Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 16/11/2022
Data de Aprovação: 12/07/2023

ARTIGO ORIGINAL

Uso inadequado do Pronto-Socorro Pediátrico

Inappropriate use of the Pediatric Emergency Room

Ana Carolina de Andrade Rodrigues[1], Rafaela Catelan Martins Pereira[2], Thanile Lais da Silva[1], Isabella Andreazza de Freitas[1], Beatriz Cassolatti Graciolli[1], Joelma Gonçalves Martin[2], José Roberto Fioretto[2].

Palavras-chave:
Sistema Único de Saúde,
Medicina de emergência pediátrica,
Serviço hospitalar de emergência,
Saúde da criança,
Pediatria.

Resumo

Objetivo: Identificar os motivos de procura ao Pronto-Socorro Pediátrico (PSP) de uma cidade do Estado de São Paulo e definir o perfil de usuários que buscam o serviço. **Metodologia:** Estudo prospectivo observacional realizado no período de fevereiro a agosto de 2021, através de entrevistas estruturadas com os responsáveis de crianças levadas ao PSP com formulário desenvolvido para a pesquisa contendo informações sociodemográficas e clínicas, além da classificação de urgência no momento da triagem. Os dados foram apresentados como média ± desvio-padrão (DP) ou frequência absoluta e porcentagem. **Resultados:** Foram entrevistados 252 responsáveis, sendo a maioria mãe (76,2%) ou pai (15,9%), com idade média de 32 anos (DP=±8.7). Nível de preocupação alto ou moderado com o estado de saúde da criança foi respondido por 91,6% dos responsáveis, embora a maioria dos casos tenham sido classificados na triagem como pouco ou não urgentes (77,3%). **Conclusão:** O nível de preocupação do responsável e a convicção de que o PSP proporciona um atendimento mais efetivo motivaram a busca não urgente desse serviço. Os dados refletem a necessidade de educação em saúde para conscientização do fluxo de atendimento no Sistema Único de Saúde, identificando a atenção primária à saúde como porta de entrada ao sistema e o PSP como local destinado ao atendimento de urgência e emergência. Em última análise, pretende-se contribuir para a prestação de cuidados de modo qualificado à saúde integral da criança.

Keywords:
Unified health system,
Pediatric emergency medicine,
Emergency service,
hhospital,
Child care,
Pediatrics.

Abstract

Objective: To identify the reasons for seeking the Pediatric Emergency Room (PER) of a city in the state of São Paulo and define the profile of users who seek the service. **Metodology:** Observational prospective study conducted from February to August 2021, through structured interviews with guardians of children taken to the PSP with a form developed for the research containing sociodemographic and clinical information, in addition to the emergency classification at the time of triage. Data were presented as mean ± standard deviation (SD) or absolute frequency and percentage. **Results:** A total of 252 caregivers were interviewed, with the majority being mothers (76.2%) or fathers (15.9%), with a mean age of 32 years (SD=±8.7). High or moderate level of concern about the childs health status was answered by 91.6% of caregivers, although most cases were classified at screening as minor or not urgent (77.3%). **Conclusion:** The level of concern of the caregiver and the belief that PER provides more effective care motivated the non-urgent search for this service. The data reflect the need for health education to raise awareness of the flow of care in the Unified Health System, identifying primary health care as the gateway to the system and the PER as a place intended for urgent and emergency care. Ultimately, it is intended to contribute to the provision of care in a qualified manner to the comprehensive health of the child.

[1] Universidade Estadual Paulista (UNESP), Medicina - Botucatu - São Paulo - Brasil.
[2] Universidade Estadual Paulista (UNESP), Pediatria - Botucatu - São Paulo - Brasil.

Endereço para correspondência:
Rafaela Catelan Martins Pereira.
Universidade Estadual Paulista. 95, R. Jorge Barbosa de Barros, 1 - Jardim Paraíso, Botucatu/SP, 18610-304. E-mail: rafaela.catelan@unesp.br; rafaela.catelan@gmail.com

Resid Pediatr. 2024;14(1). DOI: 10.25060/residpediatr-2024.v14n1-986

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

São muitos os motivos pelos quais os pais e responsáveis procuram as unidades de Pronto-Socorro Pediátrico (PSP) do Sistema Único de Saúde (SUS). Febre, tosse e/ou dificuldade respiratória são alguns dos exemplos mais frequentes que os preocupam e se tornam os motivos principais de procura por atendimentos em hospitais, prontos-socorros e prontos atendimentos. Em sua maioria, tais sintomas demandam pouco ou nenhuma intervenção complementar terapêutica ou diagnóstica, cabíveis de resolução em serviços de menor complexidade[1].

No contexto do SUS, os serviços de saúde são organizados de maneira a garantir amplo acesso e total cobertura à população, a partir de uma organização baseada em complexidade de atenção[2]. A saber, na base dessa estrutura organizacional, os serviços da atenção básica ou primária, como o nome sugere, são caracterizados por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da coletividade[3]. Sendo assim, no âmbito da RAS, configura-se como a porta de entrada ao SUS e o centro ordenador do cuidado.

O nível intermediário de atenção fica a encargo do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o atendimento de média e alta complexidade feito nos hospitais e prontos-socorros (PS). Dessa maneira, um PS se organiza dentro do sistema de saúde para funcionar 24 horas/dia, ininterruptamente, com o objetivo de atender a qualquer pessoa que o procure, sem agendamento prévio ou limite de consultas, com caráter de urgência ou emergência[4].

Caracteristicamente, pela garantia de atendimento imediato, o Pronto-Socorro Pediátrico (PSP) torna-se um ambiente de alta procura e demanda por pais e responsáveis que buscam auxílio médico, ainda que por motivos de caráter não urgente. Pela ineficiência em lidar com a demanda ou pela dificuldade de acesso na assistência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Saúde (CS)[5], muitos pais e responsáveis escolhem os serviços de saúde dos PSP não apenas pela localização geográfica, mas também pela sua resolutividade, qualidade do serviço, garantia e agilidade no acesso, por experiências positivas no passado e pelo acolhimento prestado[6]. Outro fator que também contribui para a procura do pronto-socorro nesses casos relaciona-se à ansiedade do paciente e da família, o que está intimamente ligado à confiança que possuem nos serviços de emergência, além de não serem capazes de avaliar corretamente quais situações são legítimas de se procurar tal atendimento[7]. Segundo Northington, Brice e Zou (2005)[8], 76% das pessoas que frequentam a emergência desnecessariamente o fazem por acreditarem que lá recebem melhor cuidado.

Contudo o uso de serviços de emergência para cuidados médicos não urgentes é um problema no atendimento à saúde[9,10], haja vista que propicia a superlotação de prontos-socorros, levando a esperas mais longas com consequente exposição a maior número de agentes infecciosos, propiciando infecções cruzadas[11], à insatisfação dos usuários[12], à sobrecarga dos profissionais de saúde[1] e à maior probabilidade de piores resultados para pacientes que realmente necessitam de atendimento de urgência[13]. Além disso, o atendimento não urgente em um serviço de emergência no lugar da atenção primária é mais oneroso, podendo gerar gastos excessivos com a saúde com testes diagnósticos e tratamentos desnecessários[14-16]. Ademais, ocorre uma redução da continuidade dos cuidados[17], o que representa uma oportunidade perdida para se promover o relacionamento médico-paciente na atenção primária[18-24] e resulta em falta de tratamento preventivo e de terapia adequada para condições crônicas[25].

Nesse contexto, visualiza-se a ocorrência desse cenário em um Pronto-Socorro Pediátrico municipal que realiza atendimento de urgência e emergência a pacientes de 0 a 14 anos, 11 meses e 29 dias, possuindo acolhimento com classificação de risco e fluxo definido com os serviços externos (SAMU, COBOM, CAPS) e internos. Segundo dados de janeiro a setembro de 2019, esse PSP teve um número de 36.307 atendimentos, realizando um total de 22.284 exames, 766 internações e 2.219 solicitações de interconsulta, o que demonstra a importância e a procura desse serviço[26].

Assim, diante do exposto, esse projeto objetiva identificar a percepção dos usuários sobre a resolução das suas necessidades no PSP, bem como os fatores que determinam a decisão dos pais de procurarem o serviço de emergência ao invés das unidades de serviço primário. Desse modo, pode-se contribuir para a reorganização do fluxo dos pacientes nos serviços de saúde do município, de maneira a otimizar a resolutividade da assistência prestada no nível primário de atenção, melhorando o atendimento da população e o trabalho dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento médico do município, ainda mais em momentos como o atual, dada a pandemia por SARS-CoV-2, quando a procura da assistência médica deve ser racional para não sobrecarregar os serviços nem deixar de assistir os casos de maior gravidade.

Com este estudo, objetiva-se:

1. Identificar os motivos de procura ao Pronto-Socorro Pediátrico de uma cidade do Estado de São Paulo.
2. Delinear o perfil dos usuários que buscam o serviço de emergência.
3. Por fim, contribuir para a prestação de cuidados de modo qualificado à saúde integral da criança.

METODOLOGIA

Cenário do estudo

Trata-se de estudo observacional prospectivo desenvolvido em um Pronto-Socorro Pediátrico (PSP).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional (Parecer Nº 4.569.317) e a participação se deu mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participantes do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida com uma amostra não probabilística de conveniência[27] composta por 252 pais ou responsáveis legais de crianças levadas ao PSP. Não houve critérios para elegibilidade de inclusão e/ou exclusão, de modo que todos os responsáveis presentes na sala de espera nos dias de coleta de dados foram convocados a participar da pesquisa.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de fevereiro a agosto de 2021, no ambiente de sala de espera do PSP. O convite aos responsáveis se deu por forma aleatória e por exaustão, isto é, todos os responsáveis que davam entrada no PSP, após passarem pela triagem da equipe da enfermagem, eram abordados pelos pesquisadores e convidados a participarem da entrevista.

A coleta de dados foi feita por meio de formulários impressos, aplicados individualmente pelos pesquisadores, numa situação "face a face" com o entrevistado, de segunda a sexta, em todos os horários (manhã, tarde e noite), para evidenciar as diferenças de demandas em cada período do dia.

Instrumentos de pesquisa

O instrumento de coleta de dados foi um formulário (documento complementar 1), elaborado pela própria equipe para esta pesquisa, contendo informações sociodemográficas e clínicas acerca do paciente e de seus responsáveis, a saber: procedência, horário de chegada, nome e idade do paciente, grau de parentesco, escolaridade e idade do responsável, queixa e duração, o que levou a procurar o serviço de saúde, e, por fim, a classificação de risco oferecida na triagem do atendimento pela equipe de enfermagem, baseada em uma adaptação pediátrica do Protocolo de Manchester – "azul" (não urgente), "verde" (pouco urgente), "amarelo" (urgente), "laranja" (muito urgente) e "vermelho" (emergência).

Análise de dados

Os resultados foram apresentados como média, desvio-padrão e mediana (mínimo – máximo), ou frequência absoluta e porcentagem, conforme o tipo de variável. Todas as análises foram realizadas com auxílio do programa Microsoft Excel, versão Office 2019.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Dentre as 252 famílias entrevistadas, em relação aos dados dos responsáveis, a maioria das crianças estava acompanhada da mãe (76,2%) ou do pai (15,9%), o perfil de escolaridade foi em sua maioria Ensino Médio completo (53,2%), seguido de Ensino Superior completo (14,3%), as idades variaram de 16 anos a 58 anos, com média de 32 anos (DP± 8,7 anos). Dentre os tutores entrevistados, a maioria (82,1%) tinha procedência da cidade em que o estudo foi realizado.

Em relação às características clínicas das crianças, as idades variaram de 8 dias de vida a 14 anos, com média de 3 anos (DP± 4,8 anos). Os sintomas gerais referidos incluíam dor (abdominal, odinofagia, disúria) com 40,1% das respostas, seguido de febre (20,2%), sintomas gastrointestinais (vômitos, diarreia e/ou náuseas) com 19,4% e sintomas respiratórios (tosse, coriza, obstrução nasal, dispneia) com 13,1% das respostas.

As características sociodemográficas e clínicas acerca do paciente e de seus responsáveis estão descritas na Tabela 1.

Quando questionados sobre o nível de preocupação com o estado de saúde da criança naquele momento, a maioria referiu um nível de preocupação alto com 53,8% das respostas; em segundo lugar, um nível moderado de preocupação (37,8%), e a minoria das respostas um nível baixo

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas acerca dos pacientes e de seus responsáveis.

Variáveis	Nº(%)
Idade do responsável	
Mínima	16 anos
Máxima	58 anos
Idade da criança	
Mínima	1 mês
Máxima	14 anos
Grau de parentesco	
Mãe	192 (76,2%)
Pai	40 (15,9%)
Avó	9 (3,6%)
Outros	11 (4,4%)
Nível de instrução do responsável	
Ensino fundamental I incompleto	5 (1,9%)
Ensino fundamental I completo	2 (0,8%)
Ensino fundamental II incompleto	3 (1,2%)
Ensino fundamental II completo	31 (12,0%)
Ensino médio incompleto	25 (9,9%)
Ensino médio completo	134 (53,2%)
Ensino superior incompleto	13 (5,5%)
Ensino superior completo	36 (14,3%)
Pós-graduação	3 (1,2%)
Idade do paciente	
Lactente (≥28 dias e <2 anos)	72 (28,6%)
Pré-escolar (≥2 e <6 anos)	88 (34,9%)
Escolar (≥6 e <12 anos)	65 (25,8%)
Adolescente (≥12 anos e <15 anos)	27 (10,7%)
Principais queixas referidas no PSP	
Dor	101 (40,1%)
Febre	51 (20,2%)
Vômitos, náuseas e/ou diarreia	49 (19,4%)
Queixas respiratórias (tosse, dispneia, coriza)	33 (13,1%)
Outros	18 (7,1%)

de preocupação (8,4%). Em comparação, a maioria dos casos (77,3%) foram classificados na triagem como pouco urgentes (verdes) ou não urgentes (azuis), respectivamente 72,5% e 4,8%, categorias estas que representam atendimentos que podem aguardar de 120 até 240 minutos ou são cabíveis de encaminhamento a outros serviços de menor complexidade. A classificação de urgência (amarela) teve uma porcentagem significativa de respostas com 21,8%, a de muita urgência (laranja) em 0,9% das respostas e neste estudo não houve classificação vermelha (imediata).

Sobre a utilização do PSP, o período vespertino foi marcado como de escolha dentre os entrevistados (54,8%) para procura pelo atendimento. Em relação aos serviços de saúde procurados, 72,8% dos entrevistados não procuraram outro serviço de saúde (SS) antes do atendimento de urgência e a justificativa principal (58,9%) foi pela crença que o atendimento seja mais resolutivo no PSP e, em segundo lugar (19,0%), por ser o único SS aberto nos horários em que os responsáveis teriam disponibilidade (Tabela 2). Apenas 7 (4,2%) dos responsáveis alegaram procurar diretamente o serviço de urgência pelo reconhecimento de gravidade do caso.

Dentre os que procuraram outro SS antes da busca pelo PSP, 27 (39,1%) referiram que não tiveram o problema resolvido no primeiro cenário e 21 (30,4%) foram realmente encaminhados de outro SS. Apenas 6 (8,7%) responsáveis procuraram o serviço pois a criança havia apresentado piora clínica. Apesar desses resultados, cerca 74,5% dos entrevistados afirmam usar a atenção primária à saúde (Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família) de maneira regular.

Tabela 2. Justificativa pela procura imediata pelo Pronto-Socorro Pediátrico.

Motivo de procura ao PSP	N (%)
Por ser mais próximo à minha casa	19 (7,7%)
Por ser o único aberto nos horários em que tenho disponibilidade	48 (19,0%)
Possuo experiências negativas com outros serviços (ex.: falta de resolutividade, não gosto dos profissionais, etc.)	7 (3,0%)
Por preferência (ex.: acredito que os profissionais são mais capacitados e o serviço é melhor, então terei melhor atendimento, etc.)	148 (58,9%)
Por piora clínica	6 (8,7%)
Outro	24 (9,5%)

DISCUSSÃO

Diversos estudos têm voltado a atenção ao uso distorcido dos ambientes de urgência e emergência pela população em geral e, sobretudo, na faixa etária pediátrica[28-30], já é de conhecimento na literatura que essa tendência se relaciona a fatores sociodemográficos e culturais, até organizacionais, incluindo acesso aos serviços e à organização do sistema de saúde propriamente dito.

A despeito dos fatores culturais, existe a "Cultura do Pronto-Socorro", caracterizada por uma crença por parte da população de que, por ser um serviço aberto 24 horas, com uma equipe treinada e especializada em atendimento de casos graves e com recursos à disposição, o atendimento seria superior e de maior resolutividade do que aquele ofertado pela atenção primária. Além disso, se soma a facilidade e o comodismo do funcionamento por 24 horas ininterruptas, sem necessidade de agendamento de consulta. Essa concepção vem de encontro com o que identificamos em nosso estudo ao analisar que o PSP foi o primeiro cenário de eleição pelos pais ao procurarem por atendimento, pela crença de maior resolutividade e por estar sempre aberto nos horários em que os responsáveis teriam disponibilidade.

Em relação à real necessidade de atendimento em caráter de urgência, nosso estudo trouxe demandas majoritariamente de baixa complexidade, sendo aproximadamente 80% das triagens nos grupos pouco urgentes ou não urgentes, indicando que a maioria dos casos poderia ser resolvida ambulatorialmente, indo de encontro com a literatura nacional e internacional[28-30]. A isso, pode-se atribuir uma certa ansiedade e preocupação muitas vezes excessiva dos responsáveis, os quais, por não saberem avaliar a gravidade do estado de saúde da criança, acabam por superestimá-la, procurando o serviço de urgência em situações que poderiam ser solucionadas em um serviço de menor complexidade.

Além disso, vale ressaltar que em nosso estudo há uma discrepância entre os dados coletados sobre o uso das UBS/USF e do PSP, visto que, apesar de a maioria dos entrevistados referirem que frequentem a atenção primária de forma regular, a primeira escolha em uma situação de agravo à saúde ainda é o serviço de urgência. Fato esse que não contribui para a longitudinalidade do cuidado e mostra uma fraca relação com a equipe de saúde e baixa confiança na puericultura.

Dor e febre foram os principais motivos de procura pelo serviço. A febre representou aproximadamente 20% de todas as queixas, resultado muito semelhante ao artigo de Becker e Silva (2020)[x], que traz a elevação térmica como uma queixa que gera ansiedade e insegurança nos pais, conhecida como "febrefobia". O fato de os responsáveis atrelarem especulações inapropriadas à febre, como possibilidades de sequelas graves (principalmente neurológicas), pode tornar a busca pelo PSP recorrente e precoce. É responsabilidade da puericultura de rotina a educação em saúde com elucidações do processo saúde-doença e, sobretudo, trabalhar o reconhecimento de sinais de alarme e a prevenção de agravos de maneira rotineira evitando buscas desnecessárias ao serviço.

A faixa etária pediátrica tem suas peculiaridades por tratar-se de um período em que a grande maioria das condições patológicas, que levam à procura pelo serviço, são benignas e autolimitadas, muitas vezes relacionadas a etiologias infecciosas virais, que não demandam exames

complementares e cujo manejo clínico é simples. Sendo assim, escuta qualificada, acolhimento e orientação em âmbito de prevenção são aspectos que se mostraram carenciais no seguimento de rotina dessas crianças e seus acompanhantes.

Pesquisas futuras

Em pesquisas futuras, seria interessante mapear as regiões de maior procura pelos serviços de urgência a fim de traçar relações e analisar o perfil socioeconômico de cada região, seus diagnósticos situacionais, cobertura de atenção básica com as principais demandas da população adstrita e sua busca pelo pronto-socorro. O mapeamento seria importante para identificar as falhas na cobertura assistencial do serviço de saúde e também os locais de maior necessidade de educação em saúde.

Limitações e pontos fortes

A realização deste estudo coincidiu com o ano em que a pandemia do coronavírus assolou o Brasil e o mundo, trazendo repercussões em todas as áreas de desenvolvimento científico, inclusive para esta pesquisa. A maior limitação justificada pelo momento epidemiológico foi a não conclusão da última fase do projeto, que tinha como intuito fazer uma intervenção na comunidade através da realização de palestras e reuniões com os pais das crianças de escolas do município onde foi realizada a pesquisa, com o objetivo de informar sobre os desfechos envolvidos na busca não urgente do pronto-socorro pediátrico, conscientizar os responsáveis sobre a lógica de organização dos serviços de saúde e como utilizá-los de forma coerente. Como a pesquisa teve início durante o período de isolamento social, em que as escolas não estavam recebendo os alunos presencialmente e havia limitações do público para transferência da intervenção para a plataforma *on-line*, não foi possível concluir essa etapa de extrema importância para o projeto.

Em contraponto, a nossa pesquisa se destaca por ter conseguido delinear o perfil dos usuários do serviço de urgência, como também soubemos avaliar as queixas que de fato eram pertinentes ao PS e as que podiam ser solucionadas ambulatorialmente.

CONCLUSÃO

Concluímos que há muito a ser conquistado na assistência pediátrica, pois a falta de informação é apenas um dos pilares que leva à busca inadequada do PS infantil, a falta de incentivo e continuidade à puericultura se mostrou outro pilar fundamental. A conquista e manutenção do vínculo entre a família e a equipe de saúde obtida nos encontros sequenciais da puericultura pode ser a chave para oferecer a segurança que os pais precisam para se desvencilhar dessa necessidade de sempre recorrer ao serviço de urgência.

Sendo assim, nosso estudo reflete uma necessidade de educação em saúde para conscientização do fluxo de atenção no SUS, e assim informar a população, ensinando sobre a priorização dos cenários de média e alta complexidade somente nos casos de urgência, bem como administrar o receio dos pais através de medidas educativas, são a base para melhoria ao atendimento integral das crianças no contexto de cuidados em saúde e seus possíveis agravos.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo financiamento e fomento à pesquisa.

Aos pais e demais responsáveis das crianças que se dispuseram a contribuir com a pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota, JAC. Criança não pode esperar: a busca de serviço de urgência e emergência por mãe e suas crianças em condições não urgentes. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(12):3663-72.
2. Cecilio LCO. Modelo tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad *Saúde Pública*. 1997;13(3):469-78.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria de consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Pinto IC, Rodolpho F, Oliveira MM. Pronto Atendimento: a percepção da equipe de Enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. Rev Gaúcha Enferm. 2004;25(1):8-81.
5. Paul SA, Reddy MC, Deflitch CJ. A Systematic Review of Simulation Studies Investigating Emergency Department Overcrowding. Simulation. 2010;86(89):559-71.
6. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(1):21-34.
7. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. Acad Emerg Med. 2017 Sep;24(9):1137-49.
8. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. Am J Emerg Med. 2005 Mar;23(2):131-7.
9. Office of the Inspector General. Use of Emergency Ro-oms by Medicaid Recipients. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services; 1991.
10. US General Accounting Office. Emergency Departments: Unevenly Affected by Growth and Change in Patient Use. Washington, DC: US General Accounting Office; 1993.
11. Rathore MH, Jackson MA, Committe on infectious diseases. Infection prevention and control in pediatric ambulatory settings. Pediatrics. 2017 Nov;140(5):2017-857.
12. Lima CA, Santos BTP, Andrade DLB, Barbosa FA, Costa FM, Carbeiro JA. Qualidade dos prontos-socorros e prontos-atendimentos: a satisfação dos usuários. Einstein (São Paulo). 2015 Out/Nov;13(4):587-93.
13. Bindman AB, Grumbach K, Keane D, Rauch L, Luce JM. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department. JAMA. 1991;266(8):1091-6.
14. Kasper JD. The importance of type of usual source of care for children's physician access and expenditures. Med Care. 1987;25(5):386-98.
15. Fleming N, Jones H. The impact of outpatient and emergency room use on costs in the Texas Medicaid Program. Med Care. 1983;21(9):892-910.
16. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? Ann Emerg Med. 1994;24(5):953-7.

17. Burokienė S, Raistenskis J, Burokaite E, Cerkauskiene R, Usonis V. Factors determining parents' decisions to bring their children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness. Med Sci Monit. 2017;23:4141-8.
18. Carret M, Fassa A, Domingues M. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saúde Pública. 2009;25(1):7-28.
19. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med. 2011;29(3);333-45.
20. Guttman N, Zimmerman DR, Nelson MS. The Many Faces of Access: Reasons for Medically Nonurgent Emergency Department Visits. J Health Polit Policy Law. 2003;28(6):1089-120.
21. Redstone P, Vancura J, Barry D, Kutner J. Nonurgent Use of the Emergency Department. J Ambul Care Manage. 2008;31(4):370-6.
22. Phelps K, Taylor C, Kimmel S, Nagel R, Klein W, Puczynski S. Factors Associated With Emergency Department Utilization for Nonurgent Pediatric Problems. Arch Fam Med. 2000;9:1086-92.
23. Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Serv Res. 2007;7:131.
24. Cunningham P, Clancy C, Cohen J, Wilets M. The use of hospital emergency departments for nonurgent health problems. Med Care Res Rev. 1995;52(4):453-4.
25. Caplan C. Emergency room use by patients from a family practice. Patterns of illness and motivation. J Fam Pract. 1975;2(4):271-6.
26. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. [Homepage da Internet]. [Acesso em 2020 Abr 29]. Disponível em: http://www.hcfmb.unesp.br.
27. Jager J, Putnick DL, Bornstein MH. II - More than just convenient: the scientific merits of homogeneous convenience samples. Monogr Soc Res Child Dev. 2017;82(2):13-30.
28. Wong AC, Claudet I, Sorum P, Mullet E. Why do parents bring their children to the emergency department? A systematic inventory of motives. Int J Family Med. 2015;2015:978412.
29. Phelps K, Taylor C, Kimmel S, Nagel R, Klein W, Puczynski S. Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. Arch Fam Med. 2000;9(10):1086-92.
30. Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. Ambul Pediatr. 2008;8(6):360-7.

DOCUMENTO COMPLEMENTAR 1

Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes que procuram o PSP

Identificação do paciente:
· Nome: _____
· Idade: _____
· Procedência (cidade e bairro): _____
· Queixa e duração: _____
· Data e horário de chegada: _____
· Classificação de risco:
a) Vermelho (emergência)
b) Laranja (muito urgente)
c) Amarelo (urgente)
d) Verde (pouco urgente)
e) Azul (não urgente)

Identificação do responsável:
· Nome: _____
· Idade: _____
· Grau de parentesco: _____
· Grau de escolaridade:
a) Nunca estudou
b) Entre a 1ª e 4ª série do Ensino Fundamental (antigo primário)
c) Entre a 5ª e 8ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio)
d) Ensino Fundamental completo (antigos primário e ginásio)
e) Ensino Médio incompleto (antigo 2º grau)
f) Ensino Médio completo (antigo 2 º grau)
g) Começou, mas não concluiu o Ensino Superior
h) Completou o Ensino Superior
i) Pós-graduação completa ou incompleta

Questões:
1. Por que buscou o atendimento?
a) Febre
b) Vômitos e/ou náuseas
c) Diarreia
d) Dor (ex.: na garganta, abdominal, para urinar)
e) Tosse, respiração rápida e/ou falta de ar
f) Nariz entupido e/ou coriza
g) Falta de apetite
h) Convulsão
i) Causas externas (traumas)
j) Letargia
k) Outro

2. A. Você chegou a ir a algum outro serviço de saúde antes desse?
a) Sim
b) Não

B. Se sim, por que sentiu a necessidade de buscar esse serviço?
a) O problema não foi resolvido
b) A criança apresentou piora

c) Achei que o meu filho não foi examinado corretamente
d) Gostaria de uma segunda opinião
e) Outro

C. Se não, por que optou por procurar o Pronto Socorro em detrimento de outro serviço?
a) Por ser mais próximo à minha casa
b) Por ser o único aberto nos horários em que tenho disponibilidade
c) Possuo experiências negativas com outros serviços (ex.: falta de resolutividade, não gosto dos profissionais, etc.)
d) Por preferência (ex.: acredito que os profissionais são mais capacitados e o serviço é melhor, então terei melhor atendimento, etc.)
e) Outro

3. Você tem o costume de utilizar a UBS/USF?
a) Sim
b) Não

4. Qual o seu nível de preocupação com a situação da criança?
a) Alto
b) Moderado
c) Baixo