

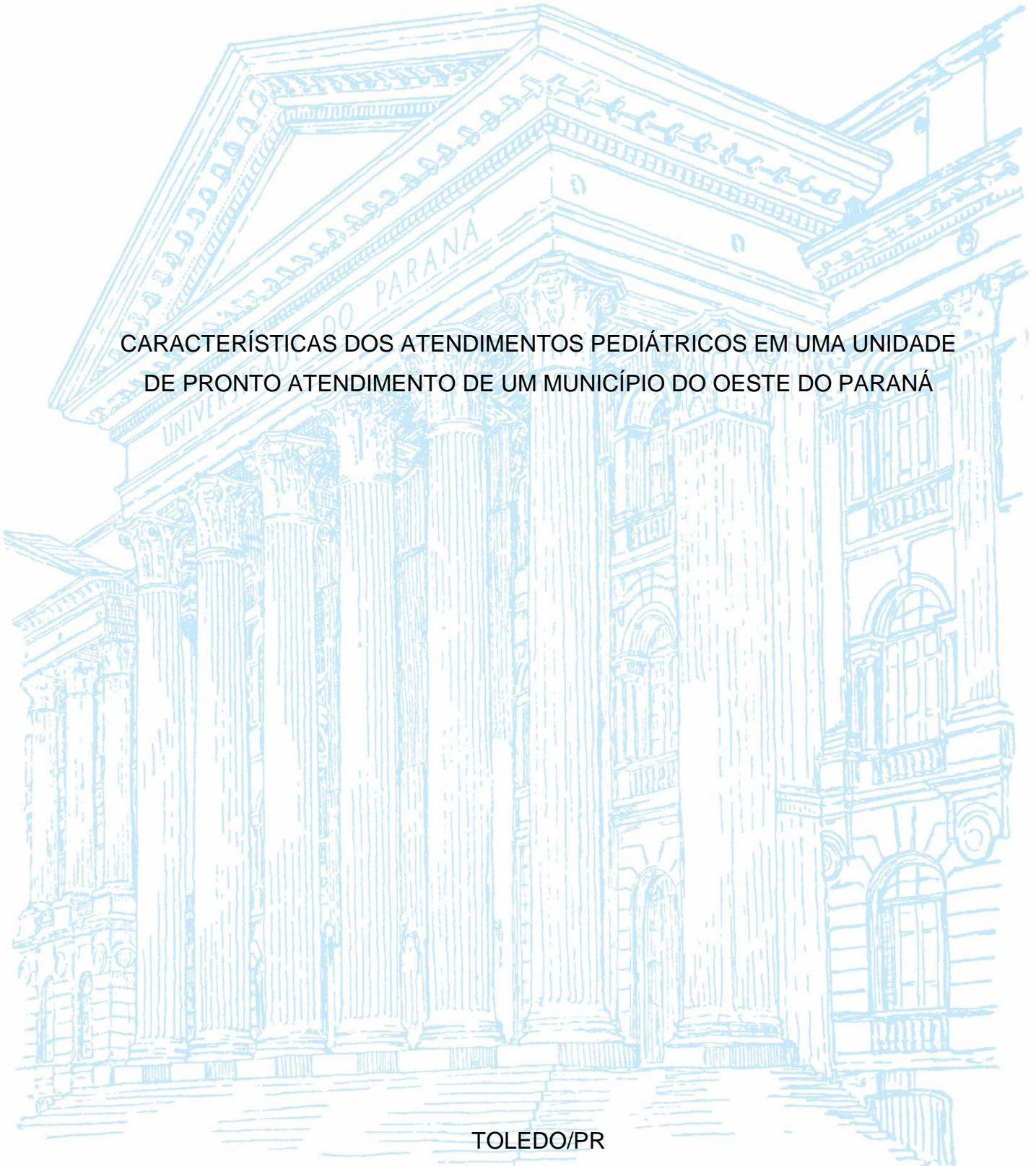
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIA EDUARDA ALBUQUERQUE

CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS EM UMA UNIDADE  
DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

TOLEDO/PR

2023



MARIA EDUARDA ALBUQUERQUE

CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS EM UMA UNIDADE  
DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

Trabalho de Curso apresentado ao curso de  
Medicina, Campus Toledo da Universidade Federal  
do Paraná, como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Paula Bragato Futagami  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Tatiele Estefâni  
Schönholzer

TOLEDO/PR

2023

## TERMO DE APROVAÇÃO

MARIA EDUARDA ALBUQUERQUE

CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS EM UMA UNIDADE  
DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

TRABALHO DE CURSO APRESENTADO AO CURSO DE MEDICINA, CAMPUS  
TOLEDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, COMO REQUISITO  
PARCIAL À OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM MEDICINA.

---

Profa. Esp. Paula Bragato Futagami

Orientadora – Curso de medicina, UFPR Campus Toledo

---

Profa. Dra. Tatiele Estefâni Schönholzer

Coorientadora – Curso de medicina, UFPR Campus Toledo



---

Profa. Msc. Sonia Mara de Andrade

Curso de medicina, UFPR Campus Toledo

---

Profa. Msc. Renata Bragato Futagami

Curso de medicina, UFPR Campus Toledo

Toledo/PR, 16 de maio de 2023.



Dedico este trabalho a minha família que, desde sempre, em meio as incertezas do caminho escolhido, são meu porto seguro.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por estar comigo quando ninguém poderia estar e por cuidar dos que eu amo.

Agradeço aos meus pais, Edson e Ana, e ao meu irmão, Carlos, por, desde o início da trajetória, estarem ao meu lado, independente da minha decisão. Agradeço, também, pelo acolhimento em meio aos momentos de exaustão e frustração. Compartilho agora com vocês a alegria desse momento!

Agradeço aos meus amigos, por serem conforto, alegria e apoio nos momentos necessários. Levo comigo cada palavra dita e cada momento vivido com vocês.

Agradeço ao Marcos por, mesmo que há pouco tempo, tornar a vida mais leve e melhor, e por todo o carinho e incentivo.

Agradeço especialmente às professoras Paula e Tatiele. Sem vocês nada disso seria possível. Obrigada por cada segundo dedicado a mim e ao meu trabalho.

“Isso de querer  
ser exatamente aquilo  
que a gente é  
ainda vai  
nos levar além”  
- Paulo Leminski

## RESUMO

**Introdução:** Os serviços do Sistema Único de Saúde são classificados de acordo com a sua complexidade, podendo ser baixa, média ou alta. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) pertencem ao nível médio. São atribuições delas a resolução de casos de natureza clínica e a prestação do primeiro atendimento ao paciente, adulto ou pediátrico. A Portaria nº 1.601, determina que os atendimentos pediátricos de urgência devem ser preconizados de maneira regular nas UPAs. Dessa forma, há necessidade de compreender as principais demandas desse serviço. **Objetivo:** Caracterizar os atendimentos das crianças de até 12 anos atendidas em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo e retrospectivo. Foram avaliados relatórios do sistema de informação (n=25.932) e, individualmente, 379 prontuários, número obtido após cálculo amostral, de crianças até 12 anos atendidas na UPA de um município do oeste do Paraná, no período de 01/06/2021 a 31/05/2022. O presente estudo respeitou a Resolução nº 466/2012, que rege as pesquisas com seres humanos no Brasil, sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, em 07/12/2022, sob CAAE 63925822.7.0000.0102. **Resultados e Discussão:** Nos 25.932 atendimentos, houve prevalência do sexo masculino e a maior parte dos atendimentos foram classificados como pouco urgentes. Os protocolos de classificação de risco mais utilizados foram “Mal-estar em criança”, “Diarreia e/ou vômitos” e “Pais preocupados”. Os protocolos com maior proporção de atendimentos de emergência foram convulsões e diabetes. Os CIDs mais usados foram de doenças com etiologia no sistema respiratório e gastrointestinal, assim como os principais diagnósticos. Dos 379 prontuários avaliados, a idade mais prevalente foi de crianças até 1 ano. As principais queixas foram tosse, febre e vômito. **Considerações finais:** A prevalência dos atendimentos “pouco urgentes” demonstra a procura errada por parte da população à unidade de urgência e emergência.

**Palavras-chave:** Pediatria. Unidade de Pronto Atendimento. Urgência.

## ABSTRACT

**Introduction:** The services of the Unified Health System are classified according to their complexity, which can be low, medium or high. The Emergency Care Units (UPA) belong to the middle level. Their attributions are the resolution of cases of a clinical nature and the provision of the first care to the patient, adult or pediatric. Ordinance nº 1.601 determines that urgent pediatric care should be recommended on a regular basis in the UPAs. Thus, there is a need to understand the main demands of this service.

**Objective:** To characterize the care provided to children up to 12 years of age attended at an Emergency Care Unit

**Methodology:** Descriptive, cross-sectional, quantitative and retrospective study. Reports from the information system (n=25.932) and, individually, 379 medical records were evaluated, a number obtained after sample calculation, of children up to 12 years of age attended at the UPA of a municipality in western Paraná, in the period from 06/01/2021 to 05/31/2022. This study complied with Resolution nº 466/2012, which governs research with human beings in Brazil, and was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Paraná, on 12/07/2022, under CAAE 63925822.7.0000.0102.

**Results and Discussion:** In the 25.932 consultations, there was a prevalence of males and most of the consultations were classified as less urgent. The most used risk classification protocols were “Child malaise”, “Diarrhea and/or vomiting” and “Concerned parents”. The protocols with the highest proportion of emergency room visits were seizures and diabetes. The most used ICDs were for diseases with etiology in the respiratory and gastrointestinal systems, as well as the main diagnoses. Of the 379 charts evaluated, the most prevalent age was children up to 1 year old. The main complaints were cough, fever and vomiting.

**Final considerations:** The prevalence of “less urgent” care demonstrates the wrong demand by the population for the urgency and emergency unit.

**Keywords:** Pediatrics. Emergency Care Unit. Urgency.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> – OS DEZ PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS NOS ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS DE JUNHO/2021 A MAIO/2022 NA UPA DE TOLEDO/PR .....	7
---	---

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ACORDO COM A TRIAGEM DOS 25.932 ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS REALIZADOS NO PERÍODO DE UM ANO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DR. JOSÉ IVO ALVES DA ROCHA – TOLEDO/PR .....4
- TABELA 2** – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ACORDO COM OS DEZ PRINCIPAIS PROTOCOLOS DOS 25.932 ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS REALIZADOS NA UPA DE TOLEDO/PR EM N (%) .....4
- TABELA 3** – OS 30 PRINCIPAIS CIDS UTILIZADOS NOS RELATÓRIOS DE ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA UPA DE TOLEDO/PR NO PERÍODO DE JUNHO/2021 A MAIO/2022 .....5
- TABELA 4** – PRINCIPAIS QUEIXAS RELATADAS PELOS PAIS, REGISTRADAS NOS PRONTUÁRIOS DOS ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS, DE JUNHO/2021 A MAIO/2022 NA UPA DE TOLEDO/PR .....6

## **LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GECA	Gastroenterocolite Aguda
IVAS	Infecção das Vias Aéreas Superiores
SCRM	Sistema de Classificação de Risco de Manchester
SIGSS	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE SÍMBOLOS

® marca registrada

% porcentagem

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>2</b>
<b>3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>3</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>10</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>11</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são classificados de acordo com a sua complexidade (BRASIL, 1990), podendo ser baixa, média ou alta. Como parte do serviço de média complexidade, tem-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que atuam como intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde (baixa complexidade) e os hospitais (alta complexidade), formando a Rede de Atenção às Urgências (CFM, 2014).

Dessa forma, são atribuições das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) a resolução de casos de natureza clínica e a prestação do primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabelecendo a necessidade ou não, de encaminhamentos à serviços de maior complexidade (BRASIL, 2011).

Para triagem dos pacientes, a UPA do município de Toledo/PR utiliza o Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM). Ele é baseado na queixa principal. A classificação é ilustrada por cores de acordo com o tempo de espera para o atendimento médico. A cor vermelha é emergência e necessita de atendimento imediato. A cor laranja sugere uma condição de muita urgência que necessita de atendimento em tempo menor ou igual a dez minutos. A cor amarela é urgência e o tempo de espera para o atendimento deve ser de 60 minutos ou menos. A cor verde, por sua vez, é sinônimo de pouca urgência e o atendimento pode ocorrer em até 120 minutos. Por fim, a cor azul é não urgente (normal) e o tempo de espera pode ser de até 240 minutos (RAUSCH *et al.*, 2017).

Associado a isso, o SCRM apresenta protocolos, sustentados na queixa principal, que direcionam a classificação com fluxogramas, o que permite determinar a prioridade clínica com base em discriminadores (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006).

Ademais, a Portaria nº 1.601, de julho de 2011, determina que os atendimentos pediátricos de urgência devem ser preconizados de maneira regular nas Unidades de Pronto Atendimento (BRASIL, 2011). Define-se urgência como um agravo agudo, com ou sem risco potencial à vida (ROMANI *et al.*, 2009).

Nesse contexto, a Constituição Federal, sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assegura o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, garantido o acesso universal e igualitário às

ações e serviços visando a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2005).

Nesse cenário, Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS) e Gastroenterocolite Aguda (GECA) são as principais causas para a procura do pronto-atendimento pediátrico em diversos locais (SANTOS *et al.*, 2013; CAMPOS *et al.*; 2015; COELHO, 2019; DALCIN *et al.*, 2013). No entanto, não existem pesquisas de caráter semelhante no município de Toledo/PR e na regional de saúde.

Acrescentando a isso, sabe-se que o conhecimento do perfil dos atendimentos infantis de um serviço de urgência e emergência permite o planejamento de intervenções e melhorias na assistência pediátrica (MALTA *et al.*, 2009).

Diante disso e da necessidade de compreender as principais demandas do serviço de saúde em estudo, a fim de auxiliar e estimular ações de promoção e prevenção em saúde para as crianças e educação em saúde para o país, o objetivo desse estudo foi caracterizar os atendimentos das crianças de até 12 anos atendidas em uma Unidade de Pronto Atendimento em um município do oeste do estado do Paraná.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal-retrospectivo e com abordagem quantitativa. A pesquisa analisou os relatórios do sistema de informação (n=25.932) e, individualmente, 379 prontuários, buscando as características das crianças de até 12 anos atendidas na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município do oeste do Paraná, no período de 01/06/2021 a 31/05/2022.

Foi definido como participantes da pesquisa as pessoas com até 12 anos pois, segundo a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, crianças são as que possuem até 12 anos de idade incompletos (BRASIL, 1990).

Com isso, foram incluídas no estudo crianças que foram atendidas na UPA com idade de até 12 anos. O tamanho total da amostra foi 25.932 atendimentos no período. Dessa forma, foi utilizado a fórmula abaixo para determinar o tamanho amostral: com prevalência de 0,5, erro absoluto tolerável (d) de 0,05, tamanho da população (N) de 25.932 e coeficiente de confiança de 95%, foi obtido um tamanho amostral de 379. Dessa forma, foram avaliados individualmente 379 prontuários.

$$n = \frac{z_{(1-\gamma)/2}^2 N p (1-p)}{d^2 (N-1) + z_{(1-\gamma)/2}^2 p (1-p)}$$

Os 379 prontuários foram selecionados por meio de sorteio. O número de prontuários selecionados por mês foi proporcional ao número de atendimentos realizados no período e, também, foi proporcional ao sexo.

As variáveis analisadas foram sexo, idade, classificação de risco (triagem), principais sintomas, com base na queixa principal, diagnósticos e CID (Classificação Internacional de Doenças). Também foram avaliados o número de atendimentos realizados às crianças com deficiência e principais protocolos utilizados.

Nesse contexto, as variáveis sexo, classificação de risco, protocolos mais utilizados, CID e atendimento a pessoa com deficiência foram obtidos a partir de relatórios do SIGSS, possibilitando a análise dos 25.932 totais, e não apenas do tamanho amostral resultante do cálculo (379).

O acesso ao sistema SIGSS, utilizado pela UPA do município de Toledo, foi liberado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Foi fornecido um *login* temporário para acesso aos prontuários e relatórios destinados ao objetivo da pesquisa.

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados do Microsoft Excel® e posteriormente analisados. Os dados quantitativos foram apresentados em tabelas, sob a forma de frequência absoluta (n) e proporção (%). O presente estudo respeitou a Resolução nº 466/2012, que rege as pesquisas com seres humanos no Brasil, sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, em 07/12/2022, sob CAAE 63925822.7.0000.0102.

### 3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados primeiramente com os dados de atendimento geral dos relatórios do sistema de informação (n=25.932), e posteriormente com os dados da análise amostral dos prontuários (n=379).

Foram identificadas 25.932 crianças de 0 a 12 anos atendidas na Unidade de Pronto Atendimento no período de junho de 2021 a maio de 2022. Dentre elas, 53,5% (n=13.873) eram do sexo masculino e 46,5% (n=12.059) eram do sexo feminino.

Nesse mesmo período, foram atendidas 238 crianças com deficiência (0,92% do total de atendimentos).

A UPA analisada adota o Protocolo de Manchester para triagem. O maior número de atendimentos foi pouco urgente (60,7%) com n=15.741, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** - Classificação de risco de acordo com a triagem dos 25.932 atendimentos pediátricos realizados no período de um ano na Unidade de Pronto Atendimento Dr. José Ivo Alves da Rocha – Toledo/PR.

Classificação de risco geral	n	%
Emergência	16	0,07
Muito urgente	646	2,49
Urgente	3.396	13,09
Pouco Urgente	15.741	60,7
Normal	6.133	23,65
<b>Total</b>	<b>25.932</b>	<b>100</b>

Fonte: autores, 2023.

Quanto ao fluxograma dos Protocolos de classificação de risco, foram adotados 21.763 protocolos. Os mais usados foram “Mal-estar em criança” (n=9.139), “Diarreia e/ou vômitos” (n=2.088) e “Pais preocupados” (n=1.979), conforme mostra a tabela 2.

Os dez protocolos mais utilizados tiveram, em sua maioria, atendimentos classificados como pouco urgentes, de acordo com a tabela 2.

**Tabela 2** - Classificação de risco de acordo com os dez principais protocolos dos 25.932 atendimentos pediátricos realizados na UPA de Toledo/PR em n (%).

Protocolo	Normal	Pouco Urgente	Urgente	Muito Urgente	Emergência	Total
Mal-estar em Criança	1.196 (13,1)	6.810 (74,5)	864 (9,4)	267 (2,9)	2 (0,02)	9.139
Diarreia e/ou Vômitos	105 (5)	1.697 (81,3)	275 (13,2)	11 (0,5)	0	2.088
Pais Preocupados	275 (13,1)	1.481 (74,8)	101 (5,1)	122 (6,2)	0	1.979
Dor de Garganta	176 (14,8)	929 (78,1)	73 (6,14)	11 (0,9)	0	1.189
Dispneia em Criança	20 (1,9)	797 (74,6)	223 (20,9)	27 (2,5)	2 (0,2)	1.069
Dor Abdominal em Criança	38 (3,5)	851 (79,6)	167 (15,6)	13 (1,2)	0	1.069
Sinais Vitais Alterados	31 (4,1)	132 (17,5)	503 (66,6)	86 (11,4)	3 (0,4)	755
Problemas em Extremidades	57 (9,1)	457 (73,1)	106 (17)	5 (0,8)	0	625
Quedas	9 (1,5)	323 (53,6)	256 (42,5)	14 (2,3)	0	602
Problemas em Ouvidos	19 (4,5)	312 (74,5)	83 (19,8)	5 (1,2)	0	419

Fonte: autores, 2023.

O protocolo com maior porcentagem de atendimentos de emergência, em relação aos outros protocolos, foi diabetes. Dentro do protocolo de diabetes, 10% dos atendimentos foram emergência, 10% muito urgente, 50% urgente, 30% pouco urgente e 0% normal. O segundo protocolo com maior porcentagem de atendimentos de emergência foi o de convulsões, sendo 9,64% dos atendimentos de emergência, 15,66% muito urgente, 61,45% urgente, 13,25% pouco urgente e 0% normal.

Uma vez que pode ser inserido mais de um CID por prontuário, existe um maior número de CIDs (27.179) do que atendimentos (25.932). O CID mais utilizado foi Z519 – Cuidado médico não especificado, o segundo foi J00 – Nasofaringite aguda (resfriado comum) e o terceiro, R509 – Febre não especificada, de acordo com a tabela 3.

Tabela 3 - Os 30 principais CIDs utilizados nos relatórios de atendimentos pediátricos do sistema de informação da UPA de Toledo/PR, no período de junho/2021 a maio/2022.

<b>CIDs mais utilizados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Z519 Cuidado médico não especificado	2.828	10,41
J00 Nasofaringite aguda (resfriado comum)	1.816	6,68
R509 Febre não especificada	1.811	6,66
J11 Influenza (gripe) devido à vírus não identificado	1.777	6,54
A09 Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	1.316	4,84
Z000 Exame médico geral	1.299	4,78
R11 Náusea e vômito	1.113	4,1
J069 Infecção das vias aéreas superiores não especificada	918	3,38
J039 Amigdalite aguda não especificada	738	2,72
R69 Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	678	2,49
J118 Influenza (gripe) com outras Manifestações, devida a vírus não identificado	589	2,17
Z001 Exame de rotina de saúde da criança	576	2,12
J111 Influenza (gripe) com outras manifestações respiratórias, devida a vírus não identificado	571	2,1
R05 Tosse	526	1,94
J21 Bronquiolite aguda	457	1,68
J180 Broncopneumonia não especificada	432	1,59
Z532 Procedimento não realizado devido à decisão do paciente por outras razões e as não especificadas	415	1,53
H669 Otite média não especificada	372	1,37
J20 Bronquite aguda	364	1,34
J02 Faringite aguda	363	1,34
A90 Dengue (dengue clássico)	361	1,33
R10 Dor abdominal e pélvica	282	1,04
J040 Laringite aguda	274	1,01
J45 Asma	257	0,95
J459 Asma não especificada	257	0,95
J399 Doença não especificada das vias aéreas superiores	246	0,91
A084 Infecção intestinal devida a vírus não especificado	175	0,64
B342 Infecção por coronavírus de localização não especificada	147	0,54
K121 Outras formas de estomatite	121	0,45

N390 Infecção do trato urinário de localização não especificada	113	0,42
Outros	5.987	21,98
<b>Total</b>	<b>27.179</b>	<b>100</b>

Fonte: autores, 2023.

Por conseguinte, analisando os 379 prontuários individualmente, com base no cálculo amostral, a idade mais prevalente nos atendimentos foi zero anos (crianças abaixo de um ano), com um n=65 (17,15%). A segunda idade mais prevalente foi um ano, n=51 (13,46%) e, em terceiro, dois anos e quatro anos, ambas com um n=44, representando, cada uma, 11,61% da amostra.

As principais queixas registradas nos prontuários foram tosse e febre (19%), apenas tosse (16,62%), apenas febre (16,36%), seguidas de vômito (8,71%) e trauma (5,01%), conforme tabela 4.

Tabela 4 – Principais queixas relatadas pelos pais, registradas nos prontuários dos atendimentos pediátricos, de junho/2021 a maio/2022 na UPA de Toledo/PR.

<b>Queixas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tosse e febre	72	19
Tosse	63	16,62
Febre	62	16,36
Vômito	33	8,71
Trauma	19	5,01
Dor abdominal	18	4,75
Febre e dor de garganta	17	4,49
Dor	15	3,96
Vômito e diarreia	13	3,43
Manchas vermelhas na pele	12	3,17
Diarreia	7	1,85
Dor de ouvido	7	1,85
Outros	41	10,82
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100</b>

Fonte: autores, 2023.

O diagnóstico mais prevalente foi IVAS (Infecção das Vias Aéreas Superiores), abrangendo o resfriado comum, as faringoamigdalites, as laringites e as Otites Médias Agudas (OMA), conforme mostra o gráfico 1.

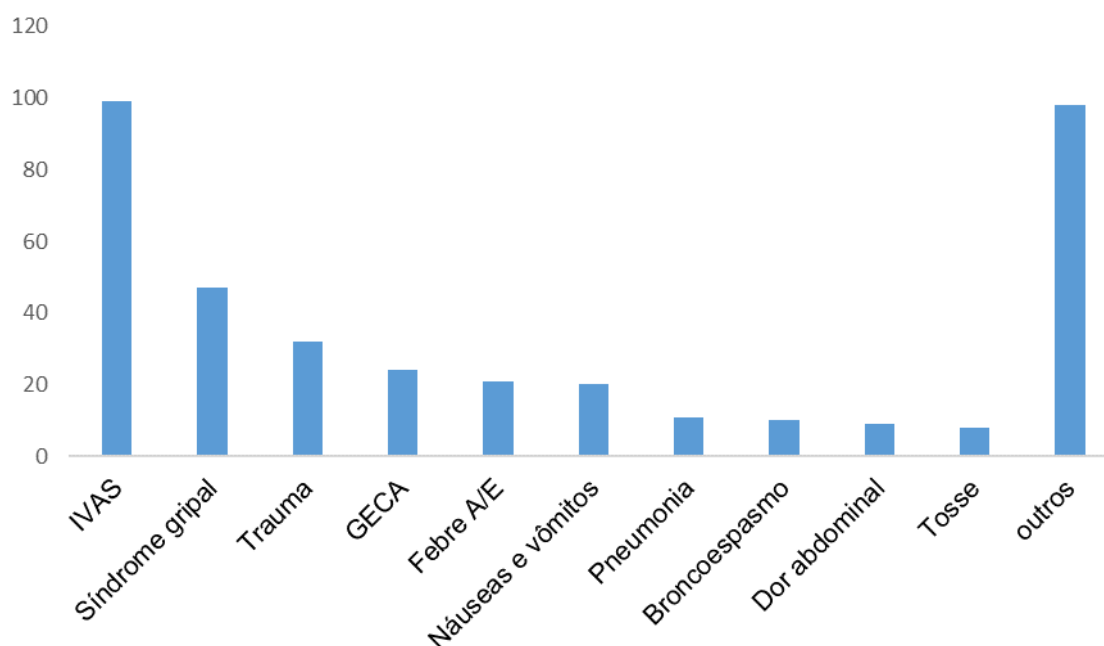


Gráfico 1 – Os dez principais diagnósticos realizados nos atendimentos pediátricos de junho/2021 a maio/2022 na UPA de Toledo/PR (AUTORES, 2023).

Legenda: IVAS – Infecção das Vias Aéreas Superiores; Febre A/E – Febre a Esclarecer; GECA – Gastroenterocolite Aguda.

## 4 DISCUSSÃO

Nesse estudo as crianças do sexo masculino (53,5%) foram atendidas em maior número que as do sexo feminino (46,5%). Esses dados foram semelhantes aos achados do estudo de Amthauer (2015), em um serviço de emergência pediátrico do estado do Rio Grande do Sul, em 2015, no qual 54,4% dos atendimentos foram de crianças do sexo masculino e 45,6% foram do sexo feminino. Assim como, no estudo de Silva e colaboradores (2021), onde os meninos foram responsáveis por 53,5% dos atendimentos.

Nos resultados deste estudo, dos 379 prontuários analisados, a idade mais prevalente foi de crianças de zero a quatro anos. Esses achados foram semelhantes ao estudo de Silva e colaboradores (2021), na qual a faixa etária mais prevalente foi de zero a dois anos (39,3%) e a segunda, de dois a cinco anos (32,4%). No estudo de Salgado e Agüero (2010), 50% dos atendimentos pediátricos foram realizados em menores de um ano. Tais dados podem ser justificados pelo desenvolvimento do processo de maturação imunológica, principalmente da resposta adaptativa, que começa a se organizar a partir dos dois anos (MORAES-PINTO; SUANO-SOUZA;

ARANDA, 2020). No entanto, Coelho (2019) relata que o perfil etário mais prevalente foi pré-escolar (38,4%), seguido de escolar (26,7%). A autora justifica esse resultado com a hipótese de que esses períodos estão relacionados à formação da maturação biológica e ao desenvolvimento sócio psicomotor (COELHO, 2019).

Do total de atendimentos (n=25.932), 0,92% (n=238) foram de pessoas com deficiência. Todavia, no estudo de Bastos e colaboradores (2022), 5,1% das crianças que buscaram um serviço de urgência e emergência do estado do Rio de Janeiro possuíam necessidades de saúde especiais. Vale ressaltar que, de acordo com a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, a atenção hospitalar e de urgência e emergência faz parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e tem como diretriz a equidade (BRASIL, 2012).

No presente estudo, houve prevalência da classificação de risco “pouco urgente” nos atendimentos. Na pesquisa de Riegel e colaboradores (2014), os resultados foram semelhantes, com a maioria dos atendimentos pouco urgentes, presentes em 85,9% da amostra. Da mesma forma, um estudo de um serviço de urgência pediátrico de Portugal, mostrou que 57,1% do total de atendimentos foi representado por não urgentes (RAFAEL *et al.*, 2017).

Os principais protocolos do SCRM utilizados nesta UPA foram “Mal-estar em criança”, “Diarreia e/ou vômitos” e “Pais preocupados”. Dentre os dez protocolos mais utilizados, apenas em “Sinais vitais alterados” houve prevalência da classificação urgente (66,62%). Ademais, os protocolos que apresentaram maior proporção de atendimentos de emergência foram doenças endócrinas (diabetes) e de acometimento neurológico (convulsão). Esses dados indicam que, quando presentes esses achados, justificam a procura da Unidade de Pronto Atendimento por demandarem atendimento, na maioria das vezes, mais rápido e com suporte.

Correlacionando as queixas relatadas pelos pais (tosse, febre e vômito) com os protocolos utilizados (“Mal-estar em criança”, “Diarreia e/ou vômitos” e “Pais preocupados”), pode-se inferir que a condução da equipe de triagem do protocolo de Manchester foi adequada. Corroborando com estes dados, Riegel e colaboradores (2014) e Coelho (2019), encontraram como principais queixas a febre, tosse e vômito. No entanto, em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, foram citadas principalmente as queixas de tosse, febre e dor de garganta (SANTOS *et al.*, 2013) e, na pesquisa de Batistela e colaboradores (2008), os principais relatos foram de febre, vômito e dor.

Esses resultados, em grande maioria pouco urgentes, reforçam o conceito da procura equivocada por parte dos pais ao serviço de urgência. Corroborando, um estudo observou que as principais justificativas dadas pelos pais a essa procura foram o atendimento realizado no serviço de urgência e emergência por médico pediatra e não médico generalista, o horário de atendimento limitado das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, além disso, a realização de exames complementares na hora, diferente do nível básico (RATI *et al.*, 2013). No trabalho de Becker e Silva (2020), o principal motivo da procura do serviço de urgência é “maior resolatividade/confiança no atendimento”. Em outro trabalho, os motivos para a procura de um pronto-socorro foram a qualidade do atendimento, tratamento ou acompanhamento prévio, acessibilidade geográfica e não resolatividade do caso em outros serviços (BATISTELA *et al.*, 2008).

Diante disso, destaca-se a importância da realização de uma boa triagem por parte da equipe de enfermagem. Quando a classificação é realizada de forma incorreta, o tempo de espera aumenta, o que pode resultar em piora do quadro clínico da pessoa e, até mesmo, evolução para óbito (AMTHAUER, 2015). Assim, esses dados evidenciam que a maior parte desses sintomas seriam passíveis de serem atendidos nas UBS por não serem urgências ou emergências (RIEGEL *et al.*, 2014). Dessa forma, uma reeducação da população sobre o papel da UBS, o esclarecimento sobre o que é urgência e uma readequação da atenção prestada as crianças no nível básico podem contribuir para a diminuição dessa procura inadequada e caracterizar, realmente, a UBS como porta de entrada do sistema (SANTOS *et al.*, 2013).

Ademais, os principais CIDs utilizados foram condizentes com os principais diagnósticos, com exceção do CID mais aplicado: Z519, que denota “cuidado médico não especificado”.

Os CIDs e os diagnósticos mais prevalentes no estudo possuem suas etiologias, principalmente, no sistema respiratório e no sistema gastrointestinal. Esse resultado mostrou-se presente também em um estudo de Dalcin e colaboradores (2013), no qual as doenças respiratórias representaram 58,2% dos diagnósticos e as gastrointestinais, 24,9%. Outro estudo, realizado em Sorocaba/SP, mostrou que os principais diagnósticos foram GECA (16,3%) e IVAS (15%) (CAMPOS *et al.*, 2015). Um estudo realizado por Pandee e colaboradores (2015), em um pronto-socorro de um hospital universitário na Tailândia, teve como diagnósticos mais comuns

infecções agudas do trato respiratório (resfriado comum), febre e gastroenterite. No entanto, outro estudo, realizado em Camarões, constatou-se que as principais causas de emergências pediátricas foram as doenças infecciosas (22%), as doenças neurológicas (11%) e, só então, as doenças respiratórias (10%) (IDA *et al.*, 2021).

Considerando que a maioria dos pacientes foram classificados como não urgentes pela equipe responsável pela triagem, cabe a equipe da UBS uma educação em saúde sobre por exemplo, quais são os sinais de alerta da IVAS (como o aumento da frequência respiratória e/ou desconforto respiratório) e da GECA (sinais da desidratação), e, conseqüentemente, quando procurar ajuda na UPA.

Por fim, a sobrecarga do sistema com atendimentos passíveis de serem solucionados na atenção básica interfere na qualidade da assistência tanto dos casos graves – que demandam uma maior agilidade no tratamento -, quanto nos casos leves – que não possuem a integralidade da atenção devido ao atendimento da UPA ser focado na resolução da queixa (LIMA; ALMEIDA, 2013). Quanto aos vários motivos que levam a procura inadequada dessas unidades, como a baixa resolutividade da atenção primária, a desarticulação entre os níveis de assistência, a insuficiência estrutural, gerencial e funcional dos serviços, sugere-se planejamento de ações que busquem a qualificação das práticas profissionais, em todos os níveis, assim como a participação popular nas políticas de saúde (AMARANTE *et al.*, 2023).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais características clínicas e epidemiológicas das crianças atendidas na UPA do município de Toledo/PR foram prevalência do sexo masculino, sem deficiência, com idade até quatro anos, de classificação de risco pouco urgente, sendo o protocolo mais utilizado “Mal-estar em criança”. Os CIDs e os diagnósticos mais utilizados tiveram como sítio etiológico, principalmente, o sistema respiratório e sistema gastrointestinal. As queixas principais mais relatadas, que levaram à procura do serviço, foram tosse, febre e vômito. Os protocolos que apresentam maior proporção de atendimentos de emergência foram de diabetes e convulsão, o que, nesses casos, justifica a correta procura pelo serviço.

A prevalência dos atendimentos “pouco urgentes” demonstra a procura errada por parte da população à unidade. Dessa forma, sugere-se um estudo que avalie, a nível do município de Toledo/PR, o porquê de isso ocorrer: as justificativas que levam

as famílias a procurarem inadequadamente a UPA. Com isso, ações podem ser desenvolvidas, tanto na atenção básica, quanto no nível secundário, com profissionais e pais, para que a sobrecarga do serviço diminua e a qualidade do atendimento aumente.

## 6 REFERÊNCIAS

AMARANTE, L. C. S. *et al.* Motivos apresentados por usuários para a utilização inadequada de Unidades de Pronto Atendimento. **Revista de Salud Pública**, online, v. 22, n. 4, p. 440-446. DOI. 10.15446/rsap.V22n4.54092.

AMTHAUER, C. **Características da utilização do Sistema de Triagem de Manchester em uma Unidade de Emergência Pediátrica**. 77 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2015.

BASTOS, M. P. C. *et al.* Crianças com necessidades de saúde especiais em um serviço de pronto atendimento pediátrico: estudo transversal. **REUFSM: Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 12, n. 24, p. 1-19, 2022. DOI. 10.5902/2179769269299.

BATISTELA, S.; GUERREIRO, N. P.; ROSSETTO, E. G. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 121-130, 2008. DOI. 10.5433/1679-0367.2008v29n2p121.

BECKER, T. S.; SILVA, D. C. C. Procuras não urgentes a um pronto-socorro hospitalar pediátrico: perspectivas dos usuários. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 62-74, jul. 2020. DOI. 10.32811/25954482-2020v3n1p62.

BRASIL. Lei nº 11.185, de 7 de outubro de 2005. Altera o caput do art. 11 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 195, 10 out. 2005. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 135, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 182, 20 set. 1990. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA

24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

**Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 2011. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601\\_07\\_07\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html).

Acesso em: 07 fev 2023.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abril 2012. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html).

Acesso em: 14 de abril de 2023.

CAMPOS, T. H. *et al.* Razões que levam mães a procurar unidade pré-hospitalar como primeira opção de assistência, Sorocaba/SP.

**Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 17, n. 2, p. 80-85, 2015. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/21822/pdf>. Acesso em: 07 fev 2023.

COELHO, M. J. B. **Perfil dos atendimentos infantis no pronto socorro do**

**Hospital Universitário de Vassouras**. 2019. 60 p. Dissertação (Mestrado em

Ciências Aplicadas em Saúde) – Ciências Aplicadas em Saúde, Universidade de Vassouras, Vassouras, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. **Resoluções normativas CFM**. Brasília, 2014. Disponível em:

<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf>. Acesso em: 07 fev 2023.

DALCIN, J. F. *et al.* Crianças Atendidas em Pronto-Atendimento Infantil: Perfil Clínico e Demanda de Atendimento. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 13, n. 24/25, p. 54-57, 2013. DOI. 10.21527/2176-7114.2013.24-25.54-57.

IDA, P. C. *et al.* Epidemiological Profile of Pediatric Vital Emergencies at Laquintinie Hospital of Douala, Cameroon. **Open Journal of Pediatrics**, v. 11, n. 1, p. 148-160, mar. 2021. DOI. 10.4236/ojped.2021.111014.

LIMA, L. M. B.; ALMEIDA, N. M. G. S. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 51-61, mar. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/s9MsRhGxrZKWZ4CgLrkwQ/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 fev. 2023.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE J. **Emergency triage: Manchester Triage Group**. 2 ed. Grã-Bretanha: Blackwell, 2006. 178 p.

MALTA, D. C. *et al.* Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1669-1679, dez. 2009. DOI. 10.1590/S1413-81232009000500008.

MORAES-PINTO, M. I.; SUANO-SOUZA, F.; ARANDA, C. S. Immune system: development and acquisition of immunological competence. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 97, s. 1, p. 59-66, 2021. DOI 10.1016/j.jped.2020.10.006.

PANDEE, U.; VALLIPAKORN, S. A.; PLITPONKARNPIM, A. The Profile of Pediatric Patients Visit Emergency Department at Urban University Hospital in Thailand. **Journal of the Medical Association of Thailand**, Bangkok, v. 98, n. 8, p. 761-767, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Sakda-Vallibhakara/publication/281281710\\_The\\_Profile\\_of\\_Pediatric\\_Patients\\_Visit\\_Emergency\\_Department\\_at\\_Urban\\_University\\_Hospital\\_in\\_Thailand/links/56e9aaf708ae3a5b48cc8b3a/The-Profile-of-Pediatric-Patients-Visit-Emergency-Department-at-Urban-University-Hospital-in-Thailand.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sakda-Vallibhakara/publication/281281710_The_Profile_of_Pediatric_Patients_Visit_Emergency_Department_at_Urban_University_Hospital_in_Thailand/links/56e9aaf708ae3a5b48cc8b3a/The-Profile-of-Pediatric-Patients-Visit-Emergency-Department-at-Urban-University-Hospital-in-Thailand.pdf). Acesso em: 20 fev. 2023.

RAFAEL, M. S. *et al.* Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. ID24919, 2017. DOI: 10.15448/1980-6108.2017.1.24919.

RATI, R. M. S. *et al.* “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3663-3672, dez. 2013. DOI. 10.1590/S1413-81232013001200022.

RAUSCH, M. C. P. *et al.* Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. **Grupo brasileiro de classificação de risco (GBCR)**, Belo Horizonte, 2 ed, 2017. Disponível em: <https://www.gbcr.org.br/wp-content/uploads/2021/03/DIRETRIZES.pdf>. Acesso em: 15 abril 2023.

RIEGEL, F. *et al.* Perfil dos pacientes e atendimentos pediátricos numa Unidade de Pronto Atendimento. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1309-1316, maio 2014. DOI. 10.5205/reuol.5863-50531-1-ED.0805201427.

ROMANI, H. M. *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/78](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78). Acesso em: 07 fev 2023.

SALGADO, R. M. P.; AGUERO, F. C. M. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. **Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 90-97, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-570040>. Acesso em: 15 abril 2023.

SANTOS, M. L. *et al.* Pronto atendimento infantil: quem utiliza e por que motivo. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 39, n. 2, p. 79-88, 2013. DOI. 10.5902/223658348916.

SILVA, B. R. *et al.* Perfil de crianças atendidas em um serviço de urgência e emergência no sul do Brasil. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 11, n. 1, 2021. DOI. 10.15210/jonah.v11i1.18981.