

Satisfação da qualidade de atendimento em um Pronto-Socorro Infantil

Satisfaction of quality of care in a Pediatric Emergency Room

Giselle Pinto de Oliveira Sá Macedo¹

Maria D'Innocenzo¹

Descritores

Qualidade da assistência à saúde;
Serviço hospitalar de emergência;
Criança; Satisfação do paciente

Keywords

Quality of health care; Emergency service, hospital; Child; Patient satisfaction

Submetido

19 de Novembro de 2017

Aceito

30 de Novembro de 2017

Resumo

Objetivo: Avaliar o índice de satisfação do acompanhante do paciente pediátrico com relação à qualidade do atendimento prestado em um serviço de emergência.

Métodos: Pesquisa transversal e descritiva desenvolvida em um Pronto-Socorro Infantil de um hospital universitário, com a participação de 300 acompanhantes dos pacientes pediátricos. Utilizou-se um instrumento validado oferecido aos familiares para avaliar a qualidade do serviço de emergência.

Resultados: Os acompanhantes dos pacientes pediátricos demonstraram satisfação com a qualidade de atendimento prestado pelo Pronto-Socorro Infantil. Registrou-se diferença estatística significativa ($p < 0,05$) quanto ao índice de satisfação manifestado pelos familiares das crianças diagnosticadas com doenças dermatológicas, que receberam medicações administradas pela via retal e que procuraram o serviço por considerarem-no como referência ou por não possuírem plano de saúde.

Conclusão: Os familiares pesquisados encontram-se satisfeitos no que se refere à qualidade de atendimento prestado às suas crianças no serviço de pronto-socorro.

Abstract

Objective: To evaluate the satisfaction index of pediatric patients' companions in relation to the quality of care provided in an emergency service.

Methods: Cross-sectional and descriptive study conducted in a Pediatric Emergency Room of a teaching hospital with participation of 300 companions of pediatric patients. A validated instrument was offered to family members for their evaluation of the emergency service quality.

Results: Pediatric patients' companions demonstrated satisfaction with the quality of care provided at the Pediatric Emergency Room. There was a significant statistical difference ($p < 0.05$) in the satisfaction index of family members of children diagnosed with dermatological diseases and who received medications administered via rectal route, and those who sought the service because they considered it a reference or because they did not have health insurance.

Conclusion: The family members surveyed are satisfied with the quality of care provided to their children in the emergency room service.

Autor correspondente

Giselle Pinto de Oliveira Sá Macedo
Rua Napoleão de Barros, 754,
04024-002, São Paulo, SP, Brasil.
gigimacedo@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700092>



¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
Conflitos de interesse: não houve conflitos de interesse.

Introdução

Atualmente, a superlotação de pacientes tornou-se um problema comum em muitos Pronto-Socorros. A facilidade de acesso geográfico aos serviços de Pronto-Socorros, a baixa resolutividade da atenção básica referida pelos usuários e a necessidade de agilidade na resolução de queixas foram apontadas como as principais causas da alta demanda de pacientes nos serviços de emergência.^(1,2)

O aumento da demanda de pacientes nos serviços de emergência, inicialmente propiciou o atendimento sem avaliação clínica, sendo por ordem de chegada. Diante dessa situação, em 2004, o Ministério da Saúde criou a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) que estabeleceu a classificação de risco dos pacientes que procuram o serviço de urgência.⁽³⁾

A classificação de risco caracteriza-se com um processo dinâmico no qual o paciente é avaliado e classificado de acordo com os seus parâmetros vitais, potencial de risco, sendo priorizado o atendimento devido às alterações em suas condições clínicas que implicam em risco de vida, ao invés de ser atendido por ordem de chegada como ocorria anteriormente.⁽⁴⁾

O protocolo de *Manchester* é estratificado em cinco cores ou categorias, sendo um dos mais utilizados nos serviços de triagem com embasamento científico, maior fidedignidade do estado clínico do paciente e que pode ser aplicado em todas as faixas etárias nos serviços de emergência. A classificação por meio das cores consiste em: Vermelho (emergente: atendimento imediato pelo médico), Laranja (muito urgente; atendimento em 10 minutos), Amarelo (urgente: atendimento em 60 minutos), Verde (pouco urgente: atendimento em 120 minutos) e Azul (não urgente: atendimento em 240 minutos).⁽⁵⁾

As dificuldades do sistema de saúde em atingir as metas de igualdade, universalidade e descentralização do acesso também são evidenciadas na pediatria devido à sobrecarga dos serviços de urgência e à fragilidade do sistema de referência/contra referência.^(6,7)

A superlotação de crianças nos serviços de Pronto-Socorro Infantil prejudicou a qualidade de assistência, onde pacientes que necessitam de agilidade no atendimento esperam longas horas junto àqueles que demandam cuidados e orientações primárias e,

por sua vez, ocasiona comprometimento na qualidade de assistência.⁽⁸⁾

No cenário internacional, pesquisas demonstram a preocupação constante com relação à melhora no atendimento de doenças agudas, crônicas e cuidados preventivos para reduzir a demanda desnecessária de crianças nos serviços de emergência.⁽⁹⁻¹¹⁾

Torna-se crucial nos serviços de emergências pediátricas, a presença de enfermeiros, com conhecimentos específicos e habilidades técnicas, aptos a reconhecerem situações de risco e que minimizem complicações e agravos às crianças, e assim garantir a qualidade de assistência proporcionada a elas e seus familiares nas unidades de urgência.⁽¹²⁾

A presente pesquisa apresentou como objetivo avaliar o índice de satisfação do acompanhante do paciente pediátrico com relação à qualidade do atendimento prestado no Pronto-Socorro Infantil.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal, prospectiva, descritiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida no Pronto-Socorro Infantil de um hospital geral, público e de ensino do município de São Paulo, durante os meses de fevereiro e março de 2016.

A população do estudo foram os pacientes pediátricos admitidos no serviço, e devido ao fato, de serem menores de idade (público atendido composto por recém-nascidos a adolescentes até 14 anos, 11 meses e 29 dias de vida), o responsável legal tornou-se o informante principal para a realização da coleta de dados. A amostra foi composta por 300 crianças, após consultoria de profissional estatístico e realização de um pré-teste no intuito de adequar o instrumento elaborado referente ao fluxo do Pronto-Socorro Infantil, analisar a compreensão instrumento validado pelos acompanhantes, estimar o tempo necessário para seu correto preenchimento e estipular o número de participantes por dia de coleta.

Obteve-se uma amostra por conveniência, ou seja, não houve sorteio, a pesquisadora a partir do momento em que era informada sobre a conduta médica (alta hospitalar ou transferência sob forma de internação), abordava o responsável pelo paciente e o convidava a

participar da pesquisa. Foram excluídos os acompanhantes que após serem esclarecidos sobre os motivos da pesquisa, não aceitaram participar da mesma.

Para a realização da coleta de dados, foi elaborado um roteiro para avaliar o fluxo do paciente pediátrico admitido no serviço de emergência, com a finalidade de caracterizar a amostra com relação aos seguintes critérios: iniciais do nome, idade, sexo, classificação da triagem, hipótese diagnóstica, conduta, destino após admissão no Pronto-Socorro Infantil e tempo de permanência no serviço de emergência.

No intuito de facilitar a compreensão, algumas variáveis encontram-se categorizadas em 0 e 1. Na análise estatística dessas variáveis, a categoria 0 representa “não” e a categoria 1 refere-se a “sim”.

Foi utilizado um instrumento validado em estudo anterior,⁽¹³⁾ composto por 18 questões, para que o familiar do paciente pediátrico pudesse avaliar a sua satisfação com relação à qualidade da assistência desde a admissão do cliente no Pronto-Socorro Infantil até a sua alta do serviço de emergência. No final do instrumento havia uma questão aberta sobre o motivo de procura ao serviço de emergência direcionada ao acompanhante da criança.

No instrumento, a categoria 0 representa a opinião “Insatisfação” obtida pelo agrupamento dos itens (Totalmente insatisfeito / Muito insatisfeito / Pouco insatisfeito / Pouco satisfeito) e a categoria 1 representa a opinião “Satisfação” obtida pelo agrupamento dos itens (Muito Satisfeito / Totalmente Satisfeito). As questões de satisfação brutas (valores de 1 a 6), categorizadas em 0 (valores brutos de 1 a 4) e 1 (valores brutos de 5 a 6) foram associadas ao índice de satisfação que varia de 0 a 100%. Tal agrupamento dicotomizado ocorreu de forma idêntica ao instrumento validado em estudo anterior e que foi utilizado nesta pesquisa.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva caracterizando os indivíduos do estudo e as respostas fornecidas pelos mesmos, apresentados sob forma de tabelas, em frequências absolutas e relativas. O teste utilizado foi o teste do *Mann-Whitney* e considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob parecer nº878/2015 e número de Cer-

tificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 47404015.0.0000.5505, respeitando-se as normas da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Obteve-se a autorização formal por parte da autora para a utilização de seu instrumento validado ao longo da pesquisa e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Resultados

A amostra da pesquisa foi composta por 300 crianças que frequentaram o Pronto-Socorro Infantil junto aos seus acompanhantes. Destes pacientes, 159 (53,0%) eram do gênero feminino e 141 (47,0%) pertenciam ao sexo masculino, com média de idade de 4,6 anos.

Quanto à classificação de risco realizada na sala de triagem, os pacientes pediátricos que adentraram o serviço de emergência, 214 (71,4%) deles foram classificados na cor verde, 64 (21,3%) em amarelo, 15 (5,0%) na cor azul e sete (2,3%) na cor vermelha. Dentre os diagnósticos, pode-se observar que houve predominância das doenças respiratórias evidenciada em 139 (46,3%) dos pacientes pediátricos e doenças digestivas apresentadas por 67 (22,3%) crianças.

Evidenciou-se a conduta médica por meio da prescrição de medicações por via endovenosa em 137 (45,6%) crianças e via inalatória em 113 (37,6%) pacientes, seguidos da realização de Raio X e exames de sangue, por parte de 103 (34,3%) e de 80 (26,6%) crianças, respectivamente. Do total de pacientes, observou-se que 221 (73,6%) receberam alta, 72 (24,0%) foram transferidas à enfermaria pediátrica e quatro (1,3%) deles encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

O tempo médio de abertura de ficha na recepção até o atendimento do paciente pediátrico na sala de triagem foi de 32,26 minutos. A média de tempo de permanência do paciente desde a sua admissão na recepção do Pronto-Socorro Infantil até o momento de sua saída do setor foi de 7 horas e 31 minutos.

Com o propósito de facilitar o entendimento da leitura, as 18 questões direcionadas aos acompanhantes dos pacientes pediátricos para a obtenção do seu grau de satisfação, por meio da média do índice de satisfação, foram apresentadas com a representação da idéia central contida no instrumento de coleta (Tabela 1).

Observa-se na tabela 1, o valor médio para o índice de satisfação de 63,72 para os 300 acompanhantes entrevistados, com menor valor observado igual a 0% e o maior igual a 100%. Pelo fato de o estudo avaliar o grau de satisfação em um serviço atendimento de emergências pediátricas, verificou-se na sexta questão, que 132 acompanhantes (44,0%) demonstraram estar muito e

Tabela 1. Índice de satisfação dos acompanhantes

Variável	Frequência(%)	Média	DP	n
Questão 1				
Facilidade de acesso ao balcão				
0	93(31,0)	4,83	1,04	300
1	207(69,0)			
Questão 2				
Tempo de espera para abertura da ficha				
0	126(42,0)	4,47	1,36	300
1	174(58,0)			
Questão 3				
Educação do recepcionista				
0	76(25,3)	4,92	1,05	300
1	224(74,6)			
Questão 4				
Rapidez do preenchimento da ficha				
0	80(26,6)	4,86	1,09	300
1	220(73,3)			
Questão 5				
Esclarecimento do recepcionista				
0	142(47,3)	4,35	1,31	300
1	158(52,6)			
Questão 6				
Tempo de espera para atendimento na triagem ou sala de emergência				
0	168(56,0)	3,90	1,62	300
1	132(44,0)			
Questão 7				
Organização do atendimento inicial				
0	155(51,6)	4,15	1,49	300
1	145(48,3)			
Questão 8				
Conforto do ambiente ao esperar pela consulta na recepção				
0	220(73,3)	3,45	1,59	300
1	80(26,6)			
Questão 9				
Atenção da equipe médica				
0	80(26,6)	4,85	1,31	300
1	220(73,3)			
Questão 10				
Atenção da equipe de enfermagem				
0	78(26,0)	4,84	1,30	300
1	222(74,0)			
Questão 11				
Educação da equipe médica				
0	56(18,6)	5,04	1,16	300
1	244(81,3)			

continua

continuação

Variável	Frequência(%)	Média	DP	n
Questão 12				
Educação da equipe de enfermagem				
0	60(20,0)	5,05	1,16	300
1	240(80,0)			
Questão 13				
Empenho da equipe médica				
0	70(23,3)	4,99	1,18	300
1	230(76,6)			
Questão 14				
Explicações oferecidas pela equipe médica				
0	89(29,6)	4,82	1,29	300
1	211(70,3)			
Questão 15				
Explicações oferecidas pela equipe de enfermagem				
0	109(36,3)	4,64	1,24	300
1	191(63,6)			
Questão 16				
Respeito à privacidade				
0	74(24,6)	4,99	1,00	300
1	226(75,3)			
Questão 17				
Resultado do tratamento				
0	92(30,6)	4,79	1,24	300
1	208(69,3)			
Questão 18				
Conforto e higiene no PSI				
0	191(63,6)	3,69	1,65	300
1	109(36,3)			
Índice de Satisfação		63,72	27,76	300

totalmente satisfeitos com relação ao tempo de espera que suas crianças levaram para serem atendidas na sala de triagem ou sala de emergência. No entanto, na questão 8, destacou-se a insatisfação em 73,3% dos familiares dos pacientes pediátricos com relação ao conforto do ambiente na sala de recepção e na questão 18, em 63,6% dos participantes, a insatisfação quanto à ausência de conforto e higiene no Pronto-Socorro Infantil.

Com relação às variáveis relacionadas ao fluxo de atendimento (hipótese diagnóstica referente às patologias apresentadas pelas crianças e conduta médica direcionadas a elas) associadas à média do índice de satisfação manifestado pelos acompanhantes notou-se significância estatística.

A tabela 2 registrou média de satisfação de 74,45 entre os acompanhantes dos pacientes que apresentaram doença dermatológica. Ou seja, os responsáveis pelas crianças que foram diagnosticados com doenças dermatológicas apresentaram índice de satisfação estatisticamente significativa.

Tabela 2. Índice de Satisfação dos acompanhantes dos pacientes pediátricos admitidos no Pronto-Socorro Infantil conforme a patologia

Variável	Média	DP	n	Teste	p-value*
Doença respiratória					
0	64,94	28,69	161	<i>Mann-Whitney</i>	0,254
1	62,31	26,69	139		
Doença digestiva					
0	63,11	27,86	233	<i>Mann-Whitney</i>	0,449
1	65,84	27,54	67		
Doença infecciosa					
0	63,75	27,74	278	<i>Mann-Whitney</i>	0,977
1	63,39	28,67	22		
Doença neurológica					
0	63,79	27,47	278	<i>Mann-Whitney</i>	0,954
1	62,88	31,95	22		
Doença dermatológica					
0	62,75	27,85	275	<i>Mann-Whitney</i>	0,035
1	74,45	24,9	25		

*p de *Mann-Whitney* <0,05

Na tabela 3 encontrou-se índice de satisfação estatisticamente significativa entre os acompanhantes dos pacientes que receberam medicação administrada por via retal. Desse modo, constatou-se que os familiares das crianças que receberam

Tabela 3. Índice de Satisfação dos acompanhantes dos pacientes pediátricos admitidos no Pronto-Socorro Infantil conforme a conduta médica

Variável	Média	DP	n	Teste	p-value
Exames de sangue					
0	65	27,48	220	<i>Mann-Whitney</i>	0,201
1	60,21	28,4	80		
Exames de urina					
0	64,84	27,74	252	<i>Mann-Whitney</i>	0,091
1	57,87	27,45	48		
Exame de licor					
0	63,89	27,6	298	<i>Mann-Whitney</i>	0,378
1	38,9	55,01	2		
Raio X					
0	65,71	27,78	197	<i>Mann-Whitney</i>	0,055
1	59,92	27,46	103		
Ultrassonografia					
0	63,57	27,77	298	<i>Mann-Whitney</i>	0,239
1	86,1	19,66	2		
Tomografia					
0	63,72	27,51	294	<i>Mann-Whitney</i>	0,651
1	63,9	41,96	6		
Eletrocardiograma					
0	63,73	27,81	299	<i>Mann-Whitney</i>	0,794
1	61,1	NA	1		
Medicação inalatória					
0	64,83	29,1	187	<i>Mann-Whitney</i>	0,155
1	61,9	25,42	113		
Medicação oral					
0	64,56	26,91	230	<i>Mann-Whitney</i>	0,555
1	60,96	30,44	70		
Medicação intramuscular					
0	64,44	27,58	192	<i>Mann-Whitney</i>	0,539
1	62,45	28,16	108		
Medicação endovenosa					
0	63,57	27,72	163	<i>Mann-Whitney</i>	0,896
1	63,91	27,92	137		
Medicação subcutânea					
0	63,92	27,89	295	<i>Mann-Whitney</i>	0,208
1	52,24	16,49	5		
Medicação retal					
0	63,33	27,73	296	<i>Mann-Whitney</i>	0,018
1	93,05	8,34	4		

*p de *Mann-Whitney* <0,05

medicações administradas por essa via, demonstraram-se satisfeitos com a qualidade do serviço, quando comparados aos demais acompanhantes dos pacientes que obtiveram outras condutas propostas pela equipe médica.

Quanto aos motivos que levaram os acompanhantes a procurarem o Pronto-Socorro Infantil, registrou-se diferença estatisticamente significativa dentre os 53 acompanhantes que procuraram o serviço por considerarem-no como hospital de referência, com média de satisfação de 77,25. Dentre os dois responsáveis que levaram as suas crianças ao

serviço de emergência por não possuírem convênio, a média de satisfação com significância estatística foi de 64,11.

Discussão

Os limites desta pesquisa estão relacionados ao instrumento validado que foi utilizado em um serviço de emergências à população adulta e que quando direcionado aos acompanhantes das crianças pode restringir as suas percepções no cenário pediátrico. Contudo, os resultados obtidos irão contribuir para aumentar a qualidade de assistência dispensada aos pacientes pediátricos e seus familiares nos serviços de emergência.

Os resultados da presente pesquisa revelam que a maior parte da amostra foi composta por crianças do gênero feminino, alocados na categoria pré-escolar.

Estudos realizados em serviços de emergência pediátrica também apresentaram a sua amostra com média de idade similar ao nosso estudo, ou seja, na faixa etária pré-escolar. Porém, houve predominância de pacientes do gênero masculino que frequentaram o serviço.^(14,15) A divergência de gênero entre o nosso estudo e os achados na literatura pode estar associada às instituições onde foram conduzidas as pesquisas.

Com relação à classificação de risco, observou-se predominância da classificação verde (pouco urgente) e amarela (urgente). Estudo que utilizou o sistema de triagem de *Manchester* em um serviço de emergência no sul do Brasil apresentou resultados semelhantes ao da presente pesquisa, onde classificou 43,6% dos pacientes pediátricos na categoria amarela (urgente), seguidos da classificação verde (pouco urgente) em 34,0% das crianças.⁽¹⁶⁾

Dentre as patologias apresentadas pelas crianças que frequentaram o Pronto-Socorro Infantil estudado houve predominância de doenças respiratórias e digestivas, dados estes que encontraram subsídios em estudos realizados na Holanda.⁽¹⁷⁾ As principais doenças que acometeram os pacientes pediátricos e os levaram ao serviço de emergências foram as doenças do sistema respiratório (56,2%), gastrointestinal (16,6%), seguidas das viroses (13,1%).⁽⁷⁾

Verificou-se em grande parte dos pacientes pediátricos que utilizaram o Pronto-Socorro Infantil a administração de medicações por via endovenosa e via inalatória, seguidos da realização de raio X, como principais condutas prescritas pela equipe médica. Pesquisadores registraram a administração de medicações por via inalatória, junto à execução de radiografia, em 22,0% das crianças que foram atendidas em um serviço de emergência.⁽¹⁴⁾

Trabalho desenvolvido em um hospital escola destacou dentre os procedimentos de enfermagem realizados no Pronto-Socorro Infantil a administração de medicamentos como ação prevalente, e com maior incidência para as medicações administradas por via intramuscular, oral, inalatória e endovenosa, respectivamente.⁽¹⁸⁾

No que se refere ao destino das crianças que frequentaram o Pronto-Socorro Infantil pesquisado e receberam alta do serviço majoritariamente, estudo realizado em um pronto-socorro pediátrico da região sul do Brasil apresentou resultado semelhante, onde verificou-se que a maioria dos pacientes admitidos no serviço recebeu alta domiciliar após atendimento médico, ou depois de receberem tratamento para seu quadro clínico agudo no serviço de emergência pediátrica e assim, sendo liberados para domicílio.⁽¹⁶⁾

Tal situação é comum nos serviços de emergências pediátricas e demonstra a real importância da classificação de risco por profissional altamente capacitado e qualificado no atendimento específico direcionado ao paciente pediátrico.^(8,19)

Foi evidenciado no presente trabalho o tempo médio de 32,26 minutos entre a abertura de ficha até o atendimento da criança na sala de triagem. No entanto, vale ressaltar que em situações de gravidade no quadro clínico do paciente a classificação de risco era realizada na sala de emergência durante ao atendimento imediato à criança em situação de risco. Pesquisadores paraguaios registraram média de tempo entre admissão e triagem de 4,7 minutos para os pacientes de sua amostra.⁽¹⁴⁾

A questão 6 registrou que os acompanhantes encontraram-se muito e totalmente satisfeitos quanto ao tempo de espera em que os pacientes pediátricos gastaram para serem atendidos na triagem ou sala de emergência.

Estudo qualitativo realizado em um hospital do Rio de Janeiro por meio de entrevista semiestruturada revelou que na percepção dos acompanhantes às crianças em situação de emergência apresentaram seu atendimento realizado com eficiência e rapidez pela equipe de enfermagem. Os familiares relataram que o atendimento da enfermagem nos setores de emergência contribuíram para salvar vidas sendo considerado rápido e resolutivo.⁽¹⁹⁾

Na triagem pediátrica compete ao enfermeiro, detentor do conhecimento clínico, estabelecer o contato inicial com o paciente e os pais e explicar aos mesmos os critérios de prioridade de atendimento que consiste na gravidade da criança e não na ordem de chegada. E ainda nos casos de utilização dos protocolos de Manchester, orientar os familiares que a classificação atribuída ao paciente pediátrico não implica em ter de esperar o tempo máximo referente à essa cor, para que a criança possa receber atendimento médico.⁽⁸⁾

Apesar do valor médio para o índice de satisfação ter sido de 63,72% para os familiares entrevistados com relação à qualidade de atendimento prestado ao paciente pediátrico, a insatisfação acentuada foi manifestada pelos acompanhantes devido à falta de conforto na sala de recepção dentro do serviço de emergência apontados nas questões 8 e 18, respectivamente.

Tal descontentamento encontra subsídios na literatura ao registrar que alguns acompanhantes dos pacientes pediátricos que frequentaram um Pronto-Socorro Infantil municipal do Rio de Janeiro, consideraram a estrutura do local como precária, em más condições de higiene, além de apontarem as cadeiras destinadas à sua acomodação como desconfortáveis, dificultando o sono e repouso junto às suas crianças.⁽¹⁹⁾

Os serviços de emergência destinam-se ao atendimento de pacientes gravemente enfermos, que necessitam de cuidados e intervenções complexos. Logo, é necessário que o ambiente seja seguro, com materiais e infraestrutura ideais, no intuito de prestar assistência efetiva e adequada a quem necessita de procedimentos complexos até a estabilização do seu quadro, além de propiciar condições mínimas de conforto ao acompanhante.⁽⁸⁾

Constatou-se que os pais que tiveram seus filhos diagnosticados com doenças dermatológicas apresentaram maior índice de satisfação com relação à qualidade do serviço prestado.

A urticária é uma manifestação comum na faixa etária pediátrica e de enorme demanda nos serviços de emergências. Patologias relacionadas à pele podem estar associadas a um processo alérgico acentuado, caracterizado por erupção cutânea, com placas hipereimiadas na superfície corpórea, pápulas generalizadas e que ocasionam prurido intenso, além de edemas palpebrais e labiais, podendo comprometer o quadro respiratório do paciente, quando não tratados imediatamente.⁽²⁰⁾ Desse modo, uma classificação de risco adequada na triagem que determinou em um tempo de espera reduzido para receber atendimento médico, associado à administração de medicações por via parenteral (intramuscular ou endovenosa) com o objetivo de favorecer melhora ou estabilização do quadro agudo, podem ter contribuído para elevar o índice de satisfação dos acompanhantes quanto à qualidade do serviço prestado.

Pesquisadores apontaram que os pais que possuíam filhos com acometimento severo de doenças de pele, como a urticária, estiveram mais propensos a procurar o serviço de emergências em um hospital pediátrico na Lituânia, quando comparados a outros acompanhantes.⁽¹¹⁾

Com relação às condutas médicas direcionadas às crianças, os acompanhantes revelaram maior índice de satisfação sobre a qualidade do serviço, quando os pacientes pediátricos receberam medicações administradas pela via retal.

Os pacientes da amostra que obtiveram medicações administradas pela via mencionada apresentaram diagnóstico de constipação intestinal, sendo agrupados nas patologias gastrointestinais e de grande predominância nos pacientes pediátricos que frequentam o Pronto-Socorro Infantil.

A gravidade do quadro está relacionada ao esforço e sofrimento associado a evacuações manifestado pelas crianças que contribuem para às idas aos serviços de emergência. O tratamento medicamentoso ocorre por meio de laxantes ministrados por via oral (óleo mineral, leite de magnésia e lactulose) ou por meio de enemas de soluções salinas e/ou glicerinadas administradas por via retal.⁽²¹⁾

Na população pediátrica existem peculiaridades nos mecanismos de farmacodinâmica e farmacocinética, e por esse motivo a absorção dos fármacos pela via

retal ocorre de forma mais efetiva quando comparada às outras vias de administração de medicamentos.⁽²²⁾

O fato dessa conduta não ocorrer por via parenteral, ou seja, não necessitar de punções por agulha na veia ou no músculo, sendo considerada menos dolorosa, além de ocorrer em menor espaço de tempo quando comparado às demais, justifica o índice de satisfação significativo demonstrado pelos acompanhantes quanto à qualidade do serviço direcionado aos pacientes do Pronto-Socorro Infantil.

Os familiares que procuraram o serviço de emergências pediátricas considerando-o como hospital de referência ou por não possuírem plano de saúde demonstraram-se satisfeitos com a qualidade de atendimento direcionada às suas crianças.

A procura dos serviços de emergência pelos acompanhantes dos pacientes pediátricos por considerarem o Pronto-Socorro Infantil como serviço de referência justifica-se devido à pouca resolutividade na atenção primária e pela rapidez no atendimento das doenças manifestadas pelas suas crianças, sendo assim capaz de proporcionar uma assistência humanizada e qualificada.^(19,23)

Revisão sistemática de literatura que incluiu estudos realizados nos Estados Unidos dentre os anos de 1980 a 2012 e que envolveram crianças com idade de zero a 18 anos, obteve como resultados que o baixo conhecimento em saúde por parte dos pais favorece à ida ao Pronto-Socorro Infantil, por considerarem o serviço de emergência pediátrico como referência ao tratamento de seus filhos, contribuindo dessa forma para a superlotação e aumento da hospitalização infantil no país.⁽²⁴⁾

Em relação ao fato de os acompanhantes que não apresentavam plano de saúde para suas crianças demonstrarem-se satisfeitos com a qualidade de atendimento do Pronto-Socorro Infantil acredita-se que a sua satisfação esteja relacionada ao caráter emergencial da patologia manifestada pelo paciente pediátrico e consequentemente atendimento no serviço.

Pesquisadores referem que a população detentora de planos de saúde, tende a possuir maior acesso a exames preventivos, consultas de rotina que visam a promoção da saúde e assim, diminuem drasticamente à sua ida aos serviços de prontos-socorros.⁽²⁵⁾ Dessa forma, a amostra da presente pesquisa, por não ter acesso à cobertura de saúde privada, registrou índice de satisfação significati-

vo quanto à qualidade de atendimento ao procurarem o Pronto-Socorro Infantil que se desenvolveu o estudo.

Conclusão

Os acompanhantes dos pacientes pediátricos estão satisfeitos com a qualidade de atendimento no Pronto-Socorro Infantil estudado. Destaca-se o índice de satisfação significativo entre os familiares das crianças que apresentaram doenças dermatológicas e que receberam medicações administradas por via retal, bem como dentre aqueles responsáveis que procuraram o Pronto-Socorro Infantil por considerarem-no como serviço de referência e por não apresentarem plano de saúde.

Colaborações

Macedo GPOS contribuiu com a concepção do projeto, coleta, interpretação, análise dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. D'Innocenzo M colaborou com a concepção do projeto, interpretação, análise dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Sousa PR, Muricy MS, Simeão EP, Lima ES, Braga BC. Gestão do fluxo de pacientes em internações relacionadas ao Pronto-Socorro: aplicação da metodologia de Kanban. *RAHIS*. 2017; 14(1):1-18.
- Zambiasi BR, Costa AM. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafio. *RAS*. 2013; 15(61):169-76.
- Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: uma paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 48p.[citado 2017 Out 12]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf.
- Duro CL, Lima MA, Levandovski PF, Bohn ML, Abreu KP. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. *Rev RENE*. 2014; 15(3):447-54.
- Storm-Versloot MN, Vermeulen H, Van Lammeren N, Luitse JS, Goslings JC. Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emerg Med J*. 2014; 31(1):13-8.
- Zamberlan KC, Neves ET, Vieira CS, Buboltz FL, Kegler JJ, Santos RP. Trajetória de familiares cuidadores de crianças ao pronto atendimento. *Rev Baiana Enferm*. 2013; 27(2):172-80.
- Lima LM, Almeida NM. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. *Saúde Debate*. 2013; 37(93):51-61.
- Nascimento WS, Silva LC, Dias MS, Brito MC, Oliveira Neto JG. Cuidado da equipe de enfermagem na emergência pediátrica: revisão integrativa. *Sanare*. 2017; 16(1):90-9.
- Zickafoose JS, DeCamp LR, Prosser LA. Association between enhanced access services in pediatric primary care and utilization of emergency departments: a national parent survey. *J Pediatr* 2013; 163(5):1389-95.
- Lin GX, Yang YL, Kudirka D, Church C, Yong CK, Reilly F, et al. Implementation of a Pediatric Emergency Triage System in Xiamen, China. *Chin Med J*. 2016; 129(20):2416-21.
- Burokienė S, Raistenskis J, Burokaitė E, Cerkauskienė R, Usonis V. Factors determining parents' decisions to bring their children to the pediatric emergency department for a minor illness. *Med Sci Monit*. 2017; 23(607):4141-8.
- Wheeler DS, Geis G, Mack EH, Le Master T, Patterson MD. High-reliability emergency response teams in the hospital: improving quality and safety using in situ simulation training. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22(6):507-14.
- Castellanos PL. Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2002.
- Lugo S, Pavlicich V. Aplicación del triángulo e evaluación pediátrica al sistema de clasificación de triaje en un Servicio de Urgencias. *Pediatr (Asunción)*. 2012; 39(1):27-32.
- Fernández-Castillo A, Vilchez-Lara MJ. Factores desencadeantes de insatisfacción e ira en padres de niños atendidos en servicios de urgencias pediátricos. *An Pediatr*. 2015; 82(1):12-8.
- Amthauer C, Cunha ML. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2779-85.
- Van Ierland Y, Seiger N, Van Veen M, Moll HA, Oostenbrink R. Alarming signs in the Manchester Triage System: a tool to identify febrile children at risk of hospitalization. *J Pediatr*. 2013; 162(4):862-6.
- Arrué AM, Neves ET, Buboltz FL, Jantsch LB, Zanon BP. Demanda de um Pronto-Socorro Pediátrico: caracterização dos atendimentos de enfermagem. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7(4):1090-7.
- Neves FG, Moraes JR, Morais RC, Souza TV, Ciuffo LL, Oliveira IC. O trabalho da enfermagem em emergências pediátricas na perspectiva dos acompanhantes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016; 20(3):1-8.
- Dhami S, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Worm M, Biló MB, et al. Management of anaphylaxis: a systematic review. *Allergy*. 2014; 69(2):168-75.
- Koumpagiotti D, Christos V, Kletsiou E, Ntleli C, Matziou V. Avaliação do processo de medicação em pacientes pediátricos: meta-análise. *J Pediatr (Rio J)*. 2014; 90(4):344-55.
- Tonello P, Andriguetti LH, Perassolo MS, Ziulkoski AL. Avaliação do uso de medicamentos em uma unidade pediátrica de um hospital privado do sul do Brasil. *Rev Ciênc Farm Bás Apl*. 2013; 34(1):101-8.
- Bulbotz FL, Neves ET, Silveira A. Estratégias de família de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(4):1027-34.
- Morrison AK, Myrvik MP, Brousseau DC, Hoffmann RG, Stanley RM. The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. *Acad Pediatr*. 2013; 13(5):421-9.
- Malta DC, Bernal RT. Comparação dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras, 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17(Supl 1):241-55.