

Cátia Regina Branco da Fonseca

**A INTERFACE ENTRE UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO INFANTIL EM PRONTO SOCORRO DE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, COM O SISTEMA DE
SAÚDE LOCAL E REGIONAL.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu-Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Pediatria.

Orientadora: Prof^a Dr^a Agueda Beatriz Pires Rizzato

Botucatu
2006

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: SELMA MARIA DE JESUS

Fonseca, Cátia Regina Branco da.

A interface entre uma Unidade de internação infantil em Pronto Socorro de Hospital Universitário, com o Sistema de Saúde local e regional / Cátia Regina Branco da Fonseca. – 2006.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006.

Orientador: Agueda Beatriz Pires Rizzato

Assunto CAPES: 40101088

1. Pediatria - Serviços de medicina de emergência
2. Saúde infantil
3. Crianças - Saúde

CDD 618.92

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; Internação infantil; Hospital Universitário; Pronto Socorro de pediatria; Sistema de Saúde local e regional.

Ao meus pais **Ivan** (*in memoriam*), e **Marlene** pelo amor incondicional, apoio, força e confiança em todos os momentos de minha vida.

À professora **Dra. Agueda Beatriz
Pires Rizzato**

Pela amizade e por acreditar,
estimular, acolher e compartilhar
cada etapa de minha vida

acadêmica, e em especial deste trabalho.

Ao **Valdemar Pereira de Pinho**, pelo apoio e companheirismo, e pela serenidade em meus momentos de aflição.

À **Juliana Tomasi**, pelo auxílio na coleta e digitação dos dados.

À equipe de funcionárias do Pronto Socorro de Pediatria, **Adriana, Alessandra, Benê, Jane, Fernanda, Marli, Maria Luiza, Lucy, Michele, Regina e Sandra**, pelo apoio na coleta dos dados, auxiliando para que não ocorressem perdas.

A todos os membros da banca de qualificação, **Dr. Antero de Miranda, Dra. Ercília Trezza, Dra. Luana Carandina e Dra. Tamara Goldberger**, pelas importantes contribuições dadas naquele momento.

Às colegas do Pronto Socorro de Pediatria, **Ana Paula, Cristiane, Francisca, Joelma, Olívia, e Silvana**, pelo companheirismo.

A todas as **funcionárias do Centro de Saúde da CECAP**, e à equipe da **assessoria da Secretaria de Saúde de Botucatu**, pelo apoio e compreensão.

RESUMO	12
ABSTRACT	15
1. INTRODUÇÃO	18
1.1. Modelo assistencial de saúde no Brasil	19
1.2. O SUS - Sistema Único de Saúde	21
1.3. Utilização dos serviços de saúde	24
1.3.1. Acesso e acessibilidade	24
1.3.2. Qualidade da assistência	26
1.4. Avaliação em serviços de saúde	27
1.5. Informações, privacidade e ética no processo de pesquisa..	30
1.6. O Hospital Universitário no SUS	31
2. OBJETIVOS	34
2.1. Objetivo geral	35
2.2. Objetivos específicos	35
3. MÉTODO	36
3.1. Casuística	37
3.2. Levantamento de dados	38
3.3. Procedimentos utilizados para coleta de dados	38
3.4. Preparação das informações e categorias de análise	40
3.5. Processamento dos dados	41
3.6. Estrutura dos serviços de saúde e população municipal	41
4. RESULTADOS	44
4.1. Casuística	45
4.2. Características da clientela internada	46
4.3. Motivo de procura do PS de Pediatria do HC	50
4.4. Diagnósticos mais frequentes	52
4.5. Recursos utilizados na internação	56
4.5.1. Exames complementares	56
4.5.2. Tratamento	59
4.6. Dados complementares das internações	63

4.7. Trajetória prévia percorrida pelos pacientes	66
4.8. Recursos de saúde e população dos municípios	69
4.9. Caracterização das internações de Botucatu, São Manuel, Avaré e Itatinga	73
4.9.1 Botucatu	73
4.9.2. São Manuel	76
4.9.3. Avaré	78
4.9.4. Itatinga	79
5. DISCUSSÃO	82
5.1. Casuística	83
5.2. Características da clientela	84
5.3. Motivo de procura do PS de Pediatria do HC.....	86
5.4. Diagnósticos mais freqüentes	89
5.5. Recursos utilizados	92
5.5.1 Exames complementares	93
5.5.2. Tratamento.....	95
5.6. Dados complementares	97
5.7. Trajetória prévia percorrida pelos pacientes	99
5.8. Recursos de saúde e população dos municípios	103
5.9. Caracterização das internações de Botucatu, São Manuel, Avaré e Itatinga.....	106
6. CONCLUSÕES	112
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
8. ANEXOS	126

Frente à classificação do HC da FMB da Unesp no SUS, como Hospital Universitário e terciário objetivou-se estudar a interface da enfermagem do PS de Pediatria do HC, com o Sistema de Saúde local e regional, por meio da caracterização de suas internações, e do estudo dos recursos de saúde dos municípios da DIR-XI. Estudou-se 658 internações no período de 01 de junho a 31 de dezembro de 2003, aplicando protocolo com entrevista semi-estruturada, e coleta de dados de registros de anotações médicas e de enfermagem, além dos dados das unidades de saúde, dos municípios de procedência das internações, cadastrados no SUS. Para a classificação das doenças utilizou-se a CID-10 e para os medicamentos a lista de Denominações Comuns Brasileira (DCB) e, a dos genéricos, propostas pela ANVISA. Os protocolos foram digitados e analisados pelo Epiinfo 6.04d. Nas internações houve predomínio de meninos (53%), com a frequência de 61,3% entre menores de cinco anos, sendo 19,9% menores de um ano; 26,5% de cinco a dez anos e 12,2% de adolescentes. De Botucatu procederam 54%, e dos demais municípios 46%. Dentre as doenças mais frequentes, as do aparelho respiratório foram 26,4% e as conseqüentes a causas externas 16,7%. Das internações 70,9% tiveram um diagnóstico. Os exames mais solicitados foram: Hemograma 56,9%, Raios-X de tórax 42% e PCR 36,3%. Os medicamentos mais utilizados foram antibióticos (47,7%) e analgésicos e antitérmicos (29,8%). A média de permanência foi um dia. Necessitaram especialidades 43%: Neuropediatria 22,3%; Cirurgia Infantil 17,7%; Hematologia 12,7%. Foram encaminhados para enfermagem de Pediatria do HC, 25,1%, e para UTI, 1,1%. O estudo da trajetória prévia mostrou procura por serviços de saúde em 68,1%, sendo 56,9% PS e 26,2% UBS. A média do período entre a procura e a internação foi de 3,1 dias. Espontaneamente vieram 56,4%. O estudo dos recursos de saúde mostrou a capacidade de assistência dos municípios, dos quatro que possuem hospital

secundário, Os casos de Itatinga e parte dos de Avaré foram adequadamente referenciados para este HC. Concluiu-se que: a alta frequência de internações por doenças do aparelho respiratório, e aquelas, conseqüentes a causas externas, confirma serem as mais prevalentes nos serviços de pediatria, atualmente. As doenças que motivaram a maioria das internações exigiram recursos diagnósticos e terapêuticos de baixa complexidade. O estudo da trajetória prévia indica uma ampliação da cobertura dos serviços do SUS em Botucatu e região. Os casos internados neste PS, procedentes de municípios com recursos secundários, aponta a necessidade de verificar melhor adequação do sistema de referência na região. A enfermaria de pediatria do PS do HC, como interface entre os níveis primário e terciário, desempenha papel importante como atenção hospitalar secundária, embora em hospital terciário, atuando também como referência de internações e procedimentos, para algumas especialidades, no município e na região da DIR-XI de Botucatu. A análise desta interface aponta a necessidade de uma repactuação, para melhor organizar os serviços local e regional, ampliando o acesso e a acessibilidade e melhorando a resolutividade na atenção médica da região.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; Internação infantil; Hospital Universitário; Pronto Socorro de pediatria; Sistema de Saúde local e regional.

Based on the classification of the Clinic Hospital of the Medical School of Botucatu, Unesp at SUS - Unique Healthcare System, as a tertiary University Hospital, this work studied the interface of the pediatric ward at the Emergency Room at the Clinic Hospital with the local and regional Health System through the characterization of its hospitalizations, and the resources of health in the cities of DIR-XI (administrative region of Botucatu). A total of 658 hospitalizations, between June 1st and December 31st, 2003, were studied. Besides the protocol with semi-structured interviews, and collect of data from the medical and nursing registers, data from the health unit in the cities, registered at SUS, where the hospitalizations originated were also used. The International Classification of Disease – ICD – 10 was used to classify the diseases; the Brazilian Common Denomination (BCD) and the generic list proposed by ANVISA (Brazilian National Health Vigilance Agency) classified the medications. The protocols were typed and analyzed by Epiinfo 6.04d. Boys (53%) prevailed the hospitalizations; with 61,3% under 5 years of age where 19.9% were under one year old; 26.5% from 5-10 years of age and 12.2% adolescents. Fifty-four percent were from Botucatu and 46% from other cities. Among the most frequent diseases, the respiratory ones were 26.4%, and the ones due to external causes were 16.7%. Among the hospitalizations, 70.9% had one identified diagnoses. The most requested exams were: Blood Count – 56.9%, Thorax X-ray – 42% and PCR – 36.3%. The most often medications were: antibiotics (47.7%) and analgesic and antipyretic (29.8%). One day was the average permanence in hospital. Forty-three percent patients needed specialties: Neuropediatrics – 22.3%; Infantile Surgery – 17.7%; Hematology – 12.7%. Among the patients, 25.1% remained at the pediatric ward at the Clinic Hospital, and 1.1% at the Intensive Care Unit. The study of the previous route has shown that 68.1% searched for health care, where 56.9% went to the Emergency Room and

26.2% to the Basic Health Unit. The average time between the search for care and the hospitalization was 3.1 days. A total of 56.4% patients came spontaneously. The study of health resources has shown the cities' capacity of assistance; among the ones where there is a secondary hospital, Itatinga and part of the cases from Avaré were adequately redirected to this Clinic Hospital. It was concluded that: the high frequency of hospitalizations due to respiratory problems and the ones due to external causes have shown to be currently, the most prevalent in the pediatric service. The diseases that caused hospitalization required diagnostic and therapeutic resources of low complexity. The study of previous route shows the use of the SUS services in Botucatu and region. The hospitalization at this ER, proceeding from cities with secondary resources, shows the need to verify a better adaptation of the reference system in the region. The pediatric ward of the ER at the Clinic Hospital, as an interface between the primary and tertiary levels, plays an important role as secondary hospital attention, even though it is a tertiary hospital; it also acts as reference of hospitalizations and procedures for some specialties in the city and region of DIR-XI of Botucatu. The analysis of this interface shows the need of rearrangement to better organize the local and regional services, widening the access and the accessibility and improving the resoluteness of the medical attention in the region.

Key words: Health Service Evaluation; Infantile Hospitalization; University Hospital; Pediatric Emergency Room; Local and Regional Health System

1. INTRODUÇÃO

1.1. Modelo assistencial de saúde no Brasil

Ao longo dos anos, o desenvolvimento do modelo assistencial no Brasil, com ênfase prioritária nas ações curativas em detrimento das ações preventivas, tem levado a uma cultura distorcida da assistência. Isso acabou atribuindo uma importância excessiva ao atendimento hospitalar e de urgência em prejuízo à assistência na rede básica de saúde, o que, segundo Kovacs (2005), faz com que a população continue procurando serviços de saúde de maior densidade tecnológica, para resolver problemas de saúde que poderiam ser resolvidos em um nível de atenção menos especializada.

A formação médica e dos profissionais de saúde, até um passado bem recente, também refletia essa distorção. Muitas vezes o esforço do profissional é fazer o diagnóstico por meio de tecnologia sofisticada, nem sempre necessária, levando ao uso excessivo de recursos tecnológicos em detrimento da anamnese e do exame físico (MARQUES, 1989).

Nos últimos anos tem havido um movimento de reflexão nacional voltado para a modificação desta realidade. Assim, atendendo as novas diretrizes curriculares do Ministério da Saúde e da Educação, as escolas médicas têm diversificado os cenários de ensino, com uma “retirada” parcial dos alunos dos hospitais universitários e incluindo-os na comunidade e nos serviços assistenciais de menor complexidade (CYRINO *et al.*, 2005).

Há um esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica, com visão integral da saúde e integradora da clientela, revendo a atuação e a qualificação dos serviços de atenção primária, representados

pelas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, também tem ocorrido um aprimoramento do nível secundário de assistência, realizado nos hospitais e nos ambulatórios de especialidades não universitários, através de políticas do Ministério da Saúde, como a de humanização do atendimento hospitalar e ambulatorial e a revisão dos valores de alguns procedimentos realizados em hospitais de pequeno e médio portes, entre outras medidas.

Nesse contexto assistencial e educacional, o momento atual é oportuno para novas mudanças e incentivos nas instituições acadêmicas e nos serviços de saúde, na tentativa de uma adequação dos profissionais à realidade do SUS.

As modificações nas políticas de assistência médica que o país tem sofrido nas últimas décadas foram importantes e necessitam de estudos para uma avaliação dos seus impactos na utilização de serviços e da cobertura atingida pelos programas existentes (DIAS-DA-COSTA, 1996).

Segundo Rodrigues Filho (1989), o conhecimento dos serviços de saúde é uma necessidade para os profissionais, dirigentes e público em geral, pois há uma crescente preocupação com a contenção de custos, qualidade dos serviços e melhoria de saúde para a população. E este é um campo de estudo capaz de produzir conhecimentos sobre estrutura, processo e resultados dos serviços.

Para Donabedian (1988), o bom cuidado à saúde deve considerar a prevenção com cooperação do usuário e dos prestadores de serviços. Deve haver uma interação contínua entre os profissionais, citando o médico e o paciente, requerendo serviços de referência e aplicação de tecnologia de acordo com as necessidades populacionais.

1.2 O SUS - Sistema Único de Saúde

Na Constituição Brasileira de 1988, (BRASIL, 1988) a saúde como direito de todos e dever do Estado passa a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doenças e de outros agravos e garantam o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir da implantação do SUS (Sistema Único de Saúde).

O “Movimento da Reforma Sanitária”, iniciado em fins dos anos 70 e início dos anos 80, teve sua vitória quando da aprovação dos princípios desse Sistema de Saúde, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, posteriormente incorporados na Constituição Brasileira de 1988 (TANAKA,1994).

O SUS conta com um conjunto de leis e normas que abrange todos os aspectos necessários para a sua existência e funcionamento, desde os fundamentos e princípios presentes na Constituição Federal, e regulamentados pelas Leis Federais 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1991), até Normas Operacionais e de Assistência, porém, não tem atingido todos os resultados esperados, ficando muitas vezes aquém do previsto.

São princípios norteadores do SUS: a universalidade, a equidade, a gratuidade, a descentralização político-administrativa, a integralidade do cuidado, com ênfase nos aspectos preventivos e o fim da dicotomia de ações, a descentralização administrativa, a participação popular e ocupação plena do setor público com complementaridade possível do setor privado de assistência a Saúde (BRASIL, 1991).

A universalidade, a integralidade e a equidade têm conseqüências na organização dos serviços, obrigando-os a ampliar a sua capacidade de absorção das demandas e a reformulação do seu modelo assistencial (PINHO, 2003).

Não há integralidade e equidade possíveis sem a universalidade garantida do acesso aos serviços. Segundo Cecílio* a “integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível”, e só será possível a partir da articulação de cada serviço de saúde, qualquer que seja ele, pensado em rede, pois a assistência não se dá nunca em um único lugar.

A regionalização é outra diretriz fundamental para que se atinjam vários objetivos, como garantir o vínculo entre a equipe de saúde e a população da área adstrita e conseguir dados epidemiológicos desagregados para o planejamento.

A hierarquização dos serviços de saúde, com especificação da(s) porta(s) de entrada e mecanismos de referência e contra-referência garante um fluxo adequado e necessário dos pacientes, segundo grau de complexidade de seus problemas de saúde (PINHO, 2003).

César *et al.* (1996a), Madureira *et al.* (1989), Dias-da-Costa *et al.* (2000) consideram que os princípios da regionalização e hierarquização obrigam a rede básica a redefinir o seu papel, aumentando sua capacidade resolutiva para uma população delimitada (a UBS como a porta de entrada do sistema), e os hospitais regionais e/ou ambulatoriais como primeira referência para especialidades ou internações nesse nível secundário de assistência.

* Cecílio, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade de atenção. (Departamento de Medicina Preventiva e Social da FMC da Unicamp). Comunicação Pessoal. 2004

Castro (1991) avalia o perfil da demanda dos Serviços de Pronto Atendimento de um hospital de São Paulo, comparando-os com a rede de Unidades Básicas de Saúde, enfatizando a questão da regionalização e descentralização destes serviços.

Santos *et al.* (2000) verificou que com a regionalização e a proximidade da residência do paciente em relação ao Centro de Saúde há facilidades da vinculação do cliente ao serviço.

Os Hospitais Universitários desconhecendo os demais serviços de saúde, historicamente fecharam-se na assistência e ensino hospitalar ou em ambulatorios especializados, e, portanto, não se incluíram no Sistema de Saúde Local. Isso vem se modificando com as novas diretrizes curriculares que preconizam a ida dos alunos, e assim, da Universidade para a Comunidade. Esse desconhecimento possibilita a desconfiança nos outros serviços, centralizando todos os atendimentos e ignorando a hierarquização do SUS, conseqüentemente o sistema de referência e contra-referência.

A viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS) também depende da resolutividade do Sistema Local de Saúde (SILOS). Essa, na concepção proposta por Campos (1988), é definida pelo impacto que as ações de saúde têm sobre a melhoria das condições de saúde de uma determinada população (efetividade), além da satisfação dessa população em relação às referidas ações, e, depende por sua vez, também da qualidade destas e de sua capacidade de resolução dos problemas (eficácia) e da melhor utilização dos recursos disponíveis para maximizar os benefícios (eficiência).

Eis aqui o desafio para os serviços de saúde locais e regionais e universitários: conhecerem seus papéis e a realidade de cada um, e interagirem de maneira eficiente procurando, atender às diretrizes do SUS.

1.3. Utilização dos serviços de saúde

O uso de serviços de saúde tem aumentado numa perspectiva histórica, havendo grandes variações quando se faz comparações entre diferentes segmentos de uma mesma população ou entre diferentes populações. O conhecimento deste fato possibilita informações sobre seus principais fatores determinantes e permite o planejamento de ações específicas, além de fornecer indicações importantes para a melhoria da qualidade das ações de saúde prestadas à população. A utilização dos serviços de saúde é resultante de um processo complexo, com vários fatores relevantes (TANAKA, 1994).

Adami (1993) ressalta alguns aspectos preconizados pela OPAS, quanto à necessidade dos serviços serem oportunos e contínuos, atenderem à demanda real e capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema.

Também se sabe que o fluxo utilizado pelos usuários nem sempre segue a lógica imposta pelo Sistema de Saúde (SUS), uma vez que o paciente busca a melhor forma de ser atendido em sua necessidade, a partir de seu ponto de vista ou experiência anterior positiva ou negativa com os serviços de saúde existentes ao seu alcance (PEREIRA, 1999b).

1.3.1. Acesso e acessibilidade

O conceito de acesso é complexo e expressa o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços de saúde, segundo a idéia inicialmente proposta por Donabedian (1980). Por essa conceituação inicial, acessibilidade é um dos componentes do acesso,

aquele que relaciona a localização da oferta e a localização dos usuários, considerados os meios de transporte desses, o tempo, a distância e os custos envolvidos no deslocamento.

Segundo a OMS (1978), a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde deve ser garantida de maneira aceitável, com a participação integral da comunidade e a custos absorvíveis pelo sistema de saúde.

Quando se amplia a possibilidade do acesso à atenção básica de saúde, verifica-se uma melhora significativa na saúde da população. Belinati (1994) observou que quando houve a priorização da extensão da cobertura da atenção primária em Londrina (PR), ocorreu concomitantemente a redução das internações, com aumento do número absoluto de consultas médicas e atendimentos básicos, significando uma assistência mais adequada às necessidades da população e com menor custo para o Sistema de Saúde.

O acesso, segundo Hortale *et al.* (1999), não deve ser visto somente sob o aspecto geográfico ou econômico, mas organizacional e sócio-cultural, podendo descrever a capacidade de um serviço dar cobertura a uma população ou ser obstáculo a sua utilização. Os serviços de saúde podem ser um dos grandes determinantes do estado de saúde da população, tanto quanto o estado biológico. Portanto, ter acesso aos serviços de saúde é uma condição fundamental para a manutenção ou recuperação da saúde.

Para Oliveira *et al.* (2004), os serviços de saúde somente serão acessíveis a todos, quando ocorrer planejamento para se conhecer a sua distribuição e a de seus usuários nas várias escalas: local, municipal, regional e nacional.

É importante o conhecimento pela clientela e pelos serviços de referência da existência dos recursos locais e regionais para atendimento, além do modo como esses serviços se apresentam para a população, quanto ao seu caráter de atendimento permanente ao longo do dia e contínuo ao longo dos meses e anos, sem interrupção de funcionamento por motivos políticos ou financeiros, pois, segundo Cohn *et al.* (1999a), a acessibilidade ao serviço de saúde representa o “grau de ajuste” entre as características próprias da população na busca aos serviços de saúde e a disponibilidade real desses.

1.3.2. Qualidade da assistência

Do ponto de vista do usuário do sistema de saúde, assistência de qualidade pode ter vários significados, como poder escolher para seu atendimento um serviço com recursos laboratoriais e estrutura para diagnóstico e tratamento. Além disso, poder escolher entre vários especialistas e utilizar todos os serviços disponíveis para resolução do seu problema, além de que a espera para o seu atendimento seja razoável, e quando atendido, que o profissional possa dedicar o tempo necessário ao seu diagnóstico e tratamento (PINHO, 2003). A forma de abordagem do paciente pelos profissionais do serviço de saúde a ser utilizado caracteriza-se também como um fator importante na avaliação da qualidade de assistência.

Franco & Campos (1998), em seu trabalho de análise de um serviço didático-assistencial em Campinas, que presta assistência secundária e terciária, verificou alto índice de satisfação com o mesmo, mas baixa vinculação entre o médico e o paciente.

A qualidade dos serviços de saúde geralmente está ligada a aspectos de diferentes naturezas, do pessoal que trabalha (número, tipo, formação, motivação), dos equipamentos, do recurso financeiro que dispõe, entre outros fatores que interagem entre si e também se relacionam intimamente com a expectativa que se tem do serviço, tanto da parte do profissional de saúde médico ou não, como do usuário ou do gestor do serviço.

A qualidade da assistência, quando pensada sob uma perspectiva sistêmica, dependerá de um sistema hierarquizado e com a máxima resolutividade em cada nível de assistência.

1.4. Avaliação em serviços de saúde

Um pré-requisito fundamental para garantir a qualidade de um serviço é que ele possa ser constantemente aprimorado e adequado às necessidades de saúde da comunidade. Para isso é necessário conhecer o serviço de saúde sob vários aspectos, atendendo ao interesse do administrador, da clientela e dos profissionais que prestam assistência (PINHO, 2003), e ainda, de quais são os problemas de saúde efetivamente existentes.

A avaliação é um processo fundamental na busca por qualidade no SUS, indicando ao gestor quais as possibilidades de intervenção no processo de assistência à saúde (SCOCHI, 1994), devendo ser parte integrante do planejamento em saúde.

O processo avaliativo deve ser dinâmico. Feito o diagnóstico de determinada realidade, implementadas ou redirecionadas as ações

necessárias, novamente se quantifica o problema para se verificar constantemente a efetividade das medidas adotadas (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2000).

Para Acúrcio *et al.* (1991), a atividade de avaliação, especificamente dos serviços de saúde, apresenta dificuldades conceituais e operacionais. A avaliação depende da visão de mundo daqueles que a produzem, não sendo assim neutra tecnicamente, ou imparcial.

Novaes (2000), enfatiza que a área de avaliação de serviços vivencia dificuldades a serem enfrentadas para que possam produzir conhecimento, pois sempre o conhecimento produzido pelo homem, sobre a realidade que se apresenta, tem um sentido e uma razão de ser.

Há diversos modelos de avaliação com várias metodologias e técnicas. As avaliações que se aprofundam em aspectos específicos, perdem na abrangência, são setoriais, particulares ou pontuais. Realizam-se em locais que desenvolvem ações de saúde há muito tempo e que têm seu grau de desenvolvimento avançado, uma vez que já se fizeram avaliações globais e, no momento, preocupam-se com a especificação da situação atual, conseguindo maior detalhamento de dados e informações, partindo assim para o aprimoramento de serviços e ações de saúde com mais sofisticação (CARVALHO, 1995).

Pela facilidade de acesso ao registro, na avaliação dos processos de prestação de assistência à saúde, principalmente dos atendimentos médicos, a auditoria de prontuários é o principal instrumento (BROOK 1992; LEMBKE 1992; MODESTO 1992), podendo ser utilizado como fonte primária de dados ou de forma complementar a dados coletados diretamente da clientela.

A utilização da epidemiologia, como uma forma sistematizada de abordagem dos problemas, pode fornecer subsídios para a avaliação criteriosa dos vários componentes dos serviços de saúde, contribuindo para a boa organização dos serviços e a melhoria da assistência. Pode também produzir informações adequadas e padronizadas para a preparação de material de artigos científicos e para divulgação dos dados obtidos na própria instituição ou, se for de interesse mais amplo, para outras instituições e a comunidade (PEREIRA, 1999a).

Para Pereira (1999b), o planejador de saúde trabalha com três elementos: a necessidade, a demanda e a utilização de serviços. E, para questões de gerenciamento de um estabelecimento, na provisão de medicamentos, leitos e pessoal para um hospital, o conhecimento da demanda atendida passa a ser um parâmetro para reflexões, sobre o qual os cálculos de previsão de recursos estarão baseados. Nesse caso, o serviço é a unidade de observação. O sistema de informações gera um quadro em que constam os diagnósticos mais encontrados na demanda atendida, entre eles as características dos usuários e uma série de indicadores de atividade e produtividade, como a média de permanência, as taxas de mortalidade e morbidade hospitalar, de infecção hospitalar e de ocupação de leitos (entre outros).

As informações dos serviços têm importâncias diferentes dependendo do ponto de vista de quem as utilizará.

1.5. Informações, privacidade e ética no processo de pesquisa

Todo processo de avaliação depende de informações dos diferentes membros que participam do atendimento no Sistema de Saúde, especialmente dos usuários.

O acesso às informações dos pacientes deve ser restrito ao menor número possível de profissionais dos serviços, sendo apenas aqueles que têm absoluta necessidade de identificar esses dados para executar as atividades necessárias à manutenção ou recuperação de sua saúde ou à proteção da coletividade, como nos casos de vigilância epidemiológica (PINHO, 2003).

Segundo Debert-Ribeiro (1994), na consolidação e agregação das informações praticamente desaparece a possibilidade de identificação do paciente.

As decisões tomadas a respeito da organização de saúde afetam direta ou indiretamente todos os que dela participam, como os trabalhadores, os usuários e a comunidade, portanto são atos de natureza ética (FORTES, 1995).

O princípio da privacidade é um dos fundamentos do Estado democrático moderno e, no Brasil, apresenta-se inserido nas normas constitucionais vigentes, que afirmam ser um dos direitos da cidadania. E este princípio acarreta aos profissionais e administradores, nos serviços de saúde, o dever ético e legal de manter o sigilo profissional.

Fortes (1995) enfatiza que a confidencialidade das informações se aplica a todos os funcionários dos serviços de saúde. Para o

acesso a essas informações é necessário o consentimento esclarecido do paciente.

Cada vez mais o trabalho de assistência à saúde envolve a participação de diversas categorias de profissionais e técnicos de saúde, além do corpo administrativo, diferentemente da prática liberal, na qual as informações são importantes apenas para as relações entre os médicos e seus pacientes. Além disso as informações fornecem dados para o diagnóstico da morbidade e da mortalidade dos grupos populacionais, sendo necessárias para o planejamento, organização, bom funcionamento dos serviços de saúde e auditoria das atividades realizadas, passando assim a interessar aos gestores do sistema e à própria sociedade (FABRI,2000).

No Brasil, informações sobre morbi-mortalidade hospitalar são escassas, principalmente em hospitais conveniados com o SUS (ABRANTES *et al.*, 1998).

1.6. O Hospital Universitário no SUS

Os hospitais universitários, principalmente os públicos, são centros de excelência que empregam tecnologia mais sofisticada e dispõem de uma grande especialização, por isso realizam a maioria dos procedimentos de alta complexidade do SUS.

Segundo Vuori (1991), estes serviços universitários, efetivos do ponto de vista de assistência médica, podem ser muito caros para o sistema de saúde, obrigando a uma avaliação de sua eficiência.

O Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Unesp é um serviço assistencial e um local de ensino para vários

profissionais de saúde. Por sua capacidade de resolução de problemas complexos, está cadastrado no sistema hierarquizado do SUS como um hospital de nível terciário.

Para o HC são encaminhados pacientes de toda a região de Botucatu e de outras regiões do Estado, bem como do norte do Paraná, Mato Grosso do Sul, sul de Minas Gerais e outros Estados, abrangendo aproximadamente dois milhões de habitantes.

Este Hospital possui um serviço de Pronto Socorro (PS) que atende urgências e emergências de adultos e crianças, em áreas separadas, e conta com um corpo clínico formado por docentes e médicos contratados, um corpo de enfermagem, além de um de quadro de pessoal de apoio e retaguarda assistencial de várias especialidades infantis e cirúrgicas. (Anexo IV, Quadro 08).

Este PS tem sido a porta de entrada para atendimento e posterior seguimento ou internação, sendo poucos os casos atendidos primeiramente nos ambulatórios da Faculdade de Medicina ou diretamente nas enfermarias do Hospital das Clínicas.

No período do estudo, na área de Pediatria, somente eram atendidas as crianças e adolescentes até 12 anos incompletos. A partir de 2005, o atendimento se estendeu para adolescentes até 15 anos incompletos.

O Pronto Socorro da Pediatria dispõe de seis consultórios, uma sala de pré-triagem, uma sala de inalação, uma sala de medicação, uma sala de emergência e uma unidade de internação composta por seis leitos sendo um de isolamento, designada a partir de agora como enfermaria. Nesta, as internações devem ser no máximo de 48 horas, para

observação e instituição de tratamento ou elucidação diagnóstica. Até o momento nenhuma investigação foi realizada nesta unidade.

Alguns aspectos deste Pronto Socorro foram estudados: Rugolo *et al.* (1987), avaliaram uma amostra da casuística de atendimento da triagem e emergência infantil no ano de 1980. Em 1990 Fogueral analisou aspectos positivos e negativos no atendimento no Pronto Socorro e triagem de pediatria.

Estando o HC da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu classificado como nível terciário na estrutura hierárquica do SUS, é esperado que para o Pronto Socorro de Pediatria sejam encaminhados os casos mais complexos, e, portanto de maior dificuldade para resolução nos outros níveis do sistema. Entretanto, na prática dos profissionais que atendem nesse PS de pediatria, observa-se que um número expressivo de sua demanda é constituído de crianças com problemas que poderiam ser resolvidos em serviços de nível primário e secundário, refletindo-se esse atendimento nas internações na sua enfermaria.

Para conhecer o motivo desta distorção, planejou-se o presente trabalho, em que se pretende avaliar quem são os usuários, se percorreram previamente os serviços de saúde existentes na região e porque necessitaram da internação na enfermaria de pediatria do Pronto Socorro.

Tendo em vista a importância desse serviço de saúde para o sistema local e regional, optou-se por estudar todas as internações na Enfermaria do Pronto Socorro da Pediatria num período determinado, de primeiro de Junho a 31 de dezembro de 2003, com um levantamento ocasional de dados, sem a preocupação de continuidade ou periodicidade pré-estabelecidas (BERQUÓ, 1980), realizando um estudo descritivo de corte transversal.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a interface da enfermaria do Pronto Socorro de Pediatria do HC da FMB-Unesp-Botucatu, com o Sistema de Saúde Municipal e Regional, no período de primeiro de Junho a 31 de Dezembro de 2003, a partir do estudo de suas internações.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar as internações, na enfermaria do PS da Pediatria do HC da FMB-Unesp-Botucatu, segundo idade, sexo e procedência das crianças; diagnósticos mais freqüentes; recursos terapêuticos empregados e encaminhamento realizado após a internação.
 - Conhecer a trajetória prévia dos pacientes e os recursos de saúde existentes nos municípios de sua procedência.
-

3. MÉTODO

O presente trabalho foi realizado na Enfermaria do Pronto Socorro da Pediatria, do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu, que está cadastrado no SUS desse município, ligado à DIR XI (Direção Regional de Saúde) do Estado de São Paulo, no período de primeiro de junho a 31 de dezembro de 2003.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu e autorizado pelos responsáveis administrativos e técnicos do Pronto Socorro e da Pediatria.

3.1. Casuística

Para o estudo foram consideradas todas as internações que tiveram permanência mínima de seis horas no serviço, para que fosse possível a abordagem por parte de um dos entrevistadores e a abertura e preenchimento do protocolo.

No período analisado ocorreram 706 internações registradas através do banco de movimento estatístico do Hospital das Clínicas. Foram estudadas 658, havendo a perda de apenas duas internações (0,3%) por não concordância em participar do trabalho. Quarenta e seis internações não tiveram a permanência mínima para inclusão na pesquisa.

A pesquisa deteve-se ao conjunto das internações, sem precisar o número de crianças internadas no período, uma vez que algumas dessas tiveram mais de uma internação, não sendo identificadas no trabalho.

3.2. Levantamento de dados

Para o levantamento de dados foi utilizado um protocolo (Anexo I) constando de um questionário com questões fechadas; entrevista semi-estruturada com o acompanhante da criança e dados de registros das anotações médicas e de enfermagem. (Anexo II).

O questionário visou a obter informações sobre idade, sexo, procedência e se a criança freqüentou algum serviço de saúde nos últimos 15 dias para resolução do problema que levou a esta internação.

A entrevista semi-estruturada informou sobre os tipos de serviços de saúde utilizados previamente na tentativa de resolução do problema atual, se houve, por parte deles, encaminhamento ou não, ou ainda outro motivo de procura desse PS.

Os dados foram coletados dos registros da ficha de atendimento da criança (FAA), da evolução e prescrição e do livro da enfermagem nos quais constavam: diagnóstico, recurso terapêutico utilizado, necessidade de especialista para o caso e encaminhamento final da criança.

3.3. Procedimentos utilizados para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por entrevistadores treinados (funcionárias da unidade e uma estagiária, aluna da graduação da medicina) e por um supervisor de campo.

Durante os primeiros vinte dias do mês de Maio de 2003, foi realizado um pré-teste do protocolo, obedecendo rigorosamente à

metodologia proposta. Esse procedimento identificou problemas e possibilitou seu aprimoramento do protocolo.

Após ter sido efetivada a internação da criança na enfermaria do PS, o acompanhante responsável pela criança era interrogado sobre a anuência ou não de sua participação na pesquisa. Somente após a concordância e a assinatura do termo de consentimento (Anexo III) era iniciada a entrevista e aberto o protocolo.

Os dados individuais de cada internação foram analisados em conjunto, sem identificação do paciente por nome ou registro, esse último foi utilizado somente nos casos de necessidade de busca de dados complementares do prontuário da criança. Tal conduta visava a manutenção da confidencialidade do paciente.

Os dados de movimento de atendimentos no Pronto Socorro, internações na enfermaria do PS e na enfermaria de Pediatria do HC, foram coletados através do banco de dados do próprio hospital da FMB da Unesp de Botucatu, disponíveis *on-line* em seu sistema informatizado.

3.4. Preparação das informações e categorias de análise

Todos os dados dos protocolos foram informatizados.

A idade das crianças, e os dias de internação foram trabalhados num programa a partir do próprio banco de dados para representação em faixa etária e período em dias.

A procura prévia de serviços de saúde e o intervalo decorrido entre estes e a atual internação foram agrupados segundo local de procura e intervalo de tempo, em dias, para melhor análise.

As questões abertas foram analisadas através de categorização das respostas, utilizando-se as idéias centrais.

Para a codificação das hipóteses diagnósticas utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Cada diagnóstico da internação foi de início estudado a partir do registro das fichas médicas e aqueles de maior freqüência foram agrupados e analisados, de acordo com os capítulos da CID-10. Estes diagnósticos foram submetidos a classificação por uma profissional treinada no estudo de morbidade pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A utilização dessa classificação auxilia no entendimento dos problemas e possibilita a comparação com outros trabalhos.(CID-10,1999)

Os medicamentos cujo princípio ativo foi utilizado mais freqüentemente (antibióticos e anticonvulsivantes) foram agrupados a partir da padronização proposta pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), seguindo lista de Denominações Comuns Brasileira (DCB, 2004) que conta com 9.316 denominações genéricas para substâncias ativas em medicamentos. Para os de menor freqüência foi utilizada a lista de medicamentos genéricos para o SUS, também proposta pela ANVISA, que traz além das substâncias ativas, um agrupamento por especificidade de atuação do fármaco.

3.5. Processamento dos dados

O banco de dados foi construído, processado e analisado pelo Programa EPIINFO 6.04d (DEAN *et al.*, 1994).

O teste estatístico de Qui-quadrado (X^2) foi aplicado, quando necessário, para avaliação de significância, sendo considerado significativo quando p menor que 5% ($p < 0,05$) (BERQUÓ, 1980).

3.6. Estrutura dos serviços de saúde e população municipal

Realizou-se a análise de estrutura de serviços de saúde e população, dos municípios pertencentes à DIR-XI de Botucatu (Direção Regional de Saúde) que tiveram internações no período do estudo.

Para o estudo das Unidades de Saúde cadastradas no SUS no ano de 2003, dos municípios de procedência das crianças, foram levantados dados do DATASUS, que constaram de: instalações físicas, número de médicos e suas especialidades, demais profissionais cadastrados, bem como os diferentes atendimentos e serviços oferecidos pelas unidades básicas, isto é, Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família, ambulatórios de especialidades (NGAs - Núcleos de Gestão Assistencial), Pronto Socorro Municipal e Hospital.

Esses dados foram trabalhados e agrupados em forma de quadros (Anexo IV), sendo analisados quanto à presença de rede básica de assistência e de hospital geral, secundário, no município de origem,

observando a capacidade de internação infantil nesses municípios. Para aqueles sem hospital, estudou-se o sistema de referência para internação.

Para análise dos serviços de saúde, considerou-se o município de origem do paciente que apresentou frequência maior ou igual a dez internações, sendo levantado, para esses, também o número total de população residente e o total de crianças e adolescentes, por faixa etária, no ano de 2003.

Os dados populacionais do período em questão foram levantados dos registros do Centro de produção, tratamento, análise e disseminação de informações sócio-econômicas sobre o Estado de São Paulo - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE.

Complementaram-se ainda os dados sobre a referência e contra-referência dos municípios e possibilidade ou não de internações, conforme pactuação realizada no Plano de Desenvolvimento Regional (PDR), através de informações da Central Médica de Regulação da Regional de Saúde – DIR XI, de Botucatu. (Anexo VI)



Figura 1 - Municípios que compõem a Direção Regional de Saúde DIR-XI de Botucatu
Fonte: DIR-XI de Botucatu

4. RESULTADOS

4.1. Casuística

Durante o período do estudo, foram atendidas 14364 crianças no Pronto Socorro da Pediatria que, por sua vez geraram 706 internações (4,9%) para a enfermaria do PS, e 446 (3,1%) para a enfermaria de Pediatria do HC, em leitos de Pediatria Geral, segundo informe do banco de dados do hospital. (Tabela 01)

Tabela 01. Número de atendimentos e internações, por mês, realizadas no Pronto Socorro da Pediatria do HC da Unesp/Botucatu, no período de 01 de Junho a 31 de dezembro de 2003.

Mês	Atendimento PS Pediatria	Internação – Enf. Pediatria			
		PS		HC	
		Nº	%	nº	%
Junho	2388	102	4,3	81	3,4
Julho	2163	104	4,8	74	3,4
Agosto	1998	104	5,2	53	2,6
Setembro	2399	122	5,1	69	2,9
Outubro	2073	104	5,0	66	3,1
Novembro	1755	87	5,0	57	3,2
Dezembro	1588	83	5,2	46	2,9
TOTAL	14364	706	4,9	446	3,1

Fonte: UNESP -Banco de dados do movimento estatístico do HC de Botucatu.

A média de dias de internação na enfermaria de Pediatria do HC foi de 11,5 dias, enquanto que para as internações na enfermaria de Pediatria do Pronto Socorro a média foi de um dia.

Conforme descrito na metodologia nesse trabalho foram estudadas 658 internações, número resultante de uma perda de duas internações, o que equivale a 0,3% por não consentimento para participação no estudo. Quarenta e seis casos não tiveram o tempo mínimo de permanência para inclusão no estudo.

4.2. Características da clientela internada

A maioria dos questionários foi respondida pelas mães (91,0%), seguido pelos avós (3,4%) e depois por parentes próximos, como irmãos e tios (3,0%). Em poucos casos o informante foi a própria criança, referentes a alguns adolescentes, que fazem seguimento no serviço desde criança quando do início da doença (0,5% dos casos), conforme tabela a seguir.

Tabela 02. Distribuição dos acompanhantes das crianças segundo o grau de parentesco, nas internações no Pronto Socorro da Pediatria do HC Unesp/Botucatu, no período de 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

ACOMPANHANTE	FREQUENCIA	
	Nº	%
MÃE	599	91,0
AVÓS	22	3,4
PAI	14	2,1
PRÓPRIA CRIANÇA	03	0,5
OUTROS	20	3,0
TOTAL	658	100

Verificou-se um predomínio de crianças do sexo masculino (53,0%), sobre o feminino (47%), não sendo, todavia, significativa essa diferença pelo teste de X^2 ($p=0,08$). (Tabela 03)

Tabela 03. Distribuição da freqüência, segundo sexo, das crianças internadas no Pronto Socorro da Pediatria do HC Unesp/Botucatu, no período de 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

SEXO	FREQUENCIA	
	Nº	%
Masculino	349	53,0
Feminino	309	47,0
TOTAL	658	100,0

A distribuição etária descrita apresenta semelhança com a de outros trabalhos sobre internações infantis em que se observa predomínio de internações na faixa etária de menores de cinco anos (61,3%), seguida pela de cinco a dez anos (26,5%). Houve alta freqüência de internações em menores de um ano (19,9%). (Tabela 04)

A mediana de idade nas internações é de 3,3 anos.

Tabela 04. Distribuição da frequência, por faixa etária, das internações no Pronto Socorro da Pediatria do HC Unesp/Botucatu, no período de 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

FAIXA ETÁRIA (anos)	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
[0 a 01)	131	19,9
[01 a 02)	104	15,8
[02 a 03)	72	10,9
[03 a 04)	50	7,6
[04 a 05)	47	7,1
[05 a 10)	174	26,5
[10 a 12)	51	7,8
[12 a 15)	24	3,6
[15 a 20)	05	0,8
TOTAL	658	100

[]= inclui; () = não inclui

Observa-se que há um decréscimo no número e frequência de internações à medida que avança a idade, nos cinco primeiros anos de vida.

Na faixa etária de menores de um ano, há um predomínio de meninos, com 70 internações (53,4%), significativo pelo teste de X^2 ($p=0,017$).

Quando se analisa a internação de adolescentes (12,2%), verifica-se uma concentração nos primeiros dois anos do período, entre 10 e 12 anos (7,8%), faixa que era atendida pela Pediatria na época. Alguns casos de adolescentes com idade maior foram atendidos, quando havia o seguimento pediátrico prévio nos ambulatórios desta Faculdade, 27 (4,2%).

Quanto à origem dos pacientes, o município de maior frequência, com 355 internações (54%) é Botucatu. São Manuel é a segunda cidade com maior número de internações - 33 (5%). O restante, 41% dos casos se divide entre as outras cidades da região. Estão classificados em outros, os municípios que apresentaram frequência de internação menor ou igual a dez. (Tabela 05)

TABELA 05. Distribuição da frequência da cidade de origem do paciente internado na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp - Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

MUNICÍPIO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Botucatu	355	54,0
São Manuel	33	5,0
Areiópolis	25	3,8
Avaré	21	3,2
Anhembi	17	2,6
Itatinga	15	2,3
Pardinho	14	2,1
Outros	178	27,0
TOTAL	658	100

4.3. Motivo de procura do PS de Pediatria do HC

Como resposta à entrevista semi-estruturada, junto aos acompanhantes das crianças, vários foram os motivos apresentados para procura do Pronto Socorro do HC pelo problema de saúde atual.

Observa-se que o maior motivo referido foi o “encaminhamento” de outro serviço, 210 (32%). Em 110 (16,7%) internações o motivo foi o “seguimento” das crianças em Ambulatórios da FMB da Unesp, ou por “doenças crônicas”.

A “não melhora” ou “piora” da criança de algum tratamento já iniciado foi motivo de procura em 105 casos (15,9%). A “preferência” ou “confiança no serviço” do HC esteve presente em 30 respostas (4,6%). A “não confiança” no serviço de origem foi o motivo em 8 casos (1,2%). A “dificuldade para obtenção de consulta extra”, “falta de recursos” ou “pediatra” estiveram presentes em 29 casos (4,4%).

O acompanhante referiu, em 45 internações (6,9%), que a “criança não estava bem” ou que considerou o “caso grave”.

Em 19 internações (2,9%) a criança foi “trazida pelo serviço de Resgate” do Corpo de Bombeiros, considerando assim, este Pronto Socorro como porta de entrada para emergências.

Por ser “noite”, “fim de semana” ou “feriado”, foram os motivos referidos pelos acompanhantes em 28 internações (4,2%).

O PS do HC da Unesp foi escolhido por “ter mais recursos”, “exames” ou “especialistas” em 18 internações (2,7%), e por ser considerado “mais perto” ou “mais rápido” para atendimento em sete casos (1,1%).

Foram classificados como “outras” 11 respostas (1,6%) com frequência individual de um ou dois casos. Em 22 internações (3,4%), a resposta a essa pergunta não foi obtida. (Tabela 06)

Tabela 06. Distribuição do motivo de procura deste PS, referido pelos acompanhantes das crianças, nas internações na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp – Botucatu/SP, de 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

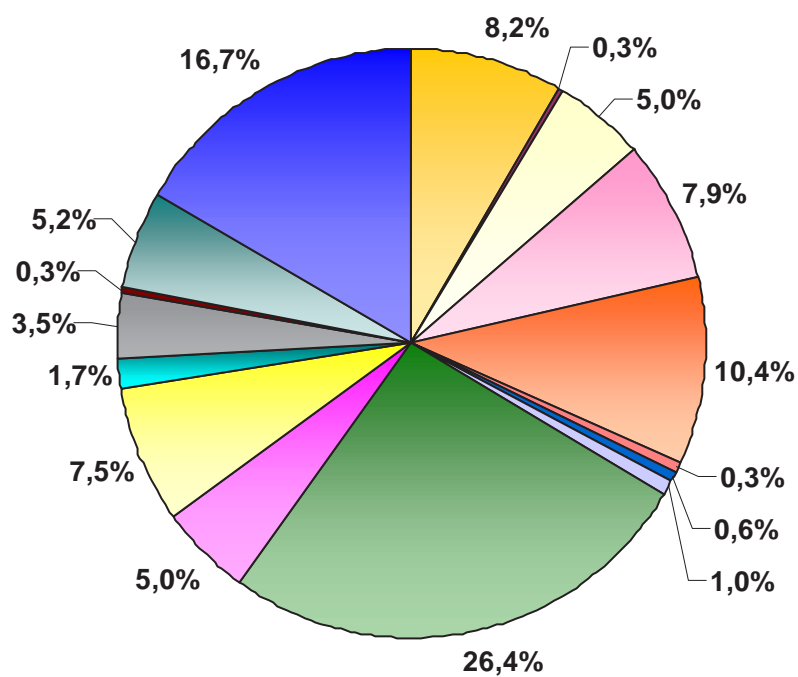
MOTIVO	FREQÜÊNCIA	
	Nº	%
Por encaminhamento	210	32,0
Seguimento da criança nos ambulatórios da Unesp, ou doença crônica em seguimento	110	16,7
Não houve melhora com tratamento anterior, ou houve piora ou complicação	105	15,9
Criança ficou ruim, com dor, vomitando muito, com “crise forte” ou febre alta ou considerou o caso grave	45	6,9
Prefere, confia ou acha melhor que outros	30	4,6
Não respondeu	22	3,4
Foi trazido pelo serviço de Resgate	19	2,9
Mais recursos, exames ou especialistas no HC	18	2,7
Fim de semana ou feriado, ou noite e não podia esperar	28	4,2
Retorno no P.S. para reavaliação	16	2,4
Falta de pediatra ou de recursos. Dificuldade para consulta “extra” no serviço de referência	29	4,4
Não confia no serviço de referência	08	1,2
Serviço mais perto ou mais rápido	07	1,1
Outros	11	1,6
TOTAL	658	100

4.4. Diagnósticos mais frequentes

Na tabela 07, os diagnósticos estão distribuídos segundo capítulos da CID-10.

Tabela 07. Distribuição da frequência das principais doenças, agrupadas conforme capítulos da CID-10, a partir dos diagnósticos realizados na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp - Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

DOENÇA, TRANSTORNO OU LESÃO	CAPÍTULO DA CID E CÓDIGO	FREQÜÊNCIA	
		Nº	(%)
Doenças infecciosas e parasitárias	I A00-B99	54	8,2
Neoplasias	II - C00-D48	02	0,3
Doenças do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos	III D50-D89	33	5,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	IV E00-E90	52	7,9
Doenças do Sistema Nervoso	VI G00-G99	68	10,4
Doenças do olho e anexos	VII H00-H59	02	0,3
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	VIII H60-H95	04	0,6
Doenças do ap. circulatório	IX I00-I99	07	1,0
Doenças do ap. respiratório	X J00-J99	174	26,4
Doenças do ap. digestivo	XI K00-K93	33	5,0
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	XII L00-L99	49	7,5
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	XIII M00-M99	11	1,7
Doenças do ap. geniturinário	XIV N00-N99	23	3,5
Afecções originadas no período perinatal	XVI P00-P96	02	0,3
Sintomas, sinais e achados não classificados em outra parte	XVIII R00-R99	34	5,2
Lesões, envenenamento e conseqüências de causas externas	XIX S01-T98	110	16,7
TOTAL	-	658	100



Capítulos da CID-10



Gráfico 1 – Distribuição percentual dos diagnósticos, segundo capítulos da CID-10, realizados na enfermaria do PS de Pediatria, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

Dadas às peculiaridades da enfermagem de Pronto Socorro infantil, alguns capítulos da CID-10 não aparecem na tabela pela não ocorrência das doenças, ou por não ser objeto do trabalho o estudo mais aprofundado da morbidade, como as do Capítulo XX.

Evidencia-se a alta incidência de doenças do aparelho respiratório, 174 casos (26,4%), continuando como causa predominante de morbidade e mortalidade no grupo etário de menores de cinco anos. Dentro do capítulo destacam-se as doenças do trato respiratório inferior: sessenta e cinco casos de pneumonia e sessenta e nove de broncopneumonia, representando 77% das causas do capítulo e, trinta casos de crise asmática ou de broncoespasmo (17,2%).

Pela classificação da CID-10, verifica-se que vários diagnósticos são por lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas, sendo esse capítulo responsável pela segunda maior incidência de causas de internações, 110 casos (16,7%). Destes destacam-se os traumas, com maior freqüência de traumatismo craniano com 42 casos (38,5%), fraturas (23,8%), mordedura de cão (17,4%), politrauma (11%), entre outros. Verifica-se um percentual considerável de internações por doenças do sistema nervoso (68 casos, 10,4%), com a terceira maior freqüência, e que suscitou cuidados conjuntos do pediatra e do neuropediatra. Destacam-se, nesse grupo as crises convulsivas com 33 casos (48,5%) e a hidrocefalia com 15 (22%).

As doenças infecciosas continuam sendo uma causa importante de morbidade infantil, no trabalho com 54 casos (8,2%) a quarta maior causa de internação, destacando-se as doenças diarreicas com 18 casos (33,4%).

O capítulo IV, de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas representa o quinto maior motivo de internações, 52 (7,9%), aparecendo a desidratação como responsável por 43 casos (82,6%).

O quadro 09 do anexo IV apresenta os diagnósticos mais freqüentes nas internações.

No que se refere ao registro de diagnósticos por internação verificou-se maior incidência de diagnóstico único em 467 casos (70,9%), e poucos casos, 17 (2,6%) com três diagnósticos, conforme a tabela abaixo.

Tabela 08. Distribuição do número de diagnósticos em cada internação na enfermaria do Pronto Socorro de Pediatria do HC da Unesp/Botucatu, 01 de Junho a 31 de dezembro de 2003.

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS	FREQÜÊNCIA DE INTERNAÇÕES	
	Nº	%
01	467	70,9
02	174	26,5
03	17	2,6
TOTAL	658	100

4.5. Recursos utilizados na internação

4.5.1. Exames complementares

Quando necessários, foram solicitados exames para auxílio ao diagnóstico clínico. (Tabelas 09 e 10)

Tabela 09. Distribuição das solicitações de exames laboratoriais e de imagem durante a internação na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp - Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

Nº EXAMES	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
00	201	30,5
01	154	23,4
02	93	14,2
03	98	14,9
04 ou +	112	17,0
TOTAL	658	100

Verifica-se pela tabela acima que em 457 internações (69,5%) houve solicitação de exames complementares e em 201 (30,5%) nenhum tipo de exame foi necessário. Em 154 casos (23,4%) um exame foi solicitado, a segunda maior incidência foi de quatro exames ou mais, com 112 casos (17%). Em 98 casos (14,9%), três exames foram solicitados e em 93 (14,2%), dois.

A tabela 10 apresenta os exames por freqüência de solicitação, dentre o total de exames solicitados nesse período.

Tabela 10. Distribuição dos exames laboratoriais e de imagem e porcentagem de alteração, durante a internação de crianças na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp - Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003. (N= 457)

EXAME	FREQUENCIA		ALTERAÇÃO (%)		
	Nº	%	SIM	NÃO	SR ¹
Hemograma	260	56,9	76,1	19,6	4,3
Rx Tórax	192	42,0	74,5	24,5	1,0
PCR ²	166	36,3	49,4	37,3	13,3
Urina I	119	26,0	49,6	36,1	14,3
RX Abdome	47	10,3	46,8	46,8	6,4
Rx Coluna	47	10,3	6,4	87,2	6,4
Tomografia Crânio	37	8,1	35,1	54,0	10,9
VHS ³	31	6,8	45,2	6,4	48,4
EEG ⁴	27	5,9	52,0	23,0	25,0
Rx Membro Sup.	22	4,8	66,5	29,1	4,4
Urocultura	21	4,6	4,7	4,7	90,6

(1) Sem resposta - resultado não liberado até alta da criança, ou anotação não realizada.

(2) Proteína C-reativa. (3) Velocidade de hemossedimentação (4) Eletroencefalograma

A tabela 10 aponta o Hemograma como exame mais solicitado (260 internações, 56,9%), seguido dos Raios-X de tórax (192 internações, 42%), sendo esses os exames com maior porcentagem de alteração. O exame de PCR foi solicitado em 36,3% das internações, com alteração em 49,4% dos resultados.

O exame de Urina I teve solicitação elevada quando comparada ao de Urocultura (4,6%), pois qualquer alteração apresentada no

primeiro exame foi considerada para registro, mesmo não sendo indicativa de infecção.

Os exames de VHS, Raios-X de abdome e de coluna tiveram uma frequência menor de solicitações. A tomografia de crânio foi pouco requerida (5,6%) e teve uma porcentagem de alteração considerável (35,1%).

Em 150 internações outros exames foram solicitados (32,8%), contudo, não apresentados na tabela, mas aqui listados, por terem frequência individual menor ou igual a nove casos: Rx de coluna (09), exame de Líquor (08), Função hepática (08), Hemocultura (07), Eletrocardiograma (06), Rx seios da face (06), Proteínas totais e frações (06), Rx de membro inferior (05), Ultra-som abdominal (05) dentre outros.

4.5.2. Tratamento

Em relação ao tratamento, vários recursos foram utilizados durante a internação na enfermaria do PS da pediatria.

O uso de antibióticos esteve presente em 314 internações (47,7%), sendo 38% endovenoso, 1,5% intramuscular e 8,2% por via oral. Em 33,4% dos casos o antibiótico usado foi Penicilina Cristalina e em 15,3% foi Ampicilina. Em 8,3% dos casos foram utilizados dois antibióticos em associação e em 1,9% dos casos foi necessário o uso associado de três tipos de antibióticos. (Tabela 11)

Tabela 11. Distribuição da freqüência de antibióticos* utilizados na internação, na enfermaria do PS do HC Unesp - Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003. (N=314)

ANTIBIOTICO	FREQUENCIA	
	Nº	%
Penicilina (EV ou IM)	105	33,4
Ampicilina (EV)	48	15,3
Cefalotina (EV)	33	10,5
Cloranfenicol (EV/VO)	18	5,7
Amoxicilina (VO)	18	5,7
Ceftriaxone (EV)	15	4,8
Cefuroxima (EV ou VO)	14	4,5
Eritromicina (VO)	10	3,2
Oxacilina (EV)	10	3,2
Outros	43	13,7
Associação de 02 (EV)	26	8,3
Associação de 03 (EV)	06	1,9

(*) Classificação da ANVISA (lista de Denominações Comuns Brasileira)

Em 67 internações (10,2%) foram utilizados anticonvulsivantes. O mais utilizado foi o Fenobarbital em 33 internações (49,2%), seguido pelo Ácido Valpróico em 32 internações (47,7%). Em 35 internações, os anticonvulsivantes estavam associados: 20 casos (29,8%) com dois tipos; 12 casos (17,9%), com três tipos e, 03 casos (4,5%) com associação de quatro. (Tabela 12)

Tabela 12. Distribuição da frequência de anticonvulsivantes*, utilizados durante a internação, na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp - Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003. (N=67)

ANTICONVULSIVANTE	FREQUENCIA	
	Nº	%
Fenobarbital	33	49,2
Ácido Valpróico	32	47,7
Topiramato	07	10,4
Clobazam	06	8,9
Carbamazepina	05	7,5
Associação de 02	20	29,8
Associação de 03	12	17,9
Associação de 04	03	4,5

(*) Classificação da ANVISA (lista de Denominações Comuns Brasileira)

Em 539 internações (81,9%) foram necessários outros tipos de medicamentos, estando agrupados a seguir, segundo classificação da ANVISA, por especificidade de atuação. (Tabela 13)

Tabela 13. Distribuição dos tipos de medicamentos* utilizados na internação na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp - Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

ESPECIFICIDADE	FREQUENCIA	
	Nº	%
Analgésicos não opióide e antitérmico	196	29,8
Antiasmáticos e broncodilatadores	128	19,5
Antiinflamatórios esteroidais	75	11,4
Antiulcerosos	28	4,2
Diuréticos	26	3,9
Antieméticos	14	2,2
Outros	72	10,9
Não uso de medicamento	119	18,1
TOTAL	658	100

(*) Classificação proposta pela ANVISA, lista de Genéricos para o SUS.

Na tabela 13, quando se analisa qual a especificidade do medicamento, observa-se em 196 internações (29,8%) o uso de antitérmico ou analgésico não opióide (dipirona ou paracetamol); antiasmáticos e broncodilatadores em 128 internações (19,5%); antiinflamatórios esteroidais (corticóide) em 75 (11,4%), além de outros com menor freqüência.

Outros tipos de recursos, além de medicamentos, foram necessários no tratamento durante as internações. Os mais utilizados estão na tabela 14.

Tabela 14. Distribuição dos tratamentos não medicamentosos utilizados, nas internações na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp - Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003. (N=658)

TRATAMENTO	FREQUENCIA	
	Nº	%
Soro endovenoso	395	60,0
Cirurgia	60	9,1
Soro de Re-hidratação oral	42	6,4
Oxigênio	32	4,9
Concentrado de hemácias	21	3,2
SAR/VAR*	16	2,4

(*) Soro anti-rábico/ Vacina anti-rábica.

Observa-se o uso de soro endovenoso em 60% dos pacientes internados.

Após diagnóstico realizado na internação, 9,1% foram submetidos à cirurgia como forma de tratamento.

Do total das internações, 6,4% receberam soro de reidratação oral, como terapia inicial ou após o soro endovenoso. Em 4,9% foi necessário oxigênio como parte da terapia.

Em 3,2% das internações a infusão de concentrados de hemácias foi realizada como forma de tratamento.

Algumas internações, 2,4%, foram realizadas para administração de soro anti-rábico, quando também foi aplicada a vacina anti-rábica.

4.6. Dados complementares das internações

Verifica-se como período de maior freqüência o de um a dois dias em 453 casos (68,8%). Em 25,5% (168 internações) a permanência na unidade foi de até 24 horas. Somente 5,7% tiveram internação acima de 03 dias. (Tabela 15)

A média de dias de internação é de 1,0 dia.

Tabela 15. Distribuição dos dias de permanência na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp - Botucatu/SP, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

DIAS DE INTERNAÇÃO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
01 a 02	453	68,8
Menos de 01	168	25,5
03 a 05	35	5,4
Mais de 06	02	0,3
TOTAL	658	100

A internação em unidade de isolamento ocorreu em 30 casos (4,6%).

Do total de internações, 26 casos (3,9%), por exigência do quadro apresentado, foram encaminhados para a sala de emergência para melhor atendimento.

Em 283 casos (43%) foi necessário o seguimento conjunto com especialidades, sendo destes as mais freqüentes: Neuropediatria - 63 (22,3%), Cirurgia Infantil - 50 (17,7%), Ortopedia - 37 (13%) e Hematologia - 36 (12,7%).

Quanto ao destino do paciente após a alta da internação no PS, 165 casos (25,1%) foram encaminhados para a enfermaria de Pediatria do HC; necessitaram da UTI pediátrica deste hospital, sete casos (1,1%). Foram transferidos para cidade de origem, para manter internação e término de tratamento, 17 casos (2,6%). A maior parte dos casos, 469 (71,3%) teve alta hospitalar, sendo 317 (48,1%) com medicamento e 152 (23,1%) sem medicamento. Não houve nenhum óbito durante estas internações. (Tabela 16)

Tabela 16. Distribuição percentual do destino do paciente após a internação na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp - Botucatu/SP, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

DESTINO	FREQUENCIA	
	Nº	%
Domicílio – com tratamento	317	48,1
Enfermaria do HC	165	25,1
Domicílio – sem tratamento	152	23,1
Transferência de cidade	17	2,6
UTI pediátrica	07	1,1
Óbito	-	-
TOTAL	658	100

Após a alta hospitalar, foram solicitadas reavaliações no próprio Pronto Socorro em 60 casos (12,8%).

Para os Ambulatórios do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu foram encaminhados 179 casos (38,2%) após a alta, sendo 39 (8,3%) no ambulatório de Neuropediatria, sete (1,5%) no de Neurocirurgia, totalizando 9,8% nessas duas especialidades, o que reflete o grupo de diagnósticos com alta prevalência nas internações verificada anteriormente. Para o serviço de Hematologia foram 26 casos (5,5%), para o de Ortopedia 24 casos (5,2%) e para o de Cirurgia Infantil 15 casos (3,2%).

Chama a atenção o número de casos, 225 (48%), que, após a alta, foram encaminhados para seguimento em Unidade Básica de Saúde. (Tabela 17)

Tabela 17. Distribuição percentual dos locais de seguimento ambulatorial e reavaliação, após alta da enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp – Botucatu/SP, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

SEGUIMENTO APÓS A ALTA	FREQÜÊNCIA	
	Nº	%
UBS *	225	48
Reavaliação no PS Unesp	60	12,8
Neuropediatria**	39	8,3
Hematologia**	26	5,5
Ortopedia**	24	5,2
Cirurgia Infantil**	15	3,2
Puericultura**	10	2,1
Neurocirurgia**	07	1,5
Outros**	58	12,4
Particular ou convênio	05	1,0
TOTAL	469	100

(*) Unidade Básica de Saúde

(**) Ambulatórios da Faculdade de Medicina – UNESP – Botucatu

4.7. Trajetória prévia percorrida pelos pacientes

Observou-se que na tentativa de resolução da doença, motivo da atual internação, 448 casos (68,1%) utilizaram previamente serviços de saúde. Sendo que desses, 175 (39,1%) foram a um Pronto Socorro, que não o do HC; 117 (26,2%) utilizaram as Unidades Básicas de Saúde (UBS). No próprio PS da Unesp vieram previamente 80 casos (17,8%); nos Ambulatórios do HC da Faculdade 36 (8,0%); procuraram o PS e a UBS 25 (5,6%) e ainda, 15 casos (3,3%) foram atendidos em serviços conveniado ou particular. (Tabela 18)

Tabela 18. Distribuição percentual do tipo de serviço de saúde que atendeu aos pacientes, antes da internação na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp – Botucatu/SP, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

SERVIÇO DE SAÚDE	FREQÜÊNCIA	
	Nº	%
Pronto Socorro	175	39,1
UBS	117	26,2
Pronto Socorro Unesp	80	17,8
Ambulatório do HC - Unesp	36	8,0
Pronto Socorro e UBS	25	5,6
Convênio ou Particular	15	3,3
Total	448	100

Do total das 658 internações, 287 (43,6%) vieram encaminhados de serviços de saúde, e 371 (56,4%) vieram espontaneamente sem encaminhamento.

O PS do Hospital das Clínicas foi procurado como primeiro serviço para atendimento em 210 internações (31,9%).

Quando se analisa o número de serviços utilizados previamente, observa-se que a maioria procurou somente um serviço antes da internação: 393 (87,7%). Em 52 casos (11,6%) houve a procura prévia de dois serviços de saúde e, somente três (0,7%) passaram anteriormente por três serviços. A média de serviços procurados foi de 1,1. (Tabela 19)

Tabela 19. Distribuição percentual, do número de serviços de saúde procurados, previamente à internação na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp – Botucatu/SP, e 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

Nº DE SERVIÇOS DE SAÚDE	FREQÜÊNCIA	
	Nº	%
01	393	87,7
02	52	11,6
03	03	0,7
Total	448	100

Na tabela 20 pode-se notar o intervalo entre a procura do primeiro serviço de saúde e a internação.

Tabela 20. Distribuição dos dias entre a procura do primeiro serviço de saúde e a internação na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp – Botucatu/SP, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

Nº DE DIAS	FREQÜÊNCIA	
	Nº	%
[0-1)	131	29,2
[1-3]	176	39,3
[4-5]	45	10,0
[6-7]	41	9,2
[8-10]	24	5,4
[11-15]	31	6,9
Total	448	100

[] Inclui; () Não inclui

Destaca-se na tabela 20 que a maior porcentagem de internações ocorreu após o intervalo de um a três dias da procura de serviços de saúde pela primeira vez em 176 casos (39,3%), seguido pela internação no mesmo dia da procura pelo primeiro serviço em 131 (29,2%). Poucos casos, 31 (6,9%) foram internados após 10 dias da procura do primeiro serviço.

A média do período entre a utilização do primeiro serviço de saúde e a internação foi de 3,1 dias.

Como se verificou um número menor de utilização de dois ou três serviços de saúde, observa-se também poucas internações após a utilização desses, 55 (8,3%), sendo a maior freqüência entre um e três dias: 26 (47,3%). Nenhum caso procurou o segundo serviço de saúde há mais de 10 dias antes da internação. A média foi de 2,1 dias.

4.8. Recursos de saúde e população dos municípios

Os quadros 01 a 07 (anexo IV) resumem os recursos disponíveis para atendimento da população infantil nos municípios que tiveram maior frequência de internação nessa enfermagem de pediatria do Pronto Socorro, permitindo avaliá-los comparativamente. Esses dados baseiam-se no Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde para o ano de 2003.

Verifica-se que alguns municípios como Avaré, Itatinga e Botucatu, possuem cadastrados no SUS, além da rede básica, atendimento hospitalar com leitos de pediatria e cirúrgicos. Na prática, alguns desses hospitais não realizam internações infantis ou o fazem em pequeno número, selecionando para encaminhamento, para esse HC, mesmo aqueles de baixa complexidade.

Itatinga tem no município um hospital de pequeno porte, com serviços de laboratório, radiologia e ortopedia e três leitos pediátricos. Entretanto tem pouca retaguarda noturna bem como nos fins de semana e feriados, uma vez que conta somente com um pediatra no seu corpo clínico. (Quadro 05 do anexo IV)

Botucatu tem um hospital secundário, de médio porte, cadastrado com cinco leitos infantis e 15 cirúrgicos, que é o Hospital Regional de Botucatu (ABHS) e seu corpo clínico inclui 14 pediatras. Conta com a retaguarda dos serviços de ortopedia, radiologia, oftalmologia, cirurgia geral e neurologia geral mais um laboratório conveniado para exames. Por motivos políticos-gerenciais, não efetua, há anos, nenhuma internação de Pediatria Geral, exceto de crianças com até de 28 dias de vida, período em que o recém-nascido fica sob os cuidados dos pediatras do berçário.

Botucatu possui ainda NGA (Núcleo de Gestão Assistencial - Ambulatório de Especialidades) que realiza alguns atendimentos ambulatoriais, sendo poucos os da área infantil.(Quadro 04 do anexo IV)

São Manuel tem um hospital de médio porte, que além de local de internação para o município é referência regional para outros, como Areiópolis e Pratânia. Conta com quatro pediatras em seu corpo clínico e 12 leitos cadastrados para pediatria e 10 para cirurgia. Há retaguarda para exames laboratoriais e radiológicos, além de serviços de ortopedia e cirurgia geral. (Quadro 07 do anexo IV)

Avaré possui ampla rede assistencial básica, NGA e um hospital com 17 leitos pediátricos e 28 cirúrgicos, com seis pediatras em seu corpo clínico. Tem também várias especialidades cadastradas para atendimento hospitalar e ambulatorial infantil: ortopedia, neurologia, neurocirurgia, cirurgia infantil, cardiologia, radiologia e oftalmologia. No município são realizadas internações, há atendimento pediátrico contínuo. Os encaminhamentos para Botucatu devem ser de casos com maior complexidade, que necessitam de mais recursos e, portanto de maior custo de exames e terapêutica; ou de crianças que já fazem seguimento ambulatorial nesse HC e que apresentam alguma intercorrência.(Quadro 03 do anexo IV)

Municípios como Anhembi, Areiópolis e Pardinho não possuem hospital devendo ter a retarguada de internação garantida em hospitais secundários da Regional de Saúde. Anhembi tem como referência secundária de internação o Hospital de Conchas e Areiópolis o de São Manuel. Pardinho tem como referência o Hospital Regional de Botucatu que como já citado acima, não tem realizado internação infantil. (Quadros 01,02 e 06 do anexo IV)

Esses três municípios possuem atendimento no nível primário de assistência através de Unidades Básicas de Saúde. Anhembi possui uma UBS, com um pediatra por quatro horas semanais e não tem nenhuma retaguarda ambulatorial de especialidades. Areiópolis conta com três UBSs, com um pediatra 20 horas semanais e retaguarda semanal de quatro horas por especialidade em ortopedia, cardiologia e oftalmologia. Pardinho tem dois pediatras em uma UBS totalizando 40 horas semanais, e conta com retaguarda ambulatorial de cardiologia e oftalmologia, quatro horas semanais de radiologia, somente para exame de Ultra-som, sem Raios-X.

O Quadro 08 do anexo IV apresenta os recursos disponíveis no PS do HC para atendimento infantil. Pela sua análise verifica-se que possui estrutura física e de pessoal para atendimento de urgências, emergências e internação infantil. Possui seis pediatras em seu corpo clínico, além de plantonistas noturnos e aos fins de semana, conta com retaguarda ampla de especialidades infantis, cirúrgicas e de terapia, além de suporte laboratorial e de exames de imagem. Uma vez que esta unidade de atendimento insere-se dentro do HC, um Hospital Universitário, tem recursos para atendimento secundário e terciário para diagnóstico e tratamento.

Para avaliar a adequação dos recursos de serviços de saúde, é importante conhecer a população dos municípios estudados, demonstrado na Tabela 21.

Tabela 21. Distribuição da população municipal geral e infantil, em faixas etárias, no ano de 2003, dos municípios de origem do paciente internado na enfermaria do Pronto Socorro do HC Unesp – Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO Geral	POPULAÇÃO (anos)*			
		0-4	5-9	10-14	15-19
Botucatu	113543	8730	8867	9435	10435
Avaré	81428	6325	6514	7028	7693
São Manuel	37952	3220	3242	3353	3542
Itatinga	15977	1613	1634	1603	1612
Areiópolis	10380	1010	1084	1097	1085
Pardinho	5173	471	493	479	475
Anhembi	4826	399	435	448	473

Fonte: Fundação SEADE – Ano de 2003

(*) divisão por faixa etária em anos

4.9. Caracterização das internações de Botucatu, São Manuel, Avaré e Itatinga

Para um melhor entendimento da relação da enfermaria do PS da Pediatria, com o sistema de saúde local e regional se faz necessário um estudo mais detalhado dos municípios que possuem hospital cadastrado no SUS: Botucatu, São Manuel, Avaré e Itatinga.

4.9.1 Botucatu

O município de Botucatu foi responsável por 355 internações (54%), no período do estudo.

Em 194 (54,6%) casos houve a procura prévia de serviços de saúde para atendimento, sendo 60 (30,9%) casos o Pronto Socorro do Hospital Sorocabano; 52 (26,8%) casos o Pronto Socorro da Unesp; 64 (33%) casos os Centros de Saúde (CS), e 14 (7,2%) procuraram o PS e o CS, quatro foram os casos de serviço particular ou conveniado (2%). Dos 194 casos, 84 (43,3%) vieram com encaminhamento. A procura pelo PS da Pediatria do HC como primeiro e único serviço na data da internação ocorreu em 161 casos (45,4%).

A média do número de serviços procurados previamente foi de 0,62.

Durante as internações na enfermaria do PS em 102 casos (28,7%) houve a necessidade de seguimento conjunto com especialidades, sendo: Neuropediatria 26 (25,5%); Cirurgia Infantil - 24 (23,5%); Ortopedia - 14 (13,7%); Hematologia - 6 (5,9%); em quatro casos a Pneumopediatria (3,9%); Neurocirurgia - 4 (3,9%); em três (2,9%) a Gastropediatria, com a

Cardiopediatria - 3 (2,9%), entre outras com frequência menor ou igual a três casos.

Os capítulos da CID 10 com diagnósticos mais freqüentes foram:

- Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório: 112 (31,5%) – 45 broncopneumonias, 42 pneumonias e 24 broncoespasmo.
- Capítulo XIX – Lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas: 72 (20,2%) – traumatismo craniano 26, politrauma 08, fraturas 12, mordida de cão 11.
- Capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: 32 (9%) – desidratação 31.
- Capítulo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo: 25 (7,0%) – Celulite com 19 casos.
- Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso: 22 (6,2%) - crise convulsiva 15 casos.
- Capítulo I – Doenças infecciosas e parasitárias – 17 (4,8%) - diarreia 14 casos.

Alguns diagnósticos tiveram frequência inferior a oito casos, por exemplo: febre, hipertensão arterial, cardiopatia descompensada, meningite viral, abscessos, pielonefrite, varicela.

Quanto aos medicamentos mais utilizados foram os antibióticos, em 180 casos (50,7%), sendo os mais freqüentes: Penicilina cristalina em 68 casos (37,8%); Ampicilina em 27 (15%) sendo em dois casos em associação com Gentamicina; Cefalotina em 18 (10%); Amoxicilina em nove (5%); Cefuroxima em nove casos (5%) e Ampicilina+Sulbactam em um caso. Com a segunda maior frequência ficou os anticonvulsivantes em 27 internações (7,6%), sendo 7,4% via

endovenosa e 92,6% via oral. Em 22,2% houve a utilização de dois anticonvulsivantes e em 18,5% a associação de três.

Em relação aos exames solicitados os mais freqüentes e/ou os de maior custo foram: Hemograma (138), Raios-X de tórax (110), outros tipos de Raios-X (28), Eletrólitos (20); Tomografia de Crânio em 10 casos. Em seis casos foram colhidas hemoculturas, em cinco coprograma e coprocultura. Em quatro casos houve a coleta de líquido e em um caso foi colhido líquido sinovial para análise e em outro houve a necessidade de Ecocardiograma (1).

Das internações de Botucatu na enfermaria do PS, 77 casos (21,7%) foram transferidos para a enfermaria do HC, um (0,3%) foi transferido para o Hospital Regional de Botucatu[†], quatro (1,1%) foram para a UTI pediátrica do HC, e os demais tiveram alta para casa (76,9%).

[†] Lactente menor de 28 dias de vida.

4.9.2 São Manuel

Este município foi responsável por 33 internações (5%) no período de estudo.

Em 28 (84,8%) casos houve a procura prévia de serviços de saúde para atendimento, sendo 20 (71,4%) casos o Pronto Socorro do Hospital Municipal; quatro (14,3%) casos o Pronto Socorro da Unesp, em três (10,7%) casos os Centros de Saúde, e um (3,6%) procurou o PS e o CS. Dos 33 casos, 22 (66,7%) vieram por encaminhamento de outros serviços. A procura pelo PS da Pediatria do HC como primeiro e único serviço na data da internação ocorreu em cinco casos (15,2%).

A média do número de serviços procurados previamente à internação foi de 0,94.

Durante as internações em 15 casos (45,5%) houve a necessidade de seguimento conjunto com especialidades, sendo: Ortopedia quatro (26,7%); Neuropediatria quatro (26,7%); Hematologia três (20%); Cardiopediatria um (6,7%); Cirurgia Infantil um (6,7%); Neurocirurgia um (6,7%) e Infectologia um (6,7%).

Os capítulos da CID 10 com diagnósticos mais frequentes foram:

- Capítulo XIX – Lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas: 11 (33,3%) - cinco traumatismos cranianos, três fraturas, um acidente com animal peçonhento, uma queimadura, uma mordida de cão.
 - Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório: 05 (15,1%) – quatro broncopneumonias e um broncoespasmo.
-

- Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso: 05 (15,1%) – quatro casos de crises convulsivas, um caso de hidrocefalia.
- Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados mal definidos: 03 (9,1%) – dor abdominal com dois casos e febre com um.
- Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo: 02 (6,1%) – apendicite um, enterocolite um.
- Capítulo XII – Doenças da pele e tecido subcutâneo: 02 (6,1%) – urticária um, celulite um.

As demais cinco internações têm diagnósticos com frequência individual de um caso: glomerulonefrite difusa aguda, cardiopatia descompensada, anemia falciforme, mononucleose, desidratação.

Quanto aos medicamentos mais utilizados observaram-se os antibióticos em 14 casos (42,4%), sendo estes: Cefalotina em três; Ampicilina em três sendo em uma internação associada com Gentamicina; Penicilina Cristalina em três; Amoxicilina em dois; Sulfametoxazol em um e Clindamicina em um caso. Em seguida, uso de anticonvulsivantes em duas internações (6%), em um caso houve a associação de dois tipos.

Em relação aos exames solicitados os mais frequentes e/ou os de maior custo foram: Hemograma (18), Raios-X de tórax (9), Ecocardiograma (1), Eletrólitos (3) Raios-X de coluna ou membros (3) e Tomografia de crânio (3). Em um caso houve a coleta de líquido, e um de hemocultura.

Dos pacientes desse município, internados na enfermaria do PS, quatro (12,1%) foram transferidos para a enfermaria do HC, três (9,1%) foram transferidos para o Hospital de São Manuel, um (3%) foi para a UTI pediátrica do HC e os demais tiveram alta para casa (75,8%).

4.9.3. Avaré

Avaré foi responsável por 21 internações (3,2%) no período de estudo, a procura pelo Pronto Socorro da Pediatria da Unesp como primeira e única forma de atendimento ocorreu em oito casos (38,1%), em 13 casos (61,9%) houve a procura prévia de serviços de saúde para atendimento, sendo em cinco (38,4%) o Pronto Socorro do Hospital Municipal; cinco (38,4%) o Pronto Socorro da Unesp; em dois (15,5%) os Centros de Saúde e um procurou o PS e o CS (7,7%). Dos casos que procuraram previamente serviços de saúde, 10 (47,6%) vieram encaminhados do serviço anteriormente consultado.

A média do número de serviços procurados previamente à internação foi de 0,86.

Durante as internações na enfermaria do PS em oito casos (38,1%) houve a necessidade de seguimento conjunto com especialidades, sendo: Gastropediatria em três (37,5%); Cirurgia Plástica um (12,5%), Neuropediatria um (12,5%) e Cardiopediatria dois (25%), em um caso a Pneumopediatria (12,5%).

Os capítulos da CID 10 com diagnósticos mais freqüentes foram:

- Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório: 07 (33,3%) – seis broncopneumonias e um broncoespasmo.
 - Capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: 03 (14,3%) – desidratação.
 - Capítulo XIX – Lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas: 02 (9,5%) - uma queimadura, um corpo estranho em esôfago.
-

- Capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário: 02 (9,5%) – síndrome nefrótica.

As demais sete internações têm diagnósticos com frequência de um caso: crise convulsiva, febre, enterocolite aguda, hipertensão arterial, cardiopatia descompensada, escarlatina e meningite viral.

Quanto aos medicamentos mais utilizados foram os antibióticos em 13 casos (61,9%), sendo estes: Amoxicilina em três; Penicilina Cristalina em dois casos; Cefalotina em dois; Ampicilina em um; Sulfametoxazol em um; um caso de uso de Ampicilina+Sulbactam; um de Ciprofloxacino; um de Cefuroxima e um caso de associação de Oxacilina com Amicacina. Os anticonvulsivantes foram necessários em sete internações (33,3%), com quatro casos de associação de três, e três casos com a associação de quatro anticonvulsivantes. Exames foram solicitados quando necessários sendo: Hemograma (11), Raios-X de tórax (8), Eletrocardiograma (4), Bioquímicos (2). Em um caso houve a coleta de líquido para exame; coprograma e coprocultura (1), Tomografia de Crânio (1).

Dos pacientes desse município, internados na enfermaria do PS, oito (38,1%) foram transferidos para a enfermaria desse HC, dois (9,5%) foram transferidos para o Hospital Municipal de Avaré, e os demais tiveram alta para casa (52,4%).

4.9.4. Itatinga

O município de Itatinga foi responsável por 15 internações (2,3%) no período de estudo.

Dois casos (13,3%) procuraram o Pronto Socorro da Pediatria da Unesp como primeira e única forma de atendimento. Em 13

casos (86,6%) houve a procura prévia de outro serviço para atendimento, sendo em 11 (84,6%) o Pronto Socorro Municipal e em dois (15,4%) o Centro de Saúde. Destes 13 casos, 10 (66,7%) vieram por encaminhamento de outro serviço.

A média do número de serviços procurados previamente à internação foi de 0,86.

Durante as internações na enfermaria do PS em nove casos (60%) houve a necessidade de seguimento conjunto com especialidades, que foram: Cirurgia Infantil em três (33,3%), Gastropediatria dois (22,2%), Neuropediatria dois (22,2%) e Ortopedia dois (22,2%). Em um caso houve a necessidade de orientação do Centro de Toxicologia da Unesp de Botucatu (CEATOX).

Os capítulos da CID 10 com diagnósticos mais freqüentes foram:

- Capítulo XIX – Lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas: 06 (40%) - duas fraturas, duas ingestas de substância cáustica, um TCE e um politrauma.
- Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados mal definidos: 03 (20%) – dor abdominal em dois casos e febre em um.
- Capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório: 02 (13,3%) – pneumonias.
- Capítulo VI – Doenças do Sistema Nervoso: 02 (13,3%) - crises convulsivas.

As demais duas internações têm diagnósticos com freqüência de um caso: anemia, enterorragia.

O medicamento mais utilizado durante as internações foi o antibiótico em seis casos (40%), sendo Penicilina Cristalina em quatro casos; Cefalotina em um e Cloranfenicol em um. Somente um caso necessitou de anticonvulsivante.

Em algumas internações foram necessárias as solicitações de exames como: Hemograma (8), Raios-X de tórax (5), Raios-X de membros (2), Eletrocardiograma (1). Houve necessidade de exames mais específicos em cinco casos, sendo: Eletroencefalograma (3), Endoscopia (1), Enema opaco (1).

Dos pacientes de Itatinga internados na enfermaria do PS, quatro (26,6%) foram transferidos para a enfermaria do HC e os demais tiveram alta para casa (73,4%).

5. DISCUSSÃO

Os dados aqui discutidos referem-se a todas as internações na enfermaria de Pediatria do PS do HC da Unesp de Botucatu, no período de 01 de Junho a 31 de dezembro de 2003.

5.1. Casuística

A casuística foi constituída, a partir do atendimento realizado no PS de Pediatria do HC, pelas internações na sua enfermaria, que representou 4,9%, 706 casos. (Tabela 01)

Sobre o total de internações, foram estudados 658, não sendo incluídos 48 casos. Destes, 46 não tiveram o tempo mínimo de permanência, e dois, constituindo uma perda de 0,3%, não concordaram em participar do trabalho. Esta porcentagem não compromete sua validade, pois conforme Pereira (1999) “mesmo incansáveis investigadores falham em alcançar 5% a 10% dos membros da amostra”. Sendo assim, portanto, o índice de perdas deste trabalho foi pouco significativo.

Quando se comparou a freqüência de internações nesta enfermaria com a da enfermaria de Pediatria Geral do HC (3,1%), verificou-se uma predominância numérica da primeira em relação á segunda. Inversamente, quando se analisou o período de permanência nas enfermarias, houve menor freqüência na do PS em relação à do HC, com média de um dia e de 11,5 dias, respectivamente.

Uma maior freqüência de internação com um período menor de permanência sugerem casos pouco complexos na enfermaria de pediatria do PS, como referido por Oliveira *et al.* (2004) quando analisou as redes de atenção hospitalar no Brasil, em 2000. Esta hipótese é reforçada quando analisando os mesmos parâmetros para a enfermaria do HC, referência regional de alta complexidade, verificou-se internações em menor número com período mais prolongado de permanência, comparativamente aos da enfermaria do PS.

5.2. Características da clientela

A acompanhante das crianças nas internações, como esperado, foi com grande predomínio (91%) a mãe. (Tabela 02)

A maior freqüência de meninos em relação às meninas, não foi significativa para toda casuística, mas foi particularmente significativa na faixa etária de menores de um ano. Estes dados concordam com os apresentados por César *et al.* (1996) em seu estudo sobre hospitalização nesta faixa etária, demonstrando uma maior vulnerabilidade entre os meninos menores de um ano, ocorrência que também foi observada e descrita em trabalhos como os de Barros (1981) e D'Oleo & Fávero, (1992). (Tabela 03)

Quanto à idade das crianças internadas, observou-se um predomínio de menores de cinco anos (61%), com significativa porcentagem de internação entre menores de um ano (19,9%), o que se assemelha aos dados de Abrantes *et al.* (1998) em seu estudo sobre hospitalizações de crianças e adolescentes em Minas Gerais.

Ao analisar a faixa etária de menores de cinco anos, verificou-se um decréscimo anual na freqüência, iniciando no primeiro ano de vida com 19,9% e terminando no quinto ano de vida com 7,1%. Diferentemente do que foi observado por César *et al.* (2002) quando estudaram a utilização dos serviços em menores de cinco anos, e obtiveram uma distribuição anual mais homogênea, em torno de 20%. (Tabela 04)

Com relação aos adolescentes a freqüência de internação foi de 12,2% no período, um pouco maior do que o observado por Abrantes *et al.* (1998), com 9,5%. Ressalta-se a maior freqüência no intervalo de 10 a 12 anos de idade (7,8%), isso refletiu o momento do serviço de Pediatria do PS

de realizar atendimentos nesta faixa etária, e, após completarem 12 anos serem atendidos pela equipe médica de adultos, exceto alguns casos nos quais havia o seguimento nos ambulatórios de Pediatria, sendo internados nesta enfermaria.

A procedência, variável importante em epidemiologia e na administração de serviços de saúde, permite avaliar a movimentação dos pacientes no município ou na região à procura de atendimento.

Através da investigação notou-se um predomínio de 54% de crianças de Botucatu, seguido por São Manuel (5%), Areiópolis (3,8%), Avaré (3,2%), Anhembi (2,6%), Itatinga (2,3%) e Pardinho 2,1%. (Tabela 05)

A distância dos municípios aos serviços de saúde é condição importante, podendo atuar como barreira ou facilidade ao acesso. Também o grau de complexidade dos serviços necessário para resolução dos problemas de saúde, nem sempre é utilizado conforme a hierarquia proposta pelo SUS. Portanto, a alta frequência de internação de casos de Botucatu pode ter sido favorecida pela presença do HC no próprio município, facilitando o acesso a um serviço terciário, independentemente da busca por um serviço terciário para resolução da doença que levou a internação.

Para os demais municípios do estudo a distância até o HC é variável: São Manuel está à 26 km de Botucatu; Areiópolis à 41 km; Avaré à 70 Km; Anhembi à 44 km; Itatinga à 36 km e Pardinho à 27 km (ABCR, 2006). À semelhança de Botucatu, exceto para Avaré, a distância não se mostra como dificuldade de acesso ao serviço terciário do HC.

5.3. Motivo de procura do PS de Pediatria do HC.

Quando se pesquisa o motivo referido pela clientela para a procura de serviços de saúde destacam-se alguns aspectos importantes, como qualidade da assistência, estrutura disponível para atendimento, preferência pessoal, experiência prévia com os serviços e sua concepção sobre a capacidade resolutiva dos mesmos.

Gomes *et al.* (1996), estudando estes motivos de procura de serviços de Emergência Pediátrica em detrimento dos Centros de Saúde, verificaram que a facilidade de acesso à Unidade Básica acaba influenciando menos do que a possibilidade de maior disponibilização de recursos estruturais, profissionais e tecnológicos.

A análise dos resultados deste trabalho mostrou como a clientela reconhece as dificuldades ou facilidades para o acesso aos serviços, aparecendo em seu discurso a concepção sobre as vantagens deste PS em relação aos níveis hierarquicamente menos complexos. (Tabela 06)

Os principais motivos referidos no trabalho, totalizando 63,6%, foram o “encaminhamento” de um serviço do nível primário ou secundário (32%), o “seguimento (prévio) nos ambulatórios” do HC (16,7%), o fato da criança “não estar bem” ou “com sinal de gravidade”, na visão do acompanhante (6,9%), o fato de ser retaguarda para emergência infantil, através do serviço de “resgate” municipal (2,9%); a presença de “mais recursos”, “mais exames” ou “ter especialistas” (2,7%) e o “retorno” solicitado pelo próprio serviço do PS (2,4%).

Os motivos referidos acima demonstram a busca por um serviço com recursos tecnológicos e humanos para resolução de problemas de saúde com maior complexidade, demonstrando a utilização do PS de pediatria enquanto uma unidade de atendimento inserida em um Hospital Universitário, com papel de referência terciária ou para emergência, como preconiza o SUS.

A preferência pelo mais completo - o hospital, com recursos à mão - para onde os pacientes vêm por encaminhamento ou por preferência do responsável pela criança, coincide com o estudo de Kovacs (2005).

Outros motivos relatados para a procura deste serviço foram “não melhora”, “complicação” ou “piora” com o tratamento já iniciado, citado em 15,9% dos casos. Dependendo da trajetória prévia, estes podem justificar ou não a procura por um serviço do nível terciário de atenção, uma vez que se tenham esgotado os recursos dos níveis menos complexos, seguindo a proposta hierárquica do SUS.

Em alguns casos, 5,6%, o motivo da procura refletiu dificuldades com os serviços menos complexos para atendimento: “não confia” no serviço de referência primária, “não tem pediatra”, “não tem recursos” ou “há dificuldade em conseguir consulta” quando é necessário. Essa porcentagem mostrou que as dificuldades de acesso à rede básica ou de Pronto-Atendimento menos complexo que o PS do HC, embora importantes, não foram motivações freqüentes neste trabalho.

O fato de ser “noite”, “fim de semana” ou “feriado” foi o motivo referido de procura deste Pronto Socorro em 4,2% dos casos. O que permite deduzir que poderiam ter sido atendidos inicialmente na atenção primária, mas não o fizeram por estarem estas unidades fechadas. Chama a

atenção que em quase todos os municípios, exceto Anhembi e Areiópolis, havia um serviço com atendimento de urgência onde o paciente poderia ter sido atendido e encaminhado se houvesse necessidade. Para aquelas duas exceções há serviços de referência, Conchas e São Manuel, respectivamente, mais próximos do que o PS do HC.

Acrescentando aos motivos acima referidos Cohn *et al.* (1999a) fazem uma análise justificando a freqüente procura por serviços de atendimento em nível de maior complexidade do sistema, e atribuindo importância excessiva ao atendimento hospitalar, devido à procura dos serviços de saúde ocorrer no “contexto de doença” e não para prevenção ou para a manutenção da saúde, resultando então em procura de serviços numa perspectiva curativa, onde historicamente predomina a utilização de serviços hospitalares ou de Pronto Atendimento.

5.4. Diagnósticos mais frequentes

O conhecimento do processo saúde-doença e os estudos sobre morbidade, obtidos por meio de investigações epidemiológicas, são importantes para o planejamento de ações em saúde e possibilitam medidas de vigilância e de organização dos serviços para prevenção ou tratamento.

Neste trabalho utilizamos fontes de dados secundários dos registros das internações que, segundo Carandina *et al.* (2005), são importantes para a análise de morbidade da demanda atendida, seja ambulatorial ou hospitalar, pois permitem boa caracterização dessa clientela.

Seguindo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), o presente estudo verificou como principal causa de internação as doenças do aparelho respiratório - Capítulo X -, responsável por 26,4% das internações, destacando-se entre elas os diagnósticos de pneumonia e broncopneumonia com 77%, além de broncoespasmo ou asma (17,2%). (Tabela 07)

Como já analisado anteriormente há predomínio de internação até os cinco anos de idade, com alta frequência entre menores de um ano. Os dados encontrados concordam com vários estudos, considerando-se esta faixa etária e as causas de internação, confirmando a frequência das doenças respiratórias, em cerca de 30% das causas de internação, segundo Barros (1981), Caetano *et al.* (1991) e Pignatari *et al.* (1994).

Como segunda maior causa de internação aparecem as doenças do Capítulo XIX - lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas-, com frequência de 16,7%, com destaque para os traumas,

particularmente o traumatismo craniano, responsável por 38,5% das causas do capítulo.

Estes dados têm preocupado as autoridades e os profissionais da área da saúde, devido ao grau de comprometimento que podem gerar para os pacientes e aos altos custos que trazem ao Sistema de Saúde, como demonstraram Mendonça & Alves (2004) quando constataram que 4,8% das internações, em crianças e adolescentes, do Estado de Pernambuco, em 1999, foram conseqüentes a causas externas, sendo 84,7% por traumatismos, com maior freqüência na faixa de cinco a 19 anos.

Um resultado particular do estudo é a freqüência das doenças do sistema nervoso - Capítulo VI -, devido sua alta prevalência no estudo (10,4%), sendo responsável pela terceira maior causa de internações, destacando-se neste Capítulo as crises convulsivas (48,5%). Esta freqüência mostrou-se muito elevada quando comparada ao estudado no Estado de Santa Catarina durante os anos de 1998 e 1999 por Peixoto (2006), quando se apresentou como causa de internações hospitalares em 3% e 3,2% respectivamente. Assim, este estudo, aponta uma característica da organização dos serviços de saúde local e regional, de não contar com neuropediatra, e de historicamente utilizar o serviço do PS do HC como referência secundária para esta especialidade.

No presente trabalho verificou-se que as doenças do Capítulo I: infecto-contagiosas foram responsáveis por 8,2% das causas de internações, ficando em quarto lugar em freqüência, com destaque para o diagnóstico de diarreia. Esse resultado difere do que ocorria na década de 80, como verificado por Caetano *et al.* (1991) e Pignatari *et al.* (1994), em que as doenças infecto-contagiosas eram a segunda maior causa de internação infantil, com freqüência de 12,3% e 16%, respectivamente.

Atualmente presente como morbidade ambulatorial esta doença continua a atingir uma grande porcentagem de crianças com prevalência de até 14% (César *et al.*, 2002), e em alguns Estados brasileiros ainda continua como causa freqüente de internação, estando relacionada ao baixo poder aquisitivo, e más condições de habitação e saneamento (CÉSAR *et al.*, 1996b). Vários fatores podem ser responsabilizados por essa queda, como a introdução da Terapia de Reidratação Oral (TRO), ocorrida em 1982, a cobertura de água encanada e esgoto e ampliação da rede básica assistencial (LEBRÃO, 1999), além do aumento no índice e da duração média do aleitamento materno.

Apesar de todo este avanço no sistema de saúde e de saneamento básico, houve uma porcentagem significativa de internações por doenças do Capítulo IV - endócrinas, nutricionais e metabólicas -, responsável por 7,9% das causas de internações, basicamente por desidratação. Segundo Leal *et al.* (1990) a percepção pelas mães, da passagem de um estado menos grave para um de maior gravidade requer conhecimento prévio, que permita a avaliação da evolução do quadro da desidratação na criança, o que na maioria das vezes não acontece. Com isto, as crianças chegam aos serviços de saúde em estado mais avançado de desidratação, requerendo internação e uma maior supervisão dos profissionais de saúde.

As internações realizadas no PS do HC, observadas nesta pesquisa mostraram que a maioria (70,9%) registrou apenas um diagnóstico como motivo, enquanto 26,5% dois diagnósticos e 2,6% três diagnósticos.

A presença de um diagnóstico sugere que estas internações não foram de crianças com doenças crônicas ou complicadas, o que levaria a um maior número de diagnósticos por internação.

A análise dos diagnósticos segundo a CID-10, juntamente com a frequência destes, sugere uma baixa complexidade nas internações, não representando, por suas características de inserção na hierarquia proposta pelo sistema, o esperado para uma enfermaria de Hospital Universitário, onde se encontrariam casos mais graves e de maior complexidade para o diagnóstico.

5.5. Recursos utilizados

Vários foram os recursos utilizados durante as internações, sendo alguns para auxiliar o diagnóstico, tais como os exames complementares, e outros para o tratamento da doença que motivou a internação.

O estudo destes recursos possibilitou a avaliação do grau de complexidade de assistência necessária durante as internações, auxiliando na análise da relação desta unidade de internação de um Hospital Universitário com o Sistema de Saúde local e regional.

Para Donabedian (1990), a qualidade da assistência deve estar sustentada em sete pilares, sendo um deles a eficiência, relacionada à capacidade de realizar o máximo de melhorias ao menor custo para o serviço, para o sistema ou para o próprio paciente, afirmando que melhorias a altíssimos custos não seriam interessantes.

5.5.1 Exames complementares

Quando se analisou a solicitação ou não de exame complementar verificou-se, pela tabela 09, que em 69,5% das internações pelo menos um exame foi necessário, e nenhum em 30,5% dos casos. Foram solicitados um ou dois exames em 37,6% dos casos, e três ou mais em 31,9%.

Assim, considerou-se uma baixa complexidade ou dificuldade diagnóstica, pois na maioria das internações não foram necessários exames ou, foram realizados até dois por internação (68,1%).

Diante destes resultados pressupõe-se que um menor o número de exames, ou mesmo sua ausência sugere um diagnóstico de pouca gravidade ou possível de ser reconhecido apenas com uma adequada anamnese e exame físico.

Quando analisado o número de exames solicitados obteve-se: Hemograma (56,9%); Raios-X de tórax (42%); Proteína C-Reativa (36,3%) e o exame de Urina-I (26%) como os de maior freqüência. Exames de maior complexidade ou custo foram menos solicitados, como Tomografia de crânio em 8,1% dos casos, Eletro-encefalograma em 5,9% e Ultra-som abdominal em 1,1%.

Constatou-se que em nenhuma internação foi necessária a solicitação de exames de alta tecnologia como Ressonância Nuclear Magnética ou Cintilografia.

O estudo do número e das características dos exames realizados apontaria para um baixo custo destas internações, entretanto ao ocorrerem em um Hospital Universitário como este HC, os custos se tornaram elevados, pois ele está estruturado para assistência terciária e secundária de alta complexidade. No conceito proposto por Donabedian (1990), este fato torna a enfermagem do PS pouco eficiente ao realizar atendimentos de baixa

complexidade a um elevado custo, embora seja eficaz e efetivo do ponto de vista da assistência, uma vez que apresenta resultados positivos à demanda solicitada de internação.

A análise conjunta do grupo de diagnósticos mais freqüentes de doenças, as do aparelho respiratório, com destaque para pneumonia, e os exames laboratoriais mais solicitados, Hemograma, Raios-X de tórax e PCR, revelou-se coerente com a complexidade das internações, pois é recomendada a realização de exame de imagem para confirmação do diagnóstico de pneumonia. O hemograma, assim como os marcadores de resposta inflamatória (PCR e VHS – Velocidade de hemossedimentação), apesar de não serem específicos, são solicitados na busca da diferenciação etiológica e auxiliando na monitorização do tratamento (IBIAPINA *et al.*, 2004).

Quanto à alteração dos exames solicitados verificou-se que os mais freqüentes também tiveram maior porcentagem de alteração, como o Hemograma com 76,1%, Raios-X de tórax com 74,5%, PCR e exame de Urina I com 49,4% e 49,6%, respectivamente; dos mais complexos a Tomografia esteve alterada em 35,1% e o Eletro-encefalograma em 52%, o que demonstra uma adequação de solicitação destes exames para auxiliar o diagnóstico.

O exame de Urina I teve solicitação elevada quando comparada ao de Urocultura (4,6%), pois qualquer alteração apresentada no primeiro exame foi considerada para registro, mesmo não sendo indicativa de infecção. Foi elevada a porcentagem de exame de Urocultura sem resultado durante a internação, uma vez que este exame necessita de alguns dias para sua conclusão. Os resultados não foram levantados posteriormente pelo prontuário, no sistema informatizado do laboratório, por não ser motivo deste estudo a análise da adequação de solicitação entres dois exames.

5.5.2. Tratamento

Após a internação e a definição do diagnóstico, foram levantados os tratamentos instituídos para resolução ou alívio do problema, em 81,9% utilizaram-se medicamentos e em 18,1% não.

Analisando quais foram utilizados, verificou-se que os antibióticos foram os mais freqüentes, em 47,7% das internações. O segundo maior grupo necessário foi o de analgésicos não opióide e antitérmico em 29,8% dos casos, seguido pelos antiasmáticos e broncodilatadores, 19,5%, e os antiinflamatórios esteroidais, em 11,4%. Estes três grupos de medicamentos mais freqüentes refletem a necessidade de tratamento para as doenças mais presentes nas internações, as do aparelho respiratório.

Quando se estudou, na tabela 11, os antibióticos mais utilizados, observou-se que em 54,4% foram as penicilinas, em 10,5% cefalosporina de primeira geração, totalizando estes dois 64,9% dos antibióticos necessários. A Eritromicina, um macrolídeo de uso oral, foi utilizado em 3,2% das internações. Isto demonstra uma necessidade de medicamentos básicos usados para tratamento de patologias comunitárias e que são acessíveis em hospitais gerais, no nível secundário do Sistema de Saúde, a um custo previsto de gastos para este nível de assistência.

Como recurso terapêutico mais avançado e, portanto, de maior custo, verificou-se o uso de Cefuroxima em 4,5% e Ceftriaxone em 4,8%, cefalosporinas de segunda e terceira geração, muitas vezes não disponíveis em hospitais gerais. Houve a necessidade de associação de dois tipos de antibióticos em 8,3% dos casos e de três em 1,9%, mais uma vez

demonstrando uma baixa complexidade no que se referiu a recursos terapêuticos empregados.

Em algumas internações foram necessários outros tipos de medicamentos, sendo que os anticonvulsivantes mereceram uma análise especial, tendo sido utilizados em 10,2% dos casos. No detalhamento deste grupo, mostrado na tabela 12, observou-se maior uso de um único tipo em 47,8%, e uma maior porcentagem da associação de dois, três ou quatro anticonvulsivantes (52,2%). Estes demonstraram serem esses casos de um grau de complexidade elevado, tratando-se de crianças com convulsões de difícil controle, internadas por intercorrência ou descompensação neurológica.

Não foram encontrados trabalhos, na literatura pesquisada, descrevendo a frequência de utilização de anticonvulsivante para internações infantis. Os encontrados referiam-se a internações por causas psiquiátricas, ou associadas à intoxicação e mortalidade pelo seu uso ou à malformação fetal por administração materna do medicamento.

Outros tipos de recursos terapêuticos foram necessários durante as internações conforme mostra a tabela 14. Destes o soro endovenoso (60%) foi o mais freqüente, utilizado para hidratação ou manutenção de acesso venoso.

Chama a atenção a elevada frequência de diagnóstico de pneumonia, e o uso de oxigênio em poucos casos (4,9%), reforçando a noção de baixa complexidade destes casos, e auxiliando na inferência de serem decorrentes de infecção comunitária.

O Hospital das Clínicas é a referência local e regional para administração de Soro anti-rábico, por suas necessidades de conservação adequada, custo e risco de reação adversa grave à sua utilização. Por esse

motivo foram encaminhados para este serviço e internados para sua administração 2,4% dos casos do estudo.

5.6. Dados complementares

A enfermaria do Pronto Socorro de Pediatria é uma unidade que tem como norma a realização de internações breves, por até 48 horas, devendo após este período o paciente ter alta hospitalar, ou retornar para sua cidade de origem em unidade de internação ou ser transferido para a enfermaria do HC. Observou-se no estudo uma concordância com a normatização proposta pelo serviço em 94,3% das internações. Somente 5,7% ficaram por mais de três dias, conforme mostra a tabela 15.

Poucas foram as internações que necessitaram de tratamento em unidade de isolamento (4,6%), e em 3,9% ocorreram intercorrência que justificaram intervenções na sala de emergência.

Também foi estudado o destino dos pacientes após a alta da enfermaria do PS A maior parte foi encaminhada para casa (71,2%). Para a enfermaria de Pediatria do HC foram transferidos 25,1%, para ter continuidade do tratamento ou investigação diagnóstica. Estes pacientes necessitaram de maior assistência, juntamente com a parcela de 1,1% dos casos da enfermaria do PS que foram para a UTI pediátrica do HC, uma Unidade com recursos de alta tecnologia em tratamento e diagnóstico, e que está cadastrada no SUS para procedimentos de alto custo. (Tabela 16)

Foram poucos os casos (2,6%) que tiveram a possibilidade de transferência para um hospital de médio porte na cidade de origem do paciente. Esta tramitação é realizada pela Central de regulação médica da DIR-XI, e necessita da solicitação do médico responsável pela criança na

internação da enfermaria do PS, e do aceite do médico que irá recebê-la no hospital do município de referência secundária. Não houve, no período, nenhum óbito na enfermaria de pediatria o Pronto Socorro.

A análise dos resultados mostrou que em algumas internações (43%), foi necessário o seguimento conjunto com especialidades, sendo as mais freqüentes: Neuropediatria, Cirurgia Infantil, Hematologia e Ortopedia. Este acompanhamento durante as internações se refletiu no seguimento posterior à alta em ambulatórios do HC, com porcentagem elevada para a Neuropediatria. Estes dados sugerem uma deficiência de atendimento destas especialidades nos serviços municipal e regional de saúde, sendo o HC a forma alternativa para obtenção deste tipo de atendimento. (Tabela 17)

É relevante o número de casos, que após a alta, foram encaminhados para seguimento em Unidade Básica de Saúde, sendo poucos os casos mantidos somente sob cuidados dos serviços do HC. Reforçando a idéia de baixa complexidade dos casos internados e numa abordagem sistêmica da saúde, esses resultados demonstram a confiança do HC nos serviços básicos de assistência existentes nos municípios de origem dos pacientes internados.

Todos os dados até aqui estudados caracterizaram esta unidade do HC principalmente como local para internações de baixa complexidade de diagnósticos e tratamento, e em menor número, de transição para a enfermaria de maior complexidade, que é a de Pediatria Geral do HC. Algumas ressalvas devem ser feitas a essas conclusões quando se analisam os seguimentos de especialidades que apontam possíveis falhas nos serviços de assistência secundária, que não absorvem as internações, realizando-se estas nesta enfermaria do Pronto Socorro.

5.7. Trajetória prévia percorrida pelos pacientes

A utilização dos serviços de saúde sofre influência de um conjunto de fatores relacionados ao próprio serviço, a seus profissionais, ao contexto de trabalho, e à inserção do serviço no Sistema de Saúde. O comportamento dos usuários também é influenciado pela distribuição dos serviços e de fatores organizacionais, como acesso geográfico, características sociais da população e gerência administrativa (DUSSAULT, 1994).

O estudo da trajetória prévia à internação é importante, pois, como estudaram Castro *et al.* (2005), o uso de serviços hospitalares é apropriado quando associado às necessidades de saúde, porém, sempre se considerando a possibilidade do emprego de outros recursos terapêuticos anteriores a estes, que poderiam ter evitado esta internação.

No presente trabalho observou-se que, na tentativa de resolução da doença que motivou a atual internação, 68,1% utilizaram previamente serviços de saúde. Destes, 96,7% procuraram serviço público, sendo 56,9% o de Pronto Socorro, incluindo o do HC, 26,2% as Unidades Básicas de Saúde (UBS), 8,0% os Ambulatórios do HC, 5,6% PS e UBS. Em 3,3% dos casos houve procura por serviços conveniado ou particular, conforme mostra a tabela 18.

Este perfil de utilização de serviços contrasta com o observado por Cohn *et al.* (1999b), que verificaram nas regiões Sul e Leste do município de São Paulo em 1985, a procura por Hospital privado conveniado em 34,1% e 30,4% por região, seguido por convênio médico em

24,3% e 19,6%, respectivamente. O Hospital Universitário foi procurado em 8% dos casos e a rede pública de “primeira linha”, o Centro de Saúde, em 9,1% e 14,4% respectivamente, por região.

A partir desta diferença importante nos dois modos de utilização dos serviços de saúde, verificados neste trabalho e no de Cohn *et al.* (1999b) uma análise possível, é a de que houve uma ampliação de atendimento do SUS, nos últimos anos, com expansão de cobertura de serviços públicos em todo território nacional, predominantemente no Estado de São Paulo, devendo-se esta diferença observada ao intervalo de 18 anos entre estes dois trabalhos.

Esta hipótese ganha força quando se analisam os dados disponíveis pelo IBGE (2006), sobre as características de saúde da população brasileira, investigadas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1998, evidenciando uma grande apropriação da população no uso do SUS nos últimos anos, pois 75,5% da população referem não possuir plano de saúde, e 63,1% das internações no ano pesquisado foram feitas pelo Sistema Único de Saúde.

Outra informação importante do trabalho é a procura mais freqüente (56,9%) de Pronto Socorro em relação às Unidades Básicas de Saúde (26,2%), dados semelhantes aos de Kovacs (2005), quando estudou a trajetória dos pacientes atendidos em PS e a acessibilidade às ações básicas e concluindo que os serviços de urgência têm muita legitimidade perante a população.

Para Cecílio (1997), isto ocorre por não estar ainda muito claro o verdadeiro papel das unidades básicas, confrontando em alguns momentos uma visão “purista” de um local de prevenção e promoção à

saúde, com uma visão “realista” em que estas se comprometem com a necessidade de pronto-atendimento das pessoas.

Uma vez determinada a necessidade de internação na enfermaria do PS, não se justificaria o atendimento somente ao nível primário de assistência, porém a “porta de entrada” poderia ter sido o Centro de Saúde com maior frequência, realizando-se após, o encaminhamento necessário para um serviço com leitos de internação. Uma outra maneira de pensar O SUS, proposta por Cecílio (1997) seria vê-lo como um círculo com várias portas de entrada e saída, numa abordagem complexa não discutida mais profundamente neste trabalho.

Os Ambulatórios do HC foram procurados previamente em 5,6% das internações. Isto pode ser devido à inserção da enfermaria do P.S. em um Hospital Universitário, onde atua como retaguarda para complicações dos casos que realizam seguimento no HC.

Ao analisar a procura espontânea do PS de Pediatria do HC, sem encaminhamento, esta ocorreu em 56,4% dos casos internados. Esta característica pode ser justificada, segundo Cohn *et al.* (1999b), pelo fato do consumo de serviços de assistência estar relacionado àqueles entendidos pelo usuário como os mais equipados para a realização de diagnóstico, uma vez que a procura do atendimento reflete a doença. Assim, a busca da utilização direta de instituições consideradas capazes de garantir um bom resultado, é orientada segundo os recursos disponíveis para diagnóstico e ou tratamento.

Quando se estudou o encaminhamento de outros serviços, verificou-se que ele ocorreu em 43,6% dos casos internados, demonstrando a utilização do Hospital segundo a proposta do SUS, que o coloca no ápice de uma pirâmide hierárquica, tendo um fluxo ordenado de pacientes por

mecanismos de referência e contra-referência, o que segundo Cecílio (1997) é “uma estratégia para a racionalização no uso dos recursos existentes no setor saúde”.

Na análise do número de serviços utilizados previamente, tabela 19, observou-se que a maioria, 87,7%, procurou somente um serviço antes da internação, em 11,6% houve a procura de dois serviços de saúde e somente 0,7% passaram anteriormente por três serviços. Estes dados diferem dos encontrados por Kovacs (2005), que analisou a procura de serviços para atendimento, sem internação, e encontrou uma média de 60% de não procura de serviço antes do atendimento atual em PS, e de 27% e 11,6% para procura de um e dois ou mais serviços, respectivamente.

Em nosso estudo, verifica-se que o acesso aos serviços de saúde não parece ser problema local ou regional, uma vez que na maioria dos casos houve procura por ao menos um serviço sendo estes de vários tipos, como Pronto Socorro Municipal ou do próprio HC, Centros de Saúde, ou ambos, ambulatórios do HC ou em poucos casos, serviços conveniados ou particulares.

Quando se estudou o intervalo entre a procura pelo primeiro serviço de saúde e a atual internação, observou-se que a maior porcentagem ocorreu após o intervalo de um a três dias (39,3%), seguida pela internação no mesmo dia (29,2%). Poucos casos, 6,9%, foram internados após 10 dias da procura do primeiro serviço. (Tabela 20)

A análise conjunta dos dados sobre número de serviços de saúde procurados e período decorrido entre esta e a internação na enfermaria de pediatria do PS, juntamente com os dados de diagnósticos e recursos analisados anteriormente, aponta para uma maioria de doenças agudas, com pouco tempo de evolução e sem demora para internação. Isso

demonstra a existência do acesso aos serviços de saúde local e regional, mas ficando a maior resolutividade para a enfermagem de pediatria do Pronto Socorro do HC.

O estudo da trajetória, demonstrando o uso de diferentes e vários serviços de saúde e os motivos referidos para a procura deste PS, reiteram a idéia de Pereira (1999a) de que a população busca formas de ser atendida em suas necessidades, às vezes não obedecendo ao sistema imposto pelo modelo assistencial vigente.

Também se verificou, no presente estudo, um bom grau de ajustes entre o poder de uso da população e as resistências da oferta, atingindo-se assim boa acessibilidade. Pois o conceito proposto por Frenk (1992), define acessibilidade como a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistência”) e as correspondentes capacidades da população para superá-los (“poder de utilização”).

5.8. Recursos de saúde e população dos municípios

A capacidade de resolução de um serviço de saúde apóia-se em dois aspectos, a capacidade de absorver o número de assistência solicitada - acesso ou capacidade resolutiva quantitativa - e a capacidade de resolver os casos atendidos - capacidade resolutiva qualitativa - ou resolutividade (HALAL *et al.*, 1994).

Para a avaliação da capacidade resolutiva de um serviço de saúde faz-se necessário o conhecimento dos recursos disponíveis para atendimento da população desejada que inclui o número de unidades de

saúde e sua caracterização, o número e qualificação dos profissionais e a disponibilidade de exames complementares e de assistência mais especializada.

Considerando-se os municípios como gestores dos serviços de saúde a partir da descentralização e da municipalização proposta pelo SUS na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1991) regulamentada desde 1990, e incrementada a partir de 2001 com a NOAS (BRASIL, 2001), e segundo Sucupira (1998), a gestão municipalizada amplia as possibilidades de reconhecimento de problemas de saúde e facilita o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento destes.

Historicamente, os recursos de saúde devem-se a conquistas político-administrativas que possibilitam a melhor organização municipal. Estes se pautam no número de habitantes e na decisão política da gestão para garantir a hierarquização e a regionalização, visando um atendimento mais eficiente com recursos necessários e custo acessível.

Para a análise da adequação dos serviços, além da sua estrutura é necessário conhecer a população municipal. (Tabela 21)

Os quadros apresentados no anexo IV, de 01 a 07, resumem os recursos de saúde cadastrados no SUS para atendimento da população infantil dos municípios com maior frequência de internação, e o quadro 08, do mesmo anexo, os recursos do Pronto Socorro de pediatria do HC.

A análise destes municípios revelou que todos têm um número de Unidades Básicas adequadas à sua população, considerando as recomendações do Ministério da Saúde, que preconiza um Centro de Saúde para área de cobertura de 20 mil habitantes e de 2400 a 4500 habitantes para uma Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

O grau de recursos disponíveis também mostrou sua adequação à população, sendo maior o número de profissionais e serviços cadastrados em Botucatu e Avaré, que têm maior número de habitantes, e menor em municípios pequenos com Anhembi, Pardinho e Areiópolis.

O nível secundário de assistência, exceto para o município de Avaré, apontou deficiências quanto ao número de profissionais cadastrados em relação à população e também de especialistas, demonstrada pela necessidade de atendimento especializado nas internações na enfermaria de PS - neuropediatria, hematologia, cirurgia infantil e ortopedia.

Dos municípios estudados Anhembi, Areiópolis e Pardinho não apresentam hospital próprio para internação, o que é justificado pela reduzida população desses municípios, com respectivamente, 4826, 10380 e 5173 habitantes. Para as internações destes municípios há um sistema de referência.

Avaré, Botucatu, Itatinga e São Manuel, com número maior de habitantes, possuem hospitais secundários, de pequeno ou médio portes, cadastrados conforme a proposta do SUS.

Entretanto, verificou-se que, apesar do cadastro no SUS, os municípios não estão realizando um número suficiente de internações em pediatria, como é o caso de Botucatu, ou as realizam selecionando pacientes. Historicamente, em Botucatu e região, os municípios se “desobrigaram” com as internações sendo realizadas no HC mesmo com baixo grau de complexidade, e estas eram aceitas por este HC, decorrente de uma visão mais humanística que gerencial e por ser um local de assistência e ensino. Esta situação tem levado a um insuficiente financiamento dos hospitais locais, sendo que alguns municípios, como

Botucatu, não conseguem a pactuação com o Estado para a gestão plena de saúde. Os outros, como Itatinga e São Manuel, não conseguem ampliação do seu teto de financiamento e, portanto, têm poucos recursos financeiros destinados para o pagamento das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar).

5.9. Caracterização das internações de Botucatu, São Manuel, Avaré e Itatinga

No contexto atual da busca pela qualidade no setor saúde, há necessidade de melhoria do SUS. A adequação da gestão dos serviços de saúde pode ser um dos caminhos para alcançar a melhoria dos resultados (ADAMI & MARANHÃO, 1995).

Assim, um estudo mais detalhado dos municípios que possuem hospitais cadastrados no SUS, foi necessário, afim de um melhor entendimento da relação da enfermagem do PS da Pediatria com o sistema de saúde local e regional.

Para isso foram analisadas as internações provenientes dos municípios de Botucatu, São Manuel, Avaré e Itatinga, considerando-se os parâmetros mais relevantes para a análise proposta.

Na análise das internações procedentes de Botucatu, verificou-se que foi baixa a média (0,62) de procura prévia por serviços de saúde, sendo destes o Pronto Socorro do município ou do próprio HC, os mais procurados. Em um terço dos casos houve a procura prévia de Centros de Saúde. Do total de internações vieram com encaminhamentos 43,3%.

O acesso aos serviços não pode ser mensurado somente com esses dados, pois, segundo Travassos & Martins (2004), o uso de serviços pode ser uma medida do acesso, mas não se explica apenas por ele.

Em comparação aos demais municípios foi baixa a porcentagem dos casos com seguimento conjunto de especialidades, revelando-se a mesma proporção de toda a casuística para Neuropediatria, Cirurgia Infantil, Ortopedia e Hematologia.

As doenças do aparelho respiratório predominaram, seguidas por aquelas conseqüentes a lesões, envenenamentos ou outras causas externas. Em terceiro lugar estão as doenças da pele, e em quarto, as do sistema nervoso.

Os antibióticos foram os medicamentos mais utilizados e entre esses, os de menor custo - Penicilinas e Cefalosporina de primeira geração -, sendo somente em 5% cefalosporina de segunda geração, com maior custo.

A maioria das internações da enfermaria do PS teve alta para o domicílio, porém, com relevantes 22,8% de pacientes transferidos para a enfermaria de Pediatria Geral do HC ou UTI pediátrica, revelando serem estes os de maior grau de complexidade e necessitando de recursos mais avançados deste HC.

A análise demonstrou, na maioria das internações, baixa complexidade nos diagnósticos, nos exames complementares e no tratamento, passíveis de atendimento no hospital secundário do município e gerando essa distorção, um alto custo para o sistema de saúde.

A necessidade de especialidades no auxílio à condução dos casos, ausentes nos serviços municipal de Botucatu, aponta deficiência no nível secundário da assistência no sistema de saúde local.

As características da atenção médica no município de Botucatu, salientando a alta frequência da procura espontânea pelo HC (45,3%), demonstraram pela forma de utilização dos serviços de saúde, a preferência por atendimento hospitalar como uma realidade no município, podendo, no entanto, representar uma “demanda induzida pela oferta” destes serviços historicamente utilizados em Botucatu como melhor forma de assistência (WENNERBERG, 1985; CASTRO *et al.*, 2005).

Analisando os casos internados procedentes de São Manuel, observou-se procura prévia no serviço de Pronto Socorro em 85,7%, a maioria do PS municipal. Poucos casos foram ao Centro de Saúde. Destes dois serviços, vieram 66,7% com encaminhamento, o que faz pensar em necessidade de maiores recursos para diagnóstico ou tratamento, não demonstrado pelo trabalho.

Devido à alta frequência de encaminhamentos realizados, foi relevante a necessidade de seguimento por especialidades - Neuropediatria, Neurocirurgia, Ortopedia, Hematologia e Cardiopediatria -, bem como a solicitação de exames que não são realizados no município e são referenciados para estes HC como ecocardiograma e tomografia de crânio.

A frequência dos diagnósticos se mostrou semelhante à dos outros municípios, destacando-se, porém, uma inversão no Capítulo XIX: lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas que aparecem em primeiro lugar, ficando em segundo lugar as doenças do aparelho respiratório. Poucos foram os casos transferidos para a enfermaria

de Pediatria do HC, sendo a maioria das crianças encaminhadas para o domicílio após a alta do PS.

São Manuel referendou para o HC corretamente, segundo a proposta hierárquica do SUS, casos de especialidades não cadastradas no sistema regional de saúde e, em alguns casos, a enfermaria de pediatria do PS representou o papel de hospital secundário, suprimindo deficiências municipais.

No município de Avaré houve uma média de 0,86 serviços procurados previamente às internações, sendo o Pronto Socorro o local mais utilizado e encaminhamentos em 47,6% dos casos internados.

Em algumas internações, 38,9%, foram acionadas especialidades, destacando-se a Cirurgia Plástica, Gastropediatria e Pneumopediatria, que não estão cadastradas no município.

A classificação dos diagnósticos segue como no restante da pesquisa, com destaque para três casos de desidratação (14,3%), isto chama a atenção quando se faz a correlação da baixa complexidade da doença e de seu tratamento, e a distância entre os municípios de Avaré e Botucatu - 70 Km -, apesar da presença de Pronto Socorro e hospital na própria cidade, demonstrando deficiência na assistência municipal e a mesma distorção já descrita para Botucatu.

Os recursos para diagnósticos e tratamento foram de baixa complexidade, na maioria dos casos e a tomografia de crânio, um exame mais complexo foi realizada somente em um caso. Verificou-se relevância no uso de três ou quatro anticonvulsivantes associados, apontando para casos de maior complexidade além de crises convulsivas de difícil controle. Por exigirem tratamento mais prolongado 38,1% das internações foram transferidas para a enfermaria de pediatria do HC.

Evidenciou-se para Avaré, em algumas internações a utilização correta do HC como referência para casos de maior complexidade, com necessidade de especialidades não existentes no município, enquanto outros revelaram a insuficiência do sistema em resolver problemas de menor complexidade, elevando assim o custo da assistência para o sistema de saúde e para o paciente, e um maior deslocamento deste para resolução de seu problema.

Itatinga foi o município com a utilização mais adequada dos recursos da enfermaria de pediatria do Pronto Socorro do HC, enquanto local de referência para casos que requereram avaliação especializada (60%) e recursos não disponíveis ao nível local de assistência.

A maioria dos casos veio encaminhada após ter procurado outros serviços de saúde no próprio município, preferencialmente o PS.

Os diagnósticos mais freqüentes foram os do capítulo XIX: lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas, seguidos pelos do capítulo XVIII: sinais, sintomas e achados mal definidos. Alguns exames complementares de maior complexidade como enema opaco e endoscopia foram realizados, e o eletroencefalograma embora não seja um exame de alto custo, não é realizado no município e nem no Ambulatório Regional de especialidades de Botucatu, local de referência secundária preconizado pela DIR-XI.

A análise das internações procedentes desses municípios confirma os demais dados estudados ao longo da presente pesquisa, que apontam para uma distorção no sistema local e regional de saúde. Pois se observa que entre os casos que foram adequadamente referenciados, confirmando o verdadeiro papel para o PS deste HC, há um grande número que poderiam ter sido resolvidos em um serviço de nível secundário

hospitalar, para aqueles que exigiam internação, ou até mesmo em nível primário como bem se observou pelo número dos casos nos quais nenhum exame foi solicitado.

Constata-se pelo estudo que a demanda de doenças predominantemente de pouca complexidade, e a insuficiência de mecanismos de referência e contra-referência para absorção adequada dos problemas de saúde da clientela, transformou o perfil de utilização do Hospital Universitário (LEMME *et al.*, 1991).

6. CONCLUSÕES

A utilização de entrevista semi-estruturada permitiu a análise de variáveis freqüentemente ausentes em fontes de dados secundários, bem como a verificação da trajetória, da população em estudo, pelos serviços de saúde.

Houve um predomínio significativo de internações de crianças do sexo masculino no primeiro ano de vida, demonstrando maior vulnerabilidade dos meninos neste período.

Foi elevada a porcentagem de internações em menores de cinco anos de idade, reforçando a importância de ações preventivas e de organização dos serviços para esta faixa etária, visando a redução de doenças por causas evitáveis.

A inserção do Pronto Socorro de pediatria em um hospital com alta capacidade resolutiva, o Hospital das Clínicas, predominou como motivação para a sua procura.

As doenças do aparelho respiratório, e aquelas, conseqüentes a causas externas, foram as maiores causas das internações, confirmando ser esta a morbidade mais prevalente nos serviços de pediatria atualmente. Constitui assim, um desafio para o sistema local e regional de saúde, sendo sua redução uma meta, que deve estar presente no planejamento de ações e programas na atenção à saúde infantil.

A freqüência de doenças do sistema nervoso sugere uma demanda referenciada para este HC, decorrente de insuficiência de serviços públicos de neurologia infantil no município e região.

As doenças que motivaram a maioria das internações exigiram recursos diagnósticos e terapêuticos de baixa complexidade.

O estudo da trajetória prévia à internação indica uma ampliação da cobertura dos serviços do SUS em Botucatu e região.

A enfermaria do PS do HC desempenha papel importante na atenção hospitalar secundária, e também atua como referência em internações e procedimentos para especialidades, inexistentes ou insuficientes no município e na região da DIR-XI de Botucatu.

Esta enfermaria constitui uma interface com os níveis de atenção primário e terciário, atuando como unidade intermediária entre eles no Sistema de Saúde local e regional.

As características das internações estudadas apontariam um baixo custo para sua resolução se realizadas em hospital de atenção secundária, porém, geram um alto custo para o Sistema de Saúde por terem ocorrido em um Hospital Universitário com as características deste HC, cadastrado para procedimentos de média alta e alta complexidade no SUS.

Os casos internados neste PS, procedentes de municípios com recursos secundários não utilizados, apontam para uma necessidade de verificar uma melhor adequação do sistema de referência na região.

Os resultados deste estudo permitem concluir que se faz necessária uma repactuação para melhor organizar os serviços entre o município de Botucatu e os da região, juntamente com a DIR-XI e a direção deste H.C., levando a aperfeiçoar a atuação do Sistema de Saúde, ampliando o acesso e a acessibilidade e melhorando sua resolutividade.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABCR. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CONCESSIONÁRIAS DE RODOVIAS. **Distância entre municípios.** Disponível em <<http://www.abcr.org.br/geode/index.php>>. Acesso em 01 de fevereiro de 2006.

ABRANTES, M.M. *et al.* Causas de internações de crianças e adolescentes nos hospitais do SUS em Minas Gerais entre 1994 e 1995. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 7, n.1, p. 95-103, 1998.

ACURCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde Debate**, v. 33, p. 50-53, 1991.

ADAMI, N.P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Paul. Enferm.**, v.12, p.82-86, 1993.

ADAMI, N.P.; MARANHÃO, A.M.S.A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 8, n. 4, p.47-55, 1995.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Lista de Medicamentos Genéricos para o SUS.** Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos>>. Acesso em 15 de agosto de 2005.

BARROS, M.B.A. Morbidade e mortalidade hospitalar de crianças menores de um ano, em Ribeirão Preto, SP (Brasil), 1975. **Rev. Saúde Pública**, v. 15, p. 308-320, 1981.

BELINATI, W. **Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde ao nível primário:** Londrina 1986-1992. 1994. 281f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BERQUÓ, E.S.; SOUZA, J.M.P.; GOTLIEB, L.D. Levantamento de dados , p. 10-21, In: _____. **Bioestatística**. São Paulo: EPU, 1980.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Casa Civil. Seção II - Artigo 196. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil> >. Acesso em 12 de dezembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. **Lei orgânica da saúde**, 2. ed. Brasília, 1991, 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/01**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil**. Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família – 2001/2002. Disponível em:< [http// dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/avaliacao_normativa_psf.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/avaliacao_normativa_psf.pdf)>. Acesso em 08 de fevereiro de 2006.

BROOK, R.H.; APPEL, F.A. Evaluación de la calidad de la atención: seleccion de un método de auditoria medica. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**. Washington: OPAS, 1992. p. 535-545. (Publicación Científica, 534)

CAETANO, J.R.M. *et al.* Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo/SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.3, p. 285-291, 2002.

CAMPOS, F.E. **Resolutividade**: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. 1988. 264p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

CARANDINA, L.; CÉSAR, C.L.G.; CASTRO, S.S. Morbidade referida. In: CÉSAR, C.L.G et al. **Saúde e condição de vida em São Paulo: Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo**. 1ª ed. São Paulo: USP/FSP, 2005. p.131-150.

CARVALHO, G.C.M. **Avaliação das condições de saúde e dos serviços de saúde em São José dos Campos**. 1995. 228f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CASTRO, C.G.J. **O estudo da demanda do serviço de pronto atendimento de um hospital como subsídio ao modelo assistencial do Sistema Nacional de Saúde**. 1991. 194f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CASTRO, M.S.M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CÉSAR, C.L.G. *et al.* Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n.2, p. 153-161, 1996.

CÉSAR, J.A. *et al.* Hospitalização em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**, v.12, supl.1, p.67-71, 1996.

CÉSAR, J.A. *et al.* Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, p.299-305, 2002.

COHN, A. *et al.* O acesso em discussão: o viés da racionalidade e o viés da carência. In: _____. **A saúde como direito e como serviço**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999. p. 67-94.

COHN, A. *et al.* A medicalização e o imaginário no consumo de serviços de saúde. In: _____. **A saúde como direito e como serviço**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999. p. 95-130.

CYRINO, E.G. *et al.* O programa: história, princípios e estratégias. In: Cyrino E.G. *et al.* **A universidade na comunidade: educação médica em transformação**. Botucatu : Eliana Goldfarb Cyrino, editor, 2005, p. 21-32.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: < <http://www.datasus.org.br>>. Acesso em 16 de novembro de 2005.

DEAN, A.G. *et al.* **Epi Info**, Version 6: A Word Processing, Database and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention, 1994.

DEBERT-RIBEIRO, M.B. Ética e epidemiologia. **Bioética**, v. 2, n.1, p. 7-11, 1994.

DCB, **Denominações Comuns Brasileira**. RDC Nº 221, de 22 de Setembro de 2004. Disponível em: <<http://www.farmacopeia.org.br/dcb>>. Acesso em 10 de agosto de 2005.

DIAS-DA-COSTA, J.S. *et al.* Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.4 , p. 329-336, 2000.

DIAS-DA-COSTA, J.S. *et al.* Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**, v.12, supl. 1, p.7-14, 1996.

D'OLEO, R.J.M.; FÁVERO, M. Perfil sócio-demográfico da população que demanda assistência hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 256-263, 1992.

DONABEDIAN, A. *et al.* Quality, cost and health: an integrative model. **Med. Care**, v.20, p. 975-992, 1988.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor: Health Administration Press, 1980, p. 1-127.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, n. 114, p. 1115-1118, 1990.

DUSSAULT, G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. **Educ. Méd. Salud**, v. 28, n. 4, p. 478-489, 1994.

FABRI, M. Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde. **Bioética**, v. 8,n.2, p. 307-321, 2000.

FOGUERAL, J.M.B. **Aspectos positivos e negativos do atendimento no Pronto Socorro e triagem de Pediatria, e a atuação do Serviço Social Médico do H.C. da Unesp - Botucatu.** 1990. 66f. Trabalho de conclusão de curso (Monografia) - Faculdades Integradas de Botucatu, UNIFAC, Botucatu.

FORTES, P.A.C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, v. 2, p. 129-135, 1995.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n. 1, p.61-70, 1998.

FRENK, J. El concepto y la medicion de accesibilidade. In: WHITE, K.L.; FRENK, J.; ORDÓNEZ, C.; PAGANINI, J.M.; STARDIELD, B. Eds. **Investigaciones sobre servivios de salud: uma antologia**. Washington: OPS, 1992, p. 929-943.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - **SEADE**. **Centro de produção, tratamento, análise e disseminação de informações sócio-econômicas sobre o estado de São Paulo** (Brasil). Disponível em <<http://www.seade.gov.br>> Acesso em: 21 de Janeiro de 2006.

GOMES, A.C.F *et al.* Atendimento nos serviços de emergência pediátrica da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, nas regionais Sul, Taguatinga e Planaltina –DF. **Rev. Saúde Dist. Fed.**, v.7, n. 3, p. 27-34, 1996.

HALAL, I.S. *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 131-136, 1994.

HORTALE, V.A.; CONILL, E.M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n.1, p. 79-88, 1999.

IBIAPINA, C.C. *et al.* Pneumonias comunitárias na infância: etiologia, diagnóstico e tratamento. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v.14, supl. 1, p. 19-25, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **IBGE**. **Acesso e utilização de serviços de saúde** (Brasil). Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 06 de fevereiro de 2006.

KOVACS, M.H. *et al.* Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J. Pediatr.** v. 891, n.3, p. 251-264, 2005.

LEAL, M.C.; SILVA, R.I.; GAMA, S.G.N. Percepção materna da desidratação em crianças com diarreia: estudo de concordância com diagnóstico médico. **Rev. Saúde Pública**, v.24, n.3, p.196-203, 1990.

LEBRAO, Maria Lúcia. Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 55-63, 1999.

LEMCKE, P.A. Métodos científicos de auditoria medica: su aplicación en la cirugía mayor de la pelvis en mujer. In: ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington: OPAS,1992. p. 92-116. (Publicación Científica, 534)

LEMME, A.C. NORONHA, G.; RESENDE, J.B. A satisfação do usuário em Hospital Universitário. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 41-46, 1991.

MARQUES, A.N. A criança brasileira no SUDS. **J. Pediatr.**, v. 65, n.7, p. 264-272, 1989.

MADUREIRA, P.R.; CAPITANI, E.M.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cad. Saúde Pública**, v. 5, n.1, p. 45-59,1989.

MODESTO, M.G. Reforma Sanitária e Informação em Saúde: avaliação dos registros médicos em um Distrito Sanitário de Salvador, Bahia. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n.1, p. 62-68, 1992.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.5, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.386-402, 2004.

PEIXOTO, H.C.G. **As internações hospitalares em Santa Catarina 1998-1999**. Disponível em:<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/saladeleitura/artigos/internações_hospitalares>. Acesso em 06 de fevereiro de 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Declaração de Alma-Ata 1978. Traduzido pela UNICEF. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>>. Acesso em 20 de novembro de 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças**. 10ª Revisão – CID-10. Tradução Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 3ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

PEREIRA, M.G. Serviços de Saúde.In: _____. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1999. Cap. 23, p. 513-558.

PEREIRA, M.G. Qualidade dos Serviços de Saúde.In: _____. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1999. Cap. 24, p. 538-558.

PINHO, V.P. **Avaliação de um Sistema de Informações para o nível local do Sistema Único de Saúde, através de dados de atendimento médico em Centros de Saúde de Botucatu-SP**. 2003. 159f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RODRIGUES FILHO, J. Pesquisa em serviços de saúde: uma necessidade urgente. **Cad. Saúde Pública**, v. 5, n.1, p. 7-16, 1989.

RUGOLO, L.M.S.; MOREIRA, F.L.; OLIVEIRA FILHO, J.F. Avaliação do Serviço de triagem e emergência do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da FMB. **Rev. Paul. Pediatr.** v. 5, n. 16, p. 18-21, 1987.

SANTOS, I.S. *et al.* Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.6, p. 603-609, 2000.

SCOCHI, M.J. Indicadores de Qualidade dos Registros e da Assistência Ambulatorial em Maringá (PR), 1991. Um exercício de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n.3, p. 356-367, 1994.

SUCUPIRA, A.C.S.L. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. **Rev. Adm. Publ.**, v. 32, n. 2, p. 61-78, 1998.

TANAKA, O.Y. **Avaliação da qualidade de serviços básicos de saúde: O estudo do Distrito da Brasilândia**. São Paulo, 1994, 130f. Tese (Livre Docente) Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 190-198.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. **Banco de dados:** movimento estatístico do hospital em 2003. Botucatu: FMB/UNESP,2005. Disponível em: <<http://www2.fmb.unesp.br>> . Acesso em 10 de Junho de 2005.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Rev. Divulg. Saúde Debate**, v. 3, p. 17-25, 1991.

WENNBERG, J.E. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. **Med. Care**, v.23, n.5, p. 512-520, 1985.

8. ANEXOS

ANEXO I – Protocolo

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP/FM/HC Botucatu – SP
Pronto Socorro- Pediatria

“Protocolo: internações no Repouso do P.S. da Pediatria”

Data: ___/___/___

Registro n° : _____

1-) Data de internação: ___/___/___ 2-) Data de alta: ___/___/___

Questionário para a mãe/ acompanhante

✓ Nome da criança: _____ 3-) Data nascimento: ___/___/___
4-) Sexo: feminino masculino Idade: ___a ___m

✓ Nome informante: _____ 5-) Grau parentesco: mãe/ pai
avô/ avó

✓ Endereço: Rua: _____ n° _____
Bairro: _____ 6-) Cidade: _____ Estado: _____

7-) Centro/ Posto ou serviço de Saúde que frequenta: _____

8-) A criança foi consultada em **serviço de saúde** nos últimos **15 dias**? S / N✓ **Se sim:** 9-) Há quantos dias? _____

- 10-) Qual serviço procurado?
Posto/ Centro de Saúde
Pronto Socorro Cidade de origem (_____)
Pronto Socorro Particular ou conveniado (_____)
Este Pronto Socorro (UNESP)
Farmácia
Outros (_____)

11-) Qual **diagnóstico** e o que foi feito (**conduta**)?

12-) Foi marcado retorno para reavaliação e/ou seguimento? S / N

13-) Houve encaminhamento para este serviço? S / N (De onde?____)

14-) **Se não procurou outro serviço**, por que procurou, primeiro, este pronto socorro?

ANEXO II

***Dados de registro no Repouso da Pediatria (FAA/ evolução/ livro da enfermagem)**

15-) HD : Entrada: _____

16-) Alta: _____

17-) Sala de Emergência? S / N _____

18-) HD? _____

19-) Tratamento: Isolamento S / N _____

Antibiótico S / N VO / EV / IM Qual? _____

Anticonvulsivante S / N VO / EV / IM Qual? _____

Antitérmico S / N VO / EV / IM Qual? _____

Analgésico S / N VO / EV / IM Qual? _____

Inalação S / N _____

Soro EV S / N _____

Outros? _____

20-) Monitorização: Saturômetro? S / N _____

Temperatura axilar S / N _____

FR S / N _____

FC S / N _____

PA S / N _____

Outros? _____

21-) Exames Realizados:

 HMG ALT / NL / SR ALT - alterado PCR ALT / NL / SR NL - normal VHS ALT / NL / SR SR – sem resultado RX Tórax ALT / NL / SR RX Abdome ALT / NL / SR Urina I ALT / NL / SR Urocultura ALT / NL / SR Eletrólitos ALT / NL / SR Outros: Quais? _____

22-) Condição de Alta:

óbito

Transferência para outra cidade. Qual? _____

Transferência para enfermaria

Transferência para UTI Pediátrica/Neonatal

Para casa **com** tratamentoPara casa **sem** tratamento

23-) Local de Reavaliação e/ ou seguimento:

Neste PS

Centro/ Posto de Saúde

Ambulatório UNESP(Qual especialidade? (Qual? _____))

Outro _____

✓ Responsável pelo preenchimento : _____

ANEXO III
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Avaliação do papel da enfermagem do Pronto Socorro Pediátrico do H.C. da FMB da Unesp-Botucatu/SP, no sistema de saúde Municipal e Regional.

Declaro que estou consentindo a minha participação, como responsável por esta criança internada na enfermagem deste Pronto Socorro de Pediatria da Unesp-Botucatu, neste trabalho.

Vou fornecer informações, através de uma breve entrevista, com dados sobre a criança internada, local de saúde que já passei e normalmente vou, quais os problemas que foram ditos que esta criança tinha e qual o tratamento que foi feito, e se houve ou não encaminhamento para este serviço, se vim para cá por conta própria e porque.

Estou consciente que não há nenhum desconforto ou risco para o paciente (a criança) e que nenhum teste está sendo realizado, somente os dados da internação estão sendo anotados.

Este trabalho somente coleta dados já existentes, não traz nenhuma alteração no tratamento ou exames durante a internação.

Os dados que estão sendo colhidos não serão divulgados com o meu nome ou da criança internada, eles serão analisados em grupo, coletivamente, sem identificação individual de cada internação.

Não há nenhum gasto para mim ou para o paciente (a criança) e nenhum tipo de pagamento ou indenização será realizado.

Estou ciente que este trabalho tem como objetivo avaliar todas as internações nesta enfermagem, para conhecer melhor as crianças, realizar uma análise posterior sobre o tipo e local de atendimento que as crianças tem antes de serem internadas aqui, e quais as doenças e tratamentos que estão sendo utilizados. Ao final do trabalho será avaliado como esta enfermagem funciona dentro do Sistema de Saúde de Botucatu e das cidades vizinhas.

Nenhum tipo de pressão está sendo feito sobre mim ou sobre a criança internada nesta enfermagem e os dados estão sendo coletados depois que a internação já foi realizada, dentro da enfermagem do Pronto Socorro.

Responsável pelo paciente

Pesquisador

Botucatu, ___/___/ 200_.

Cátia Regina Branco da Fonseca - Rua Agenor Nogueira, 1355, Jd. Bom Pastor - Botucatu/SP - Tel (14) 3882-9126 - crbфон@terra.com.br

Águeda Beatriz Pires Rizzato - Departamento de Pediatria da FMB -Unesp - Botucatu/SP (14) 3811-6274 - agueda@laser.com.br

ANEXO IV

Quadro 01. Síntese da estrutura de saúde cadastrada no SUS para atendimento infantil, no ano de 2003, do município de Anhembi.

<i>Tipo e nº de Unidades</i>	<i>Atendimento</i>				<i>Profissionais</i>			<i>Leitos</i>	
	<i>Amb¹</i>	<i>U/E²</i>	<i>SADT³</i>	<i>Inter⁴</i>	<i>Méd⁵</i>	<i>Ped⁶</i>	<i>Out⁷</i>	<i>Ped</i>	<i>Cirurg⁸</i>
CS/UBS ⁹ – 01	+	+	+	-	05	01	12	-	-
Hospital Geral - 00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviços Médicos <i>Ambulatorial:</i> Pediatria - 04 horas semanais.									
Serviços de apoio (não médico) Nutrição e dietética, Psicologia.									
Instalações físicas para assistência									
Consultórios médicos					01				
Sala de curativo					01				
Sala de gesso					-				
Sala de pequena cirurgia					-				
Sala de repouso/observação					01				
Sala de cirurgia					-				
Farmácia					própria				

Fonte: Datasus - informações de saúde - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) - www.datasus.gov.br

(1) Ambulatório; (2) Urgência e Emergência; (3) Serviço de Apoio ao Diagnóstico e terapêutica; (4) Internação; (5) Médicos; (6) Pediatras; (7) outros; (8) Cirurgia; (9) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; (+) presente; (-) ausente

Quadro 02. Síntese da estrutura de saúde cadastrada no SUS para atendimento infantil, no ano de 2003, do município de Areiópolis.

Tipo e nº de Unidades	Atendimento				Profissionais			Leitos	
	Amb ¹	U/E ²	SADT ³	Inter ⁴	Méd ⁵	Ped ⁶	Out ⁷	Ped	Cirurg ⁸
CS/UBS ⁹ - 03	+	+	+	-	11	01	28	-	-
Hospital Geral - 00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviços Médicos <i>Ambulatorial:</i> Pediatria, Ortopedia, Cardiologia e Oftalmologia.									
Serviços de apoio (não médico) Psicologia									
Instalações físicas para assistência									
Consultórios médicos					06				
Sala de curativo					03				
Sala de gesso					-				
Sala de pequena cirurgia					01				
Sala de repouso/observação					01				
Sala de cirurgia					-				
Farmácia					própria				

Fonte: Datasus - informações de saúde - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) - www.datasus.gov.br

(1) Ambulatório; (2) Urgência e Emergência; (3) Serviço de Apoio ao Diagnóstico e terapêutica; (4) Internação; (5) Médicos; (6) Pediatras; (7) outros; (8) Cirurgia; (9) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; (+) presente; (-) ausente

Quadro 03. Síntese da estrutura de saúde cadastrada no SUS para atendimento infantil, no ano de 2003, do município de Avaré.

Tipo e nº de Unidades	Atendimento				Profissionais			Leitos	
	Amb ¹	U/E ²	SADT ³	Inter ⁴	Méd ⁵	Ped ⁶	Out ⁷	Ped	Cirurg ⁸
CS/UBS/USF ⁹ 11	+	-	+	-	63	11	160	-	-
Hospital Geral - 01	-	+	+	+	138	06	200	17	28
NGA ¹⁰ 01	+	-	+	-	21	01	21	-	-
PS Municipal 01	-	+	+	-	27	01	34	-	-
Serviços médicos									
<i>Hospitalar:</i> Pediatria, Ortopedia, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Pediátrica, Cardiologia, Radiologia e Oftalmologia.									
<i>Ambulatorial:</i> Pediatria, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endoscopia, Cirurgia Torácica e Radiologia.									
Serviços de apoio (não médico)									
Fisioterapia; Fonoaudiologia; Psicologia.									
Instalações físicas para assistência									
Consultórios médicos					26				
Sala de curativo					09				
Sala de gesso					03				
Sala de pequena cirurgia					03				
Sala de repouso/observação					01				
Sala de cirurgia					05				
Farmácia					Própria				

Fonte: Datasus - informações de saúde - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) - www.datasus.gov.br

(1) Ambulatório; (2) Urgência e Emergência; (3) Serviço de Apoio ao Diagnóstico e terapêutica; (4) Internação; (5) Médicos; (6) Pediatras; (7) outros; (8) Cirurgia; (9) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; (+) presente; (-) ausente

Quadro 04. Síntese da estrutura de saúde cadastrada no SUS para atendimento infantil, no ano de 2003, do município de Botucatu, exceto Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina.

Tipo e nº de Unidades	Atendimento				Profissionais			Leitos	
	Amb ¹	U/E ²	SADT ³	Inter ⁴	Méd ⁵	Ped ⁶	Out ⁷	Ped	Cirurg ⁸
CS/UBS ⁹ 13	+	-	+	-	81	19	181	-	-
Hospital Geral - 01	+	+	+	+	61	14	48	05	15
NGA ¹⁰ - 01	+	-	+	-	20	-	24	-	-
Serviços Médicos									
Hospitalar: Pediatria, Ortopedia, Radiologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Neurologia.									
Ambulatorial: Pediatria, Dermatologia, Homeopatia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Oftalmologia e Radiologia.									
Serviços de apoio (não médico)									
Hospitalar: Suporte Nutricional, Fisioterapia, Ultra-sonografia, Nutrição e dietética.									
Ambulatorial: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia.									
Instalações físicas para assistência									
Consultórios médicos					77				
Sala de curativo					13				
Sala de gesso					01				
Sala de pequena cirurgia					03				
Sala de repouso/observação					01				
Sala de cirurgia					03				
Farmácia					Própria				

Fonte: Datasus - informações de saúde - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) - www.datasus.gov.br

(1) Ambulatório; (2) Urgência e Emergência; (3) Serviço de Apoio ao Diagnóstico e terapêutica;

(4) Internação; (5) Médicos; (6) Pediatras; (7) outros; (8) Cirurgia; (9) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; (+) presente; (-) ausente

Quadro 05. Síntese da estrutura de saúde cadastrada no SUS para atendimento infantil, no ano de 2003, do município de Itatinga.

Tipo e nº de Unidades	Atendimento				Profissionais			Leitos	
	Amb ¹	U/E ²	SADT ³	Inter ⁴	Méd ⁵	Ped ⁶	Out ⁷	Ped	Cirurg ⁸
CS/UBS ⁹ - 01	+	+	+	-	14	01	43	-	-
Hospital Geral - 01	+	+	+	+	12	01	21	03	01
Serviços Médicos									
<i>Hospitalar:</i> Pediatria, Ortopedia e Radiologia.									
<i>Ambulatorial:</i> Pediatria, Ortopedia, Neuropediatria, Psiquiatra, Cardiologia Radiologia e Oftalmologia.									
Serviços de apoio (não médico)									
Fisioterapia; Fonoaudiologia, Psicologia.									
Instalações físicas para assistência									
Consultórios médicos					08				
Sala de curativo					02				
Sala de gesso					01				
Sala de pequena cirurgia					01				
Sala de repouso/observação					02				
Sala de cirurgia					01				
Farmácia hospitalar					Própria				

Fonte: Datasus - informações de saúde - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) - www.datasus.gov.br

(1) Ambulatório; (2) Urgência e Emergência; (3) Serviço de Apoio ao Diagnóstico e terapêutica; (4) Internação; (5) Médicos; (6) Pediatras; (7) outros; (8) Cirurgia; (9) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; (+) presente; (-) ausente

Quadro 06. Síntese da estrutura de saúde cadastrada no SUS para atendimento infantil, no ano de 2003, do município de Pardinho.

Tipo de Unidade	Atendimento				Profissionais			Leitos	
	Amb¹	U/E²	SADT³	Inter⁴	Méd⁵	Ped⁶	Out⁷	Ped	Cirurg⁸
CS/UBS ⁹ 01	+	+	+	-	14	02	21	-	-
Hospital Geral - 00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviços Médicos <i>Ambulatorial:</i> Pediatria, Cardiologia, Radiologia e Oftalmologia.									
Serviços de apoio (não médico) Fisioterapia e Psicologia.									
Instalações físicas para assistência									
Consultórios médicos					02				
Sala de curativo					-				
Sala de gesso					-				
Sala de pequena cirurgia					-				
Sala de repouso/observação					03				
Sala de cirurgia					-				
Farmácia					-				

Fonte: Datasus - informações de saúde - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) - www.datasus.gov.br

(1) Ambulatório; (2) Urgência e Emergência; (3) Serviço de Apoio ao Diagnóstico e terapêutica; (4) Internação; (5) Médicos; (6) Pediatras; (7) outros; (8) Cirurgia; (9) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; (+) presente; (-) ausente

Quadro 07. Síntese da estrutura de saúde cadastrada no SUS para atendimento infantil, no ano de 2003, do município de São Manuel.

Tipo e nº de Unidades	Atendimento				Profissionais			Leitos	
	Amb¹	U/E²	SADT³	Inter⁴	Méd⁵	Ped⁶	Out⁷	Ped	Cirurg⁸
CS/UBS/USF ⁹ 06	+	-	+	-	24	06	72	-	-
Hospital Geral 01	+	+	+	+	51	04	58	12	10
Serviços médicos									
<i>Hospitalar:</i> Pediatria, Ortopedia, Radiologia, Cirurgia Geral.									
<i>Ambulatorial:</i> Cardiologia, Radiologia, Oftalmologia e Dermatologia.									
Serviços de apoio (não médico)									
Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição e dietética.									
Instalações físicas para assistência									
Consultórios médicos					08				
Sala de curativo					05				
Sala de gesso					01				
Sala de pequena cirurgia					01				
Sala de repouso/observação					02				
Sala de cirurgia					04				
Farmácia					Própria				

Fonte: Datasus - informações de saúde - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) - www.datasus.gov.br

(1) Ambulatório; (2) Urgência e Emergência; (3) Serviço de Apoio ao Diagnóstico e terapêutica; (4) Internação; (5) Médicos; (6) Pediatras; (7) outros; (8) Cirurgia; (9) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; (+) presente; (-) ausente

Quadro 08. Síntese da estrutura de saúde cadastrada no SUS para atendimento infantil, no ano de 2003 do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - Unesp - Botucatu/SP.

Tipo e nº de Unidades	Atendimento				Profissionais			Leitos	
	Amb ¹	U/E ²	SADT ³	Inter ⁴	Méd ⁵	Ped ⁶	Out ⁷	Ped	Cirurg ⁸
Pronto Socorro	-	+	+	+	21	05	72	06	-
Serviços médicos									
Retaguarda de Urgência/Emergência: Pediatria, Neuropediatria, Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia infantil, Hematologia, Gastropediatria, Pneumologia infantil, Reumatologia infantil, Imunopediatria, Cardiopediatria, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Nefrologia infantil, Infectologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Torácica, Radiologia, Ultra-sonografia, Tomografia Computadorizada, Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal.									
Serviços de apoio (não médico)									
Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição e dietética.									
Instalações físicas para assistência									
Consultórios médicos					06				
Sala de curativo					02				
Sala de gesso					01				
Sala de pequena cirurgia					02				
Sala de repouso/observação					02				
Sala de cirurgia					-				
Farmácia					Própria				

Fonte: Datasus - informações de saúde - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) - www.datasus.gov.br

(1) Ambulatório; (2) Urgência e Emergência; (3) Serviço de Apoio ao Diagnóstico e terapêutica; (4) Internação; (5) Médicos; (6) Pediatras; (7) outros; (8) Cirurgia; (9) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; (+) presente; (-) ausente

ANEXO V

Quadro 09. Distribuição dos diagnósticos principais, segundo CID-10, levantados na internação na enfermaria do PS do HC Unesp - Botucatu, 01 de junho a 31 de dezembro de 2003.

DIAGNÓSTICO	CID -10	FREQUENCIA	
		Nº	%
Abdome agudo	R 10.0	08	1,2
Abscesso	L 02.9	08	1,2
Anemia de Fanconi	D 61.0	08	1,2
Apendicite aguda	K 37	12	1,8
Asma	J 45.9	13	2,0
Broncoespasma	J 98.0	17	2,6
Broncopneumonia	J 18.0	69	10,5
Celulite	L 03.9	25	3,8
Crise Convulsiva	R 56.8	33	5,0
Crise Falciforme	D 57.0	12	1,8
Desidratação	E 86	43	6,5
Diabetes M. descompensada	E 14.8	05	0,8
Diarréia	A 09	18	2,8
Dor abdominal	R 10.4	15	2,3
Febre a/e	R 50.9	13	2,0
Fraturas	T 14.2	11	1,7
Fratura Supracond. cotovelo	S 52.0	15	2,3
Hidrocefalia	G 91.9	15	2,3
Hipertensão intracraniana	G 93.2	05	0,8
Intoxicação exógena	T 65.9	10	1,5
Meningite	A 03.9	07	1,0
Ferimento por cão	T 14.1	19	2,9
Pielonefrite	N 12	07	1,0
Pneumonia	J 18.9	65	9,9
Politraumatizado	T 07.9	12	1,8
Traumat. Crâniano	S 06.9	42	6,4
OUTROS	...	151	22,9
TOTAL	...	658	100

ANEXO VI

Quadro 10. Referência para encaminhamentos hospitalares* dos Municípios da Regional de Saúde, DIR-XI, de Botucatu, 2003.

UNIDADES DE SAÚDE	REFERÊNCIA
Águas de Sta Bárbara Iaras	Cerqueira César
Barão de Antonina	Itaporanga
Coronel Macedo	Taquarituba
Sarutaiá Tejupá	Piraju
Anhembi Bofete Pereiras Porangaba Torre de Pedra	Conchas
Areiópolis Pratânia	São Manuel
Pardinho	Botucatu – Hospital Sorocabano

(*)DIR XI - Central de Regulação médica da Regional de Saúde de Botucatu.