



Trabalho 201

CRIANÇAS ATENDIDAS EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA E OS PRINCIPAIS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS E GASTROINTESTINAIS

Autoras: Lidia Stella, Albertina Aguiar Brilhante, Fernanda Jorge Magalhães, Francisca Elisângela Teixeira Lima, Ana Paula de Oliveira Queiroz, Isis de Oliveira Pinheiro

Os distúrbios gastrointestinais e respiratórios são considerados os mais incidentes e importantes processos patológicos na infância. Tem-se como objetivo identificar as manifestações clínicas das crianças com distúrbios gastrintestinais e respiratórios atendidas em unidade de urgência/emergência de um hospital pediátrico. Estudo descritivo, transversal, desenvolvido em hospital público pediátrico de Fortaleza-CE. A população foi de 283 crianças com distúrbios respiratórios e 282 com distúrbios gastrointestinais atendidas na unidade de urgência/emergência. Amostra composta de 112 crianças com distúrbios respiratórios e 106 com distúrbios gastrointestinais atendendo aos critérios de inclusão: ter idade entre zero a 10 anos acompanhados de um responsável. Os critérios de exclusão: ir à unidade para consulta eletiva ou buscar exames laboratoriais. A coleta de dados ocorreu no período de junho/2010 a julho/2011, por meio de formulário específico. Os dados foram expostos em quadros e tabelas, analisados por estatística descritiva e literatura pertinente à temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob protocolo nº 80/09. Das crianças com distúrbios gastrintestinais, predominou a idade de um a seis anos (79,2%), sexo masculino (50,9%), a maioria ainda não estudava (54,7%) e possuíam renda familiar de um salário mínimo (51,9%). Em relação as crianças com distúrbios respiratórios prevaleceu a idade de zero a 3 anos (68,1%), renda familiar de um salário mínimo (59,2%), maioria não estudava (57,5%), não houve predominância de sexo. Constataram-se as seguintes incidências principais em relação aos distúrbios gastrintestinais: vômito (52,3%), diarreia (28,5%), dor abdominal (15,4%). E, em relação aos distúrbios respiratórios, tosse (66,3%), febre (50,4%) e dor de garganta (14,1%). É preciso uma sensibilização por parte dos governantes e profissionais da saúde para minimizar os agravos e complicações à saúde da comunidade, evitar o excesso de crianças nas filas de espera melhorando a qualidade da assistência prestada nas unidades de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS.



Trabalho 201

1. Tacsí YRC, Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto. 2004;12(3):477-484.
2. Ferraz C, Vaz R, Azevedo M, Carvalho I, Santos LA. Readmissões na Urgência Pediátrica do Porto. Arq Med. 2009;23(5):173-175.
3. Salgado RMP, Agüero FCM. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. Pediatría. São Paulo. 2010;32(2):90-7.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.
5. Neves CAB. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2006. [Citado em 06.04.2011]. Disponível em: <http://www.unifaimi.edu.br/v8/Biblioteca/ACOLHIMENTO%20nas%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Produ%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
6. Mafra AA, Martins P, Shimazaki ME, Barbosa YR, Rates SMM, Noronha R, Belezia BF, Rocha MOC, Sales IMC, Lima FET, Batista FLR, Prado JMS, Castro PMEB, Carvalho FF, Carvalho AL, Martins MCB, Souza MFB, Santos GF, Melo ALL. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. Ministério da Saúde. Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza. 2008.
7. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 17 ed. São Paulo: Cortez. 2009.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96. Decreto nº 93.33 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 supl.):15-25.
9. Franco TB, Bueno WS, Mehry EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1999;15(2): 345-353.
10. Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio STK. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Revista Espaço para a Saúde. Londrina. 2006;8(1):7-12.
11. Coelho MO, Jorge MBS. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2009.



Trabalho 201

12. Souza ECFS, Vila RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008; 24(Sup 1):100-110.
13. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em Enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. Cienc Cuid Saude. 2010;9(3):494-502.
14. Matos DPM, Queiroz APO, Lima FET. Dificuldades e benefícios do acolhimento com classificação de risco nos hospitais municipais de Fortaleza. In: anais do XXVIII Encontro de Iniciação Científica da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 21-23/out/2009.
15. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo.(Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003.
16. Nascimento DD, Correia DMS. The Perception Of Hospitalized Clients In Interpersonal Interaction With Health Professionals. Rev enferm UFPE on line. 2011;5(2):238-47.