

CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA, DE UM HOSPITAL-ESCOLA DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Rosemeire Cristina Moretto Molina^{*}
Sonia Silva Marcon^{**}
Taqueto Teruya Uchimura^{***}
Evaldo Pereira Lopes^{****}

RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer o perfil epidemiológico das internações, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM), no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006. Os dados foram coletados a partir de consulta aos prontuários e às Declarações de Óbito. Das 418 internações ocorridas, a maior parte era de pacientes do sexo masculino (55,74%), lactentes (50,71%) e procedentes de outros municípios (64,90%). O tempo de internação variou de 1 a 196 dias, sendo que 82,21% dos casos ficaram internados por menos de dez dias. As causas mais frequentes de internação foram as afecções do aparelho respiratório (41,38%) e as lesões, envenenamentos e causas externas (9,60%). Em relação ao desfecho da assistência, mais da metade (61,96%) das crianças foi transferida para a enfermaria pediátrica do HURM e 20,81% para os hospitais de origem. A taxa de mortalidade foi de 6,94% e as principais causas de óbito foram as pneumopatias (31,03%) e as doenças do sistema nervoso central (20,69%). Sugere-se ampla orientação à população para o reconhecimento precoce dos sinais de gravidade, associados a recursos humanos mais capacitados para o manejo adequado desse grupo de doenças, reduzindo consideravelmente as internações que poderiam ter sido resolvidas na atenção básica.

Palavras-chave: Hospitalização. Cuidados intensivos. Perfil de saúde. Saúde da criança.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, observou-se um grande avanço no conhecimento médico referente ao atendimento de pacientes em estado crítico de saúde, com modificações significativas na evolução e prognóstico dos pacientes que necessitavam de cuidados intensivos⁽¹⁾.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram criadas nas décadas de 40 e 50, na tentativa de salvar a vida de pacientes graves, com risco iminente de morte. E o desenvolvimento da ciência médica, mediante a realização de procedimentos cada vez mais complexos e por vezes invasivos, aliados à utilização de tecnologias cada vez mais potentes, tem conseguido salvar e prolongar a vida de pacientes de todas as idades.

As Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) também foram criadas com o objetivo de prover o cuidado ideal às crianças criticamente enfermas, de tal forma a propiciar a cura de doenças, bem como favorecer o crescimento em direção a uma vida útil, com o pleno desenvolvimento de suas potencialidades⁽²⁾.

Até a década de 1970, o tratamento intensivo pediátrico apresentava evolução lenta, quando, então, um avanço importante, técnico, terapêutico e científico faz suscitar novas instalações. Surgem, nessa época, as unidades especializadas, no Canadá e Estados Unidos, sendo estes, os primeiros grupos criados nos Hospitais Infantis de Filadélfia e Toronto⁽³⁾.

* Enfermeira da UTI Pediátrica (UTIP) do Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM). Mestre em Enfermagem (UEM).

** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da UEM.

*** Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM.

**** Acadêmico do 3º ano do Curso de Enfermagem da Faculdade Ingá-UNINGÁ. Técnico em Enfermagem da UTIP do HURM.

Para alguns autores⁽⁴⁾, a elevação da sobrevivência de crianças com agravos de saúde e patologias de elevado nível de complexidade, em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, tornou-se possível em decorrência do grande avanço tecnológico, sobretudo na década de 1990.

Para o atendimento de crianças graves, nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal (UTIPN), é necessária uma equipe técnica, formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais, com elevado nível técnico-científico, que os qualifica para atuar nas situações de risco e manusear materiais e equipamentos de última geração como monitores cardíacos multiparamétricos, respiradores artificiais, bombas infusoras, para a realização de procedimentos invasivos e atendimento a pacientes graves e com várias complicações⁽⁴⁾.

Diversos fatores colocam a criança em situação de risco. Entre as causas que demandam a assistência nas unidades de atendimento pediátrico, estão as doenças respiratórias, os estados convulsivos, as intoxicações, os acidentes e traumas, provocando, muitas vezes, a parada cardiorespiratória, que constitui a emergência médica de maior importância na área pediátrica. Os processos infecciosos, parasitários e traumáticos, na maioria das vezes, constituem as principais causas de ingresso a essas unidades⁽⁵⁾.

O aumento da demanda por serviços de atendimento especializado fez com que aumentassem o número de UTIs por todo o mundo, sendo hoje centenas, veiculadas ou não aos sistemas universitários de ensino.

Em São Paulo, 10% das UTIs funcionam em universidades, enquanto que, no Rio de Janeiro, essa realidade é bem diferente, não havendo ainda UTIP em universidades, apenas UTIN⁽⁶⁾. É necessário que tanto o Ministério da Educação quanto o Ministério da Saúde estejam atentos a esses fatos, para que se adotem políticas que viabilizem e incentivem a criação e o desenvolvimento de UTI nos hospitais universitários brasileiros⁽⁶⁾.

A implantação da UTIP, no Hospital Universitário de Maringá, em janeiro de 2004, visou atender à necessidade de expansão de leitos de cuidados intensivos, disponibilizados ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em

vista a insuficiência no atendimento às necessidades estimadas da população.

No município, apesar dos 1.128 leitos existentes, havia deficiência em quase todas as áreas, pois a constituição da rede hospitalar é predominantemente privada e, ao SUS, são disponibilizados apenas 740 leitos, dos quais quase metade destinada às internações psiquiátricas. Quanto à oferta dos leitos de terapia intensiva, a taxa de ocupação tem se mostrado bastante elevada⁽⁷⁾.

Especificamente na área de terapia intensiva pediátrica, até 2003, apenas cinco leitos de um hospital filantrópico eram disponibilizados ao SUS. Assim sendo, em janeiro de 2004, ocorreu a implantação de seis leitos de UTIP no HUM, com financiamento do Projeto do REFORSUS, cuja liberação de recursos teve por finalidade atender à demanda reprimida existente na área de cuidados intensivos, principalmente dos residentes na macro-região de Maringá.

Considerando, que uma UTIP visa prover o cuidado ideal às crianças criticamente enfermas quando instáveis e necessitando de pessoal e/ou equipamento especializado, é necessário conhecer a clientela atendida com o intuito de qualificar e adequar o atendimento. Assim, este estudo teve como objetivo identificar o perfil das crianças internadas na UTIP do HURM, nos anos de 2004 a 2006.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo exploratório, que foi desenvolvido na UTIP do Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM). O município de Maringá está situado na região noroeste do Paraná, é sede da 15ª Regional de Saúde, que abrange 30 municípios, e segundo os dados do IBGE/2000, tem cerca de 320 mil habitantes⁽⁸⁾.

A assistência hospitalar no município é prestada por 10 hospitais, dos quais dois são públicos (um municipal e um estadual), sete privados e um filantrópico. O HURM é um hospital-escola de médio porte, com 120 leitos, constituindo-se em referência para o município de Maringá e demais municípios da 15ª Regional de Saúde.

A UTIP do HURM foi inaugurada em janeiro de 2004 e dispõe de seis leitos para internação de crianças acima de 28 dias de vida até 13 anos 11 meses e 29 dias, e eventualmente, recém-nascidos que vêm transferidos da UTI neonatal desta instituição.

A população em estudo foi constituída por todas as crianças internadas na UTIP, durante o período de 24 meses (418 crianças), e que corresponde aos dois primeiros anos de funcionamento, ou seja, de 21 de janeiro de 2004 a 21 de janeiro de 2006.

Os dados foram coletados em planilha e as variáveis estudadas foram: sexo, idade, diagnóstico na internação (CID-10), procedência, tempo de permanência na unidade, destino da criança após a alta, óbito e causas básicas do óbito (CID-10).

Os dados foram coletados a partir de fontes secundárias: o Livro de Registro Diário de Internações na UTI; prontuários de pacientes; as fichas de internamento arquivada na Divisão de Contabilidade e Finanças e as Declarações de Óbito, arquivadas no Serviço de Vigilância Epidemiológica do Município. Do Livro de Registro, foram coletados os dados referentes à data de nascimento, idade atual na internação, período de internação, sexo, município de residência e destino após alta da UTIP (alta, transferência ou óbito). Nos casos de transferência, foram consideradas três possibilidades: a) para outra unidade do mesmo hospital; b) para o hospital de origem - aquele que fez o encaminhamento; e c) para serviços de referência dentro do Estado. Os dados que não foram encontrados no Livro de Registro foram pesquisados e coletados no prontuário do paciente, arquivados no Serviço de Prontuário do Paciente do Hospital Universitário Regional de Maringá (SPP/HURM). Os dados referentes à taxa média de ocupação de leitos, bem como os diagnósticos da internação foram coletados na ficha de internamento, arquivada na Divisão de Contabilidade e Finanças, pois foram codificados de acordo com 10^a. Revisão da Classificação Internacional de Doenças. Após a coleta, esses dados foram agrupados em capítulos.

Para a análise dos dados referentes à idade, adotou-se a seguinte distribuição: neonato (zero a 28 dias); lactente (29 dias a dois anos

incompletos); pré-escolar (dois anos a sete anos incompletos); escolar (sete anos a 10 anos incompletos) e adolescentes ou pré-púbere (10 anos a 14 anos)⁽⁹⁾.

Os dados referentes à causa básica de óbito foram coletados nas Declarações de óbito, arquivadas no Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde, e as declarações, que não foram encontradas nestes registros, foram pesquisadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM-MS).

Os dados foram registrados em uma planilha no Excel e, posteriormente, ordenados; as variáveis qualitativas foram avaliadas, calculando-se as frequências absolutas e relativas e apresentadas posteriormente em forma de tabelas, quadros, segundo o Programa Estatística 7.0.

Para a realização do estudo, foram observados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, disciplinados pela Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, sendo este estudo aprovado pelo Parecer nº 137/2006. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá; além da autorização da Superintendência do Hospital Universitário de Maringá, foi assegurado o anonimato dos pacientes quanto às informações coletadas. E o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) não foi utilizado por se tratar de dados secundários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados dados referentes a 418 crianças que passaram pela UTIP, no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006, sendo que, destas, seis (1,43 %) prontuários não apresentaram registro do diagnóstico conforme CID-10.

Do total de internações analisadas, constatou-se que 233 (55,74 %) crianças eram do sexo masculino, corroborando estudos realizados em um hospital infantil, em Atenas, na Grécia⁽¹⁰⁾, a idade variou de um dia de vida a 14 anos incompletos, porém com predominância de lactentes (50,71%) (Tabela 1). A predominância de internações, nesta faixa etária, também foi identificada em outros estudos⁽²⁻³⁾.

O fato de o sistema imunológico ser menos eficiente durante os 12 primeiros meses de vida, faz com que o lactente se torne mais

suscetível a contrair infecções agudas, com complicações sistêmicas, resultando em um número maior de internações⁽²⁾.

Tabela 1: Distribuição do nº e % de crianças internadas na UTIP do HURM, segundo idade e sexo. Maringá – PR, 2004 a 2006.

IDADE	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Neonato	24	5,74	24	5,74	48	11,48
Lactente	118	28,23	94	22,49	212	50,71
Pré-escolar	50	11,96	34	8,13	84	20,10
Escolar	24	5,74	12	2,87	36	8,61
Pré-púbere	15	3,59	17	4,07	32	7,66
Sem Registro	-	-	-	-	06	1,44
TOTAL	231	55,26	181	43,30	418	100

Quanto às internações, a grande maioria apresentou doenças predominantemente clínicas, dado que foi encontrado em um estudo sobre comparação entre dois escores de prognóstico em UTIP, no Rio Grande do Sul⁽¹¹⁾ e em estudo desenvolvido em Atenas, na Grécia⁽¹⁰⁾. Todos os pacientes eram usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto à procedência, verificou-se que 64,90 % dos pacientes eram de outros municípios do Estado do Paraná, o que pode estar relacionado ao fato de Maringá ser Pólo Regional de Saúde, e o HURM ser um hospital de referência para Maringá e região.

O tempo de internação variou de um dia a 196 dias, com média de 7,30 dias, com a moda de dois dias, sendo que 82,21% das crianças permanecerem internadas de zero a dez dias; destas, 46,63% eram do sexo masculino. Observa-se que a taxa média de dias de internação na UTIP do HUM é inferior ao que tem sido encontrado em outros estudos. Em um estudo realizado na cidade de Porto Alegre (RS), a taxa média de permanência na UTIP, nos 16 anos de funcionamento, variou entre 6, 66 a 8, 86 dias⁽²⁾, enquanto que em um estudo de um ano realizado em uma UTIP, em Santa Catarina, a taxa média de permanência foi de apenas três dias⁽³⁾. Outro estudo, realizado na UTIP do Hospital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, refere o tempo médio de internação de 11,6 dias. Acredita-se

que o tempo de permanência da UTIP do HURM foi mais elevado, por causa da ausência de leitos de semi-intensiva na instituição, o que incide em maior tempo de permanência de crianças com cuidados intermediários na UTIP.

Verificou-se que, entre as crianças admitidas na UTIP neste período, o grupo de doenças que mais levou à internação foram as do aparelho respiratório (41,38%), opostamente a outros estudos que descrevem as maiores causas de internação como sendo cardiopatia⁽¹¹⁾ e neoplasias⁽¹⁰⁾. Na UTIP do HUM, as pneumopatias acometeram as crianças do sexo masculino, embora em estudo realizado em Campinas-SP, para verificar os fatores que contribuem com complicações em crianças internadas com pneumonia, o risco de evolução para complicações pulmonares foi quase três vezes maior em crianças do sexo feminino⁽¹³⁾.

Em estudo realizado no Estado de São Paulo, sobre os fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, foram encontrados dados que apontam as afecções do aparelho respiratório como as maiores causas de adoecimento de lactentes e pré-escolares e de demanda aos serviços de saúde⁽¹⁴⁾.

As doenças diarreicas e as pneumonias são patologias de fácil manejo e que não exigem tecnologias de custo elevado. Na maioria das

vezes, as suas complicações podem ser evitadas pelo acompanhamento próximo, identificando situações ou crianças de maior risco para uma atuação mais efetiva⁽¹⁵⁾.

No Brasil, não obstante, a diarreia vem sendo, ainda, considerada importante problema de saúde pública e, em algumas regiões do país,

permanece como causa comum de internação e mortes infantis. Reconhece-se, contudo, que os avanços alcançados em seu manejo e a melhoria do saneamento ambiental fizeram com que sua relevância cedesse lugar à IRA como principal causa de adoecimento, hospitalização e óbitos de crianças com idade inferior a cinco anos⁽¹⁴⁾.

Tabela 2. Internações pediátricas na UTIP do HURM, segundo diagnóstico da internação e faixa etária. Maringá-PR, 2004 a 2006.

GRUPOS DE DOENÇAS	FAIXA ETÁRIA											
	Neonato		Lactente		Pré-escolar		Escolar		Pré-púbere		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças Infec. parasitárias	04	0,96	22	5,26	04	0,96	05	1,20	-	-	35	8,37
Neoplasias	03	0,72	06	1,43	03	0,72	-	-	02	0,48	14	3,35
Doenças end.nutric. metabólicas	01	0,24	06	1,43	02	0,48	01	0,24	01	0,24	11	2,63
Transtornos mentais e SNC	04	0,96	19	4,54	09	2,15	04	0,96	02	0,48	38	9,10
Doença circulatória	-	-	04	0,96	01	0,24	02	0,48	04	0,96	11	2,63
Doença respiratória	13	3,11	109	26,08	34	8,13	11	2,63	07	1,68	174	41,63
Doença digestiva	01	0,24	12	2,87	04	0,96	04	0,96	02	0,48	23	5,50
Doença vias urinárias	-	-	01	0,24	02	0,48	02	0,48	-	-	05	1,20
Afecções perinatais	21	5,02	08	1,91	-	-	-	-	-	-	29	6,94
Malformações congênitas	03	0,72	11	2,63	01	0,24	-	-	-	-	15	3,60
Lesões env. Causas ext.	-	-	05	1,20	19	4,54	07	1,68	09	2,15	40	9,60
Contato com serv.de saúde	01	0,24	07	1,68	04	0,96	01	0,24	04	0,96	17	4,10
Sem registro	01	0,24	04	0,96	01	0,24	-	-	-	-	06	1,43
TOTAL	52	12,45	214	51,19	84	20,10	37	8,87	31	7,40	418	100

Na Tabela 2, é mostrado um percentual pequeno de prontuários sem o registro do diagnóstico (1,43%), porém este fato pode estar relacionado à falta de conhecimento ou a pouca importância que os profissionais atribuem ao registro correto do paciente.

O registro adequado deve ser estimulado entre os profissionais, pois representa a comunicação escrita dos fatores essenciais, de forma a manter uma história contínua dos acontecimentos ocorridos durante certo período⁽¹⁶⁾, além de ser importante fonte de pesquisa para fins acadêmicos⁽¹⁷⁾.

Em relação ao destino das crianças que estiveram internadas na UTIP, observa-se, na Tabela 3, que a maioria das crianças (61,96%) foram transferidas para a enfermaria pediátrica do HURM, por causa da inexistência de uma unidade de cuidados semi-intensivo, alterando, desta maneira, a dinâmica da enfermaria pediátrica, visto que com a criação da UTIP, no ano de 2004, não houve a ampliação de leitos pediátricos nesta unidade e nem a reestruturação do serviço para melhor atender ao paciente, após a alta da unidade de cuidados intensivos.

Tabela 3. Crianças internadas na UTIP, segundo destino após a alta da unidade. Maringá-PR, 2004-2006.

DESTINO	Nº	%
Pediatria	259	61,96
UTI Neonatal	16	3,83
Hospital de origem	87	20,81
Serviço de Referência	22	5,26
Óbito	29	6,94
Destino ignorado	05	1,20
TOTAL	418	100

A mortalidade geral observada na UTIP, no período em estudo, foi de 6,94%, sendo maior em 2004 (4,30%). A taxa de mortalidade encontrada no estudo que traçou o perfil epidemiológico dos pacientes internados em uma UTIP no ano de 1993, na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, foi de 17,1%⁽³⁾ e na cidade de Porto Alegre, estudo sobre o perfil epidemiológico ao longo de 16

anos de uma UTIP, a taxa de mortalidade oscilou de 6,40 % a 14,3%, com relação inversamente proporcional entre faixa etária e óbito, ou seja, quanto mais jovem a criança, maior foi a mortalidade, sendo o índice geral de mortalidade nesses 16 anos de UTIP de 7,4%^(2,10), e em estudo na Grécia, foi identificado uma taxa de mortalidade de 12,1%⁽¹⁰⁾ e na Califórnia, taxa de 22%⁽¹²⁾.

Tabela 4. Crianças internadas na UTIP do HURM, que foram a óbito, segundo causas* básicas de óbito e faixa etária. Maringá-PR, 2004-2006.

CAUSAS BÁSICAS DO ÓBITO**	Faixa etária									
	Neonato		Lactente		Pré-escolar		Escolar		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças do Sistema nervoso central	-	-	04	13,79	01	3,45	01	3,45	06	20,69
Doenças do aparelho respiratório	02	6,90	05	17,24	01	3,45	01	3,45	09	31,03
Doenças do aparelho circulatório	01	3,45	03	10,34	-	-	01	3,45	05	17,24
Doenças do aparelho digestivo	01	3,45	02	6,90	01	3,45	-	-	04	13,79
Má formação e Anomalias congênitas	-	-	02	6,90	-	-	-	-	02	6,90
Afecções pelo HIV	-	-	-	-	01	3,45	01	3,45	02	6,90
Septicemia	01	-	-	-	-	-	-	-	01	3,45
Total	05	17,25	16	55,17	04	13,79	04	13,79	29	100

*Declaração de óbito.

** CID 10

Verifica-se na tabela 4 que as maiores causas básicas de óbito foram as afecções do aparelho respiratório (31,03%) e que a mortalidade foi mais frequente entre os lactentes (55,17%). Não houve óbito entre os pré-púberes. Dados semelhantes foram

encontrados em um estudo sobre a mortalidade infantil pós-neonatal e a qualidade da assistência médica, na região metropolitana de Belo Horizonte⁽¹⁸⁾.

Os óbitos ocorrem com maior frequência entre os lactentes porque o sistema imunológico é

menos eficiente durante os primeiros meses de vida, sendo essas crianças mais suscetíveis a contrair infecções agudas, com complicações sistêmicas, resultando em um número maior de internações que, conseqüentemente, evoluem para óbito⁽²⁾.

Dados encontrados anteriormente⁽¹⁵⁾ apontam as afecções perinatais e o agrupamento diarreia-pneumonia-desnutrição como as principais causas do óbito neonatal e pós-neonatal, respectivamente. O autor complementa, relatando que, enquanto a mortalidade neonatal está intrinsecamente relacionada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança, a mortalidade pós-neonatal está mais associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente, com predomínio das causas infecciosas.

A mortalidade infantil por afecções respiratórias em crianças menores de um ano está fortemente associada às condições sociais da família, ao baixo peso ao nascer, ao desmame precoce, às crianças que vivem em condições de aglomeração e também às crianças que não recebem os cuidados mínimos. Todos esses fatores parecem estar associados, refletindo as condições de vida das famílias, resultado da estrutura social vigente no país⁽¹⁹⁾.

Seguramente, o modelo econômico tem influenciado a persistência das desigualdades sociais e contribui para a manutenção da cadeia de eventos que culmina com óbito infantil por causas aparentemente banais. Isso, entretanto, não anula a co-responsabilidade dos serviços de saúde que, não sendo capazes de intervir na incidência da morbidade, deveriam assumir o compromisso de uma assistência precoce e eficaz⁽¹⁵⁾.

Também em relação à assistência à criança doente, ainda existem pontos de estrangulamento do sistema de saúde. A rede de assistência hospitalar é predominantemente privada e mantém contratos com o serviço público. Frequentemente, efetua-se o atendimento desvinculado da rede pública em geral, rompendo com a integralidade da atenção à saúde, de fundamental importância na assistência à saúde infantil⁽¹⁵⁾.

Quanto ao sexo, os óbitos foram maiores entre as meninas, nos dois anos de funcionamento da UTIP⁽¹⁶⁾, fato este observado entre as crianças nascidas em 1989, em hospitais de Maringá, pois as do sexo feminino apresentaram risco de morrer 1,4 vezes o correspondente ao sexo masculino, sendo este diferencial de 33,3% no período neonatal e 72,7% no período pós-neonatal, paradoxalmente aos resultados citados por vários autores^(18,20) em que há sobremortalidade infantil masculina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados levantados poderão subsidiar estudos futuros, de caráter mais específico, visto que há pouca literatura brasileira sobre o perfil epidemiológico de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, e também poderão subsidiar a atuação do próprio serviço.

Verificou-se que as internações na UTIP são, na maioria, por causas evitáveis, que poderiam ser resolvidas na atenção primária, se os programas voltados à saúde da criança fossem intensificados, não somente com a assistência curativa, porém com a educação em saúde da população para o reconhecimento dos sinais de gravidade e a capacitação de recursos humanos no manejo adequado desse grupo de doenças.

Sugere-se que, além da capacitação dos profissionais para o atendimento à criança enferma, haja um serviço de referência e contra-referência mais efetivo entre o HURM e a rede básica de saúde. Embora o HURM seja um hospital-escola, a comunicação entre os profissionais atuantes, nesses serviços, ainda é muito deficiente, dificultando e prejudicando o atendimento aos usuários do SUS.

Cabe ressaltar que as deficiências observadas nos registros em prontuários dificultaram o acesso às informações, referentes ao paciente. O treinamento e/ou orientação adequada dos profissionais, responsáveis pelos registros, facilitaria o acesso às informações, viabilizando pesquisas que utilizam fontes secundárias, além de promover comunicação mais efetiva entre profissionais de saúde.

CHARACTERIZATION OF HOSPITALIZATIONS AT A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT OF A TEACHING HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL**ABSTRACT**

The objective of this study was to find the epidemiological profile of hospitalizations at the pediatric ICU of the Maringá Regional University Hospital (HURM), in the period between January 2004 and January 2006. Data was collected by consulting hospital records and death certificates. Of the 418 hospitalizations registered, the majority were for male patients (55.74%), nursing mothers (50.71%) and residents of localities other than Maringá itself (64.90%). Hospitalization duration varied from 1 to 196 days, with 82.21% of cases remaining in hospital for less than 10 days. The most frequent causes for hospitalization were respiratory system complications (41.38%), followed by lesions, poisonings and external causes (9.60%). In regards to the outcome of care, more than half of the children were transferred to the pediatric ward of the HURM (61.96%) and 20.81% were sent to their original hospitals. The mortality rate was 6.94%, and the main causes of death were pulmonary afflictions (31.03%) and CNS conditions (20.69%). It is suggested that ample instructions be given to the population regarding the timely detection of complication signs, coupled with human resources that are better able to deal with this group of illnesses, thus considerably reducing hospitalizations that could have been resolved during basic care.

Key words: Hospitalization. Intensive care. Health profile. Child health.

CARACTERIZACIÓN DE LAS INTERNACIONES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL ESCUELA DE LA REGIÓN SUR DE BRASIL**RESUMEN**

El objetivo del estudio fue conocer el perfil epidemiológico de las internaciones, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Universitario Regional de Maringá (HURM), en el período de enero de 2004 a enero de 2006. Los datos fueron recogidos a partir de consulta a los prontuarios y a los Certificados de Defunción. De las 418 internaciones ocurridas, la mayor parte era de pacientes del sexo masculino (55,74%), lactantes (50,71%) y procedentes de otros municipios (64,90%). El tiempo de internación varió de 1 a 196 días, siendo que el 82,21% de los casos quedaron internados por menos de 10 días. Las causas más frecuentes de internación fueron las afecciones del aparato respiratorio (41,38%) y las lesiones, envenenamientos y causas externas (9,60%). Con relación al desenlace de la asistencia, más de la mitad (61,96%) de los niños fue transferidos para la enfermería pediátrica del HURM y un 20,81% para los hospitales de origen. La tasa de mortalidad fue de un 6,94% y las principales causas de óbito fueron las neumopatías (31,03%) y las enfermedades del sistema nervioso central (20,69%). Se sugiere amplia orientación a la población para el reconocimiento precoz de las señales de gravedad, asociados a los recursos humanos más capacitados para el manejo adecuado de ese grupo de enfermedades, reduciendo considerablemente las internaciones que podrían haber sido resueltas en la atención básica.

Palabras Clave: Hospitalización. Cuidados intensivos. Perfil de salud. Salud del niño.

REFERÊNCIAS

1. Einloft PR, Garcia PC, Piva JP, Bruno F, Kipper DJ, Fiori RM. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Saude Publica*. 2002 dez;36(6):728-33.
2. Piva PJ, Garcia PCR. *Medicina intensiva em pediatria*. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2005.
3. Cutulo RA, Furtado Filho JRF, Botelho L. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão no ano de 1993. *ACM Arq Catarin Med*. 1994 abr/jun;23(2):95-100.
4. Silva FD, Cabral IE. O cuidado de enfermagem ao egresso da terapia intensiva: reflexos na produção científica nacional de enfermagem pediátrica na década de 90. *Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]*. 2001 jul/dez [acesso em 2007 jul. 10]; 3 (2):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>
5. Tacy YRC, Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2004 maio/jun;12(3):477-84.
6. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *J. Pediatr*. 2004 nov/dez;80(6):437-8.

7. Sapata MPM.. Internações hospitalares pelo SUS: perfil epidemiológico e gastos em Maringá-PR 1998 a 2002 [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2003.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. População estimada. [site na Internet]. [acesso em 2007 mar. 4]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>.
9. Marcondes E, Machado DVM, Setian N. Crescimento e desenvolvimento. In: Marcondes E. *Pediatria básica*. 8ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 1992. p. 35-63.
10. Briassoulis G, Filippou O, Natsi L, Mavrikiou M, Hatzis T. Acute and chronic paediatric intensive care patients: current trends and perspectives on resource utilization. *Q J Med*. 2004 April; 97:507-18.
11. Martha. VF, Garcia, PCR, Piva JP, Einloft PR, Bruno F, Rampon V. Comparação entre dois escores de prognóstico (PRISM e PIM) em unidade de terapia intensiva pediátrica *J Pediatr*. 2005 jun; 81(3):259-64.
12. Flori HR, Glidden DV, Rutherford GW, Matthay AM. Pediatric acute lung injury: prospective evaluation of risk factors associated with mortality. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005 mar;171:995-1001.
13. Riccetto AGL, Zambom MP, Pereira ICMR, Morcillo AM. Complicações em crianças internadas com pneumonia: fatores socioeconômicos e nutricionais. *Rev Assoc Med Bras*. 2003 abr/jun; 49(2):191-5.
14. Caetano JRM, Bordin IAS, Puccini RF, Peres CA. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. *Rev Saude Publica*. 2002 jun;36(3):285-91.
15. Caldeira AP, França E, Perpetuo IHO, Goulart MA. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis. *Rev Saude Publica*. 2005 fev;39(1):67-74.
16. Dugas BW. *Enfermagem prática*. Rio de Janeiro (RJ): Interamericana; 1984.
17. Oba MDV, Tavares MSG. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 1998 jan;6(1):53-61.
18. Caldeira AP, Franca E, Goulart EMA. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. *J. Pediatr*. 2001 nov/dez; 77(6):461-8.
19. Niobey FML, Duchiate MP, Vasconcelos AGG, Carvalho ML, Leal MC, Valente JG. Fatores de risco para morte por pneumonia em menores de um ano em uma região metropolitana do sudeste do Brasil: um estudo tipo caso-controle. *Rev Saude Publica*. 1992 ago; 26(4):229-38.
20. Ferrari LSL, Brito ASJ, Carvalho ABR, Gonzales MRC. Mortalidade neonatal no município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002. *Cad Saude Publica*. 2006 maio;22(5):1063-71.
21. Organização Mundial de Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª revisão, 1993. OMS/ Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português/MS/USP/OPAS. São Paulo (SP): EDUSP; 1993.

Endereço para correspondência: Rosemeire Cristina Moretto Molina. Rua Prof. Laerte Munhoz, 433. Centro - Nova Esperança - CEP: 87600-000 - E-mail: rcmoretto2408@hotmail.com.

Recebido: 30/09/2007

Aprovado: 30/03/2008