Acreditam que o atendimento na Unidade Básica de Saúde seja restrito e não atenda às suas necessidades, por vezes não compreendem e/ou desconhecem a função do pronto atendimento ou realmente acreditam que seu caso é grave por desconhecer o conceito de urgência. Consequentemente, gera aumento dos custos e necessidade de recursos humanos, dificultando assim a assistência de verdadeiras urgências.

Silva et al. (2015), afirmam que em relação à avaliação dos pais/responsáveis sobre os atendimentos anteriores a procura pelo pronto atendimento, da amostra total apenas 99 procurou por serviços anteriores. Destes 86 (22,7%) buscaram os serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS). Também observou que, no que tange às causas de insatisfação (82,5%) da amostra total, destacaram demora no atendimento, dificuldade de agendamento de consulta e falta de médico/pediatra.

Sousa, Erdmann e Mochel (2011), confirmam em seu estudo um dos motivos que fazem as mães procurarem a Unidade Básica de Saúde quando seus filhos necessitam de avaliação do crescimento e do desenvolvimento, para atualizar o calendário básico de vacinação, nas situações em que seus filhos apresentam queixas de febre, tosse ou diarreia ou para providenciar requisição de exames de rotina.

Para eles segundo Sousa, Erdmann e Mochel (2011), os casos de “doenças” que consideram mais graves procuram o serviço de urgência, pois se sentem inseguras em relação ao atendimento da unidade básica de saúde. A possibilidade de não encontrar o médico na unidade ou ainda por considerar que estes não estão capacitados para o atendimento à criança doente, são motivos da insegurança das mães:

“[...] às vezes o médico não vem e a gente fica aqui esperando. Eu já fiquei aqui uma manhã quase toda e o médico não veio. E a tarde aqui nunca têm médico, eles vêm pra cá mais é de manhã. Tem vez que dá certo, tem vez que eu já levo direto pro Hospital porque a gente que é mãe não quer ver um filho da gente doente sem fazer nada. Já teve vez que eu saí daqui chorando, porque a enfermeira

me disse que não podia fazer nada, porque não tinha médico no posto. Aí a gente tem de arrumar dinheiro para a passagem e levar para o Hospital.”

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da demanda em um PAI do Sul da Santa Catarina indica que a maioria dos usuários procuram o serviço por febre, infecções respiratórias, problemas gastrointestinais e dor. Todos os objetivos dessa pesquisa foram alcançados e todas as hipóteses da pesquisa foram validadas.

A maioria dos acompanhantes são mulheres, mães das crianças, de cor branca e com idade de 20 a 30 anos. Os pacientes, em sua maioria meninos com idade entre zero e um ano de cor branca com renda familiar entre 2 a 4 salários mínimos, moram em casa de alvenaria com média de aproximadamente 4 pessoas, com a maioria das ruas sem pavimentação, com água tratada e encanamento de esgoto. Em relação ao ensino, a maioria das crianças participantes do estudo não frequenta creche ou escola, mas há quem frequente em tempo integral e quando não estão na escola são cuidados por suas mães ou avós.

Apesar de haver procura por moradores de outras cidades ao hospital, a Cidade que predominou em relação a procura foi a de Criciúma/SC, município em que o hospital está localizado. O distrito de maior procura pelo serviço foi o da Próspera, mas vale ressaltar que dentre os distritos da cidade, o da Próspera possui maior número de pacientes cadastrados.

A maior parte dos pacientes utilizam a unidade de saúde de seu bairro e já utilizaram os serviços do hospital por mais de 5 vezes. A maioria dos pacientes não apresentam nenhum problema de saúde crônico e o motivo de maior procura foi febre, seguido de problemas respiratórios, sendo predominante a classificação verde nos atendimentos.

Quando interrogados se procuraram ou não a unidade de saúde de seu bairro, as respostas negativas se deram pelo seguinte motivo: *“achei que não resolveriam meu problema”* e *“classifiquei meu caso como grave, por isso trouxe direto aqui.”* Porém, aos pacientes que estiveram em alguma unidade de saúde antes do PAI pesquisado, foram interrogados pelo motivo de estar no hospital após ter passado por avaliação de profissional da saúde e a em sua generalidade, a resposta dos pacientes foi: *“Fui encaminhado para vir até aqui.”*

Considerando esses pontos, há necessidade de sensibilizar a população sobre as redes de atenção à saúde e suas especificidades na atenção básica e nos serviços de atenção à saúde da criança.

Como sugestão para novas pesquisas, salientamos a necessidade de buscar entender o saber populacional em relação a urgências e emergências e sobre qual serviço procurar para atendimento em saúde. A falta de estudos que indiquem a prevalência de doenças em raças negras e brancas, pode ser visto como uma fragilidade durante a pesquisa.

Os resultados desta pesquisa são de grande importância pois pode caracterizar o perfil das crianças atendidas no hospital pesquisado, podendo assim, identificar as maiores demandas de atendimento para consequente melhoria dos serviços oferecidos na região.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. G. B; ALMEIDA, N. D. M de; ALMEIDA, C. D. C. M de. **Banho tépido e dipirona versus dipirona isolada no tratamento de crianças com febre.** São Paulo Med. J, v.126, n.2, 2008. p.107-11.

AQUINO, Deyse Ilza; CONCEIÇÃO, Cláudia Rosa Ferreira Ramos Taveira; PEREIRA, Cássia Regina da Cunha. A família contemporânea e a estratégia de saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista eletrônica Estácio saúde.** São José, v.6, n.1, p.48-61, jan. 2017. Disponível em: <<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index> - ISSN1983-1617>. Acesso em: 12 nov. 2018.

ARAGUAIA, Mariana. Bronquite. **Brasil Escola.** 2018. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/doencas/bronquite>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

BARRETA, Claiza et al. Caracterização dos cuidadores das crianças e dos adolescentes atendidos pelo projeto de extensão de um hospital universitário infantil. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais.** Itajaí, v.3, n.1, p.15-24, jan. 2016.

BORGES, Maria Beatriz Silva e; GALIGALI, Amanda Torrezan; ASSAD, Raquel Aboudib. **Prevalência de distúrbios respiratórios em crianças com paralisia cerebral na clínica escola de fisioterapia da universidade católica de Brasília.** Fisioterapia em Movimento. Curitiba, v.18, n.1, p.37-47, mar. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo nº 196. **Constituição de 1988.** Brasil, 05 out. 1988. p.103. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BRASIL. Constituição. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** 1990. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 24 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Presidência da República: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002.** 2002.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco: PNH.** 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279.** Brasil, dez. 2010. p.4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pneumonia.** 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/233_pneumonia.html>. Acesso em: 30 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Saúde da Criança**. 2013. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/sobre-a-area>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 2013a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Distrito Federal. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras Estratégias da Sas**. 2014. PDF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sinusite**. 2015. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2120-sinusite>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRASIL. Portal da Saúde. **Asma**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/asma>>. Acesso em: 30 maio 2018.

BRASIL. **Criança Feliz: desenvolvimento infantil**. 2017a. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/crianca-feliz/perguntas-frequentes>>. Acesso em: 21 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento da primeira infância**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/acoes-e-programas/desenvolvimento-da-primeira-infancia>>. Acesso em: 28 maio 2018.

BRASIL. OPAS. **O que é otite**. 2018a. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/o-que-e-otite-media-externa-interna-sintomas-e-remedios/>>. Acesso em: 29 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 30 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Upa 24 horas**. 2018c. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/upa>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

CERTAL, Victor. **Amigdalite**. 2018. Disponível em: <<https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/otorrino/amigdalite/>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

CISAMREC. **Cobertura da população que utiliza exclusivamente o SUS - Região de Saúde Carbonífera**. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def>. Acesso em: 22 nov. 2018.

CLINICA ESADI. **Doenças do aparelho digestivo**. 2018. Disponível em: <<http://www.esadi.com.br/aparelho-digestivo/doenca/gastroenterite/>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

DALCIN, José Francisco et al. Crianças atendidas em pronto-atendimento infantil: Perfil Clínico e Demanda de Atendimento. **Revista Contexto & Saúde**. Ijuí, v.13, n.25, dez. 2013. p.54-57.

DIREITO E SAÚDE PÚBLICA. **Atenção Terciária**. 2012. Disponível em: <<http://direitoesaudepublica.blogspot.com/2012/02/atencao-terciaria.html>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

FILHA, Maria de Fátima. **A importância do acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência/emergência**. 2014. 26 f. Monografia (Especialização). Curso de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

FIOCRUZ. **Atenção básica**. 2018. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 30 maio 2018.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira et al. Cobertura por plano de saúde ou cartão de desconto: inquérito domiciliar na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. FapUNIFESP (SciELO). [s.l.], v.33, n.10, p.2-11, 26 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00141515>.

GOMIDE, Ana Carolina Micheletti et al. How parents deal with the child's fever: influence of beliefs, knowledge, and information sources in the care and management of fever in children - systematic review of the literature. **Revista Médica de Minas Gerais**. GN1 Genesis Network, [s.l.], v. 24, n. 2, p.2-2, 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20140050>.

HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS. **Protocolo sobre febre sem sinais de localização**. 2017. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/HIMJ_protocolo_febre_1254773653.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

IBGE. **IBGE - Brasil em síntese**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/pesquisa/30/30051>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

IDEAS. **Estrutura do Hospital Materno Infantil Santa Catarina**. 2017. Disponível em: <<http://hmisc.ideas.med.br/>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

INSTITUTO PHD. **Diferencial em Pesquisas**. 2015. Disponível em: <<https://www.institutophd.com.br/produtos-pesquisa-estatistica/tipos-de-pesquisas-estatisticas/pesquisa-quantitativa/>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MACEDO, Giselle Pinto de Oliveira Sá; D'INNOCENZO, Maria. Satisfação da qualidade de atendimento em um Pronto-Socorro Infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.30, n.6, nov. 2017. p.637-637.

MENEGUESSI, Geila Marcia et al. Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012.

Epidemiologia e Serviços de Saúde. Instituto Evandro Chagas, [s.l.], v.24, n.4, p.721-730, out. 2015. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000400014>.

MÜLLER, Elza Caroline Alves et al. Prevalência e diversidade molecular de adenovírus em crianças com gastroenterite aguda grave, em Belém, estado do Pará, antes e após a introdução da vacina contra rotavírus no Brasil. **Revista Pan-amazônica de Saúde.** Instituto Evandro Chagas. [s.l.], v. 8, n. 4, p.53-63, nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232017000400010>.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UREJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, 10 jan. 2011. p.84-88. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

OLIVEIRA, B. R. G. O et al. Causes of hospitalization with the national health system of children aged zero to four in Brazil. **Rev Bras. Epidemiol.** [on-line] v.13, n.2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1415-790X&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 26 maio 2018.

PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Revista USP**, v.30, n.86, 2016. p.51-66.

PEDRAZA, Dixis Figueroa et al. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Instituto Evandro Chagas. [s.l.], v.26, n.1, p.169-182, jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100018>.

PEIXOTO, B. V et al. A difícil realidade do pronto atendimento infanto-juvenil mostrando a situação de saúde de uma cidade. **Revista Paulista de Pediatria.** São Paulo, v.31, n.2, 2013, p.231-236.

PINA, Juliana Coelho et al. Role of Primary Health Care in child hospitalization due to pneumonia: a case-control study. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v.25, p.01-10, 25 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1731.2892>.

PITILIN, Érica de Brito; LENTSCK, Maicon Henrique. Primary Health Care from the perception of women living in a rural area. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp.** FapUNIFESP (SciELO). [s.l.], v.49, n.5, p.726-732, out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000500003>.

PONTES, Ana Paula Munhen de; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. **Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude.** 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281429912009/>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

PROTOCOLO HMISC. Protocolo nº 2, de 18 de abril de 2018. **Protocolo do acolhimento com classificação de risco.** Criciúma, SC, 2018.

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS PEDIATRAS. **A assistência prestada ao acompanhante de crianças hospitalizadas em uma**

unidade de internação infantil: a opinião do acompanhante, contribuindo para a assistência de enfermagem. São Paulo: Inovaweb, 2009. Disponível em: <https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol9-n1/v.9_n.1-art2.pesq-a-assistencia-prestada-ao-acompanhante-de-criancas.pdf>. Acesso em: 24 maio 2018.

RIBEIRO, Ana Jéssika Mesquita; TEIXEIRA, Paulo Anderson de Sousa; COIMBRA, Ricardo Aquino. Satisfação no serviço de atendimento na emergência pediátrica de um hospital em Fortaleza-CE. Sob a ótica dos usuários. **Revista de Administração da Unif7**. Fortaleza, v.1, n.2, p.13-44, dez. 2017.

RODRIGUES, Suen Baron Grapeggia. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em urgência e emergência pediátrica:** relato de experiência. 2014. 22 f. Monografia (Especialização). Curso de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SANTOS, M. L et al. Pronto atendimento infantil: quem utiliza e por que motivo. **Revista Saúde Santa Maria**. Santa Maria, v.39, n.2, 2013. p. 79-88.

SANTOS, Débora Aparecida da Silva et al. A relação das variáveis climáticas na prevalência de infecção respiratória aguda em crianças menores de dois anos em Rondonópolis-MT, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. FapUNIFESP (SciELO). [s.l.], v. 22, n. 11, p.3711-3722, nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.28322015>.

SCRIBD. **Pesquisa Probabilística**. 2018. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/61012146/pesquisa-censitaria>>. Acesso em: 29 maio 2018.

SERVIN, Santiago Cirilo Nogueira et al. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. 2010.

SILVA, Bruna Antoniassi et al. Caracterização da demanda e procura de um pronto atendimento infantil: opinião de pais e responsáveis. **Semina - Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v.36, n.1, ago. 2015. p.33-42.

SILVA, Valéria Andrade; ESPERIDIÃO, Fernanda. Saneamento básico e seus impactos na mortalidade infantil e no desenvolvimento econômico da região Nordeste. **Scientia plena**. Associação Sergipana de Ciência, [s.l.], v. 13, n. 10, p.2-7, 30 nov. 2017. doi.org/10.14808/sci.plena.2017.109905.

SOUZA, Francisca Georgina Macedo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MOCHEL, Elba Gomide. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Revista Contexto & Saúde**. Florianópolis, v.20, n.1, nov. 2011. p.263-270.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá de. **Manejo da febre em crianças**. 2012. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/321>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

SOUZA NETO, Maria Cristina de. **Protocolo Otite Media Aguda**. 2013. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/hijg/emergencia/Protocolo Otite Media Aguda.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/hijg/emergencia/Protocolo%20Otite%20Media%20Aguda.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2018.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

**ACADÊMICA: VITÓRIA COSTA D'AVILA**

QUESTIONÁRIO Nº _____	
Data da Coleta: ____/____/____ Horário: ____ hrs.	
Idade: () 0 a 1 () 1 a 2 () 2 a 3 () 3 a 4 () 4 a 5 () 5 a 6	Sexo: () Masculino () Feminino
Raça, cor ou etnia: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Raça/etnia indígena	Por qual cor a criança foi classificada de acordo com o atendimento da triagem? () Azul () Verde () Amarelo () Vermelho
Cidade:	Bairro:
Como chegou até o Hospital? () A pé ou de bicicleta () Carro particular () Ônibus ou taxi () SAMU ou serviço de urgência	Quantas vezes já utilizou os serviços do HMISC? () Primeira vez () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
Se não for morador de Criciúma: Tem hospital com atendimento voltado a pediatria em sua cidade? () SIM: _____ () NÃO	Por qual unidade de saúde é atendido?
SOBRE O INFORMANTE:	
Qual grau de parentesco com a criança? () Mãe () Pai () Irmão () Avo(a) () Cuidador Particular () Padrasto/Madrasta	Qual sua idade? () 18 a 20 anos () 20 a 30 anos () 30 a 40 anos

<input type="checkbox"/> Professor(a) da creche/escola	<input type="checkbox"/> 40 a 50 anos <input type="checkbox"/> 50 a 60 anos <input type="checkbox"/> 60 anos ou mais
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Informar se outro:	Qual sua cor, raça ou etnia? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Raça/etnia indígena
A criança frequenta alguma escola ou creche? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Se SIM, em qual período? <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Integral	
No período que não está na creche ou escola, quem cuida da criança? <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Cuidador Particular <input type="checkbox"/> Padrasto/Madrasta	
Quantas pessoas convivem na mesma residência, contando com a criança? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 ou mais	
Renda familiar: <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 2 a 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> 4 ou mais salários mínimos	
Tipo de moradia: <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Apartamento	
As ruas do seu bairro são asfaltadas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Há tratamento de esgoto? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
A água é tratada? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
A Criança é tratada por alguma doença em seu dia a dia? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM: <input type="checkbox"/> Transtornos Neurológicos <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos <input type="checkbox"/> Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/> Infecção Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Qual motivo da procura pelo HMISC hoje? <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Infecção respiratória <input type="checkbox"/> Infecção gastrointestinal <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Procurou outro ponto da rede de atenção à saúde anterior ao HMISC? (UPA, 24 horas ou ligou para o SAMU) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Procurou a Unidade de Saúde de seu bairro antes do HMISC?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Qual motivo de ter procurado o hospital logo depois de ter passado pelo serviço de atenção primária? <input type="checkbox"/> Fui encaminhado pelos profissionais da unidade para vir até o HMISC.	Porque? <input type="checkbox"/> A última vez que procurei me encaminharam para o HMISC. <input type="checkbox"/> Achei que não resolveriam meu problema. <input type="checkbox"/> Moro longe da Unidade do Bairro. <input type="checkbox"/> Classifiquei como grave por isso procurei o

<p><input type="checkbox"/> Demora para ser atendido.</p> <p><input type="checkbox"/> Marcaram consulta para alguns dias e preciso do atendimento rápido.</p> <p><input type="checkbox"/> Não fiquei satisfeito com a avaliação feita na unidade de saúde.</p> <p><input type="checkbox"/> Unidade de saúde está no momento sem profissional.</p>	<p>hospital.</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho bom relacionamento com os profissionais da Unidade de Saúde.</p> <p><input type="checkbox"/> Horário não compreende ao de funcionamento das unidades de saúde.</p> <p><input type="checkbox"/> Unidade de saúde está sem profissional temporariamente.</p>
<p>Questionário pode ser concluído?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim.</p> <p><input type="checkbox"/> Não, pois paciente foi chamado para ser atendido.</p> <p><input type="checkbox"/> Não, pois o informante desistiu da pesquisa.</p>

ANEXO (S)

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Título da Pesquisa: ANÁLISE DA DEMANDA EM UM PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL DO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Objetivo: Analisar a demanda de acesso do pronto atendimento de um hospital infantil.

Período da coleta de dados: setembro a outubro do ano de 2018

Tempo estimado para cada coleta: 10 a 15 minutos

Local da coleta: Hospital Materno Infantil Santa Catarina

Pesquisador/Orientador: Ioná Vieira Bez Birolo **Telefone:** (48) 9.8470-2931

Pesquisador/Acadêmico: Vitória Costa D'avila **Telefone:** (48) 9.9816-4229

10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
Após a abordagem do possível participante, a primeira pergunta a ser realizada é sobre a idade da criança. Se ela se encaixar no critério de inclusão, o responsável será convidado a participar da pesquisa. O participante estará ciente de que todos os dados por ele me passados, serão analisados e o pesquisador manterá sigilo de sua identidade. O participante terá consciência de que o estudo não tem fins lucrativos, tendo como objetivo unicamente a pesquisa para Trabalho de Conclusão de Curso. A pesquisa será feita por meio de questionário, com perguntas 27 simples e em sua maioria objetivas. O participante levará em média 10 a 15 minutos para que a pesquisa seja concluída.

RISCOS
Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente.

BENEFÍCIOS
Melhora do serviço de saúde a partir do diagnóstico que será feito.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Vitória Costa D'Avila pelo telefone (48) 9.9816-4229 e/ou pelo e-mail davila.vi@outlook.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<hr/> Assinatura	<hr/> Assinatura
Nome:	Nome:
<hr/>	<hr/>
	CPF: _____ . _____ . _____ - _____

CPF: _____._____._____-____	
-----------------------------	--

Criciúma, (SC), ____ de _____ de 2018.