

DEMANDA POR CAUSAS EXTERNAS NA UPA PEDIÁTRICA DE CASCAVEL/PR: PERFIL, COMPLEXIDADE E RESOLUTIVIDADE

BONFADA, Patricia Lopes Branco¹
GRIEP, Rubens²

RESUMO

A literatura destaca as causas externas como uma das principais causas de morbimortalidade da população pediátrica e como a segunda causa sindrômica das demandas mais significativas nas unidades de atenção às urgências e emergências. O desconhecimento das características clínico-epidemiológicas da demanda pediátrica pela unidade de pronto atendimento impacta negativamente sobre o planejamento e gestão pública, bem como no cuidado em saúde da população. Este estudo objetiva descrever e analisar o perfil clínico-epidemiológico da demanda e a complexidade e resolutividade dos atendimentos por causas externas na UPA Pediátrica de Cascavel – PR, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. De um total de 26.030 atendidos no período, foram analisados 2.786 que correspondem ao total da população atendida por causas externas na unidade. Os principais resultados indicam a prevalência de crianças do sexo masculino, entre 3 e 10 anos de idade, nos períodos noturno e vespertino, com demandas de características urgentes ou pouco urgentes, principalmente ocasionadas por quedas, resultando sobretudo em traumas crânio encefálicos e fraturas de extremidades. A resolutividade se mostrou baixa para as demandas por causas externas, havendo necessidade recorrente de derivação dos pacientes a outros pontos da rede de atenção em relação à solução destes problemas de saúde da população pediátrica atendida pela unidade.

PALAVRAS-CHAVE: Causas externas. Urgência e emergência pediátrica. Pronto atendimento pediátrico.

DEMANDA POR CAUSAS EXTERNAS DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA A URGENCIAS DE CASCAVEL – PR: PERFIL, COMPLEJIDAD Y RESOLUTIVIDAD.

RESUMEN

La literatura destaca las causas externas como una de las más importante de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica, y además, como la segunda causa de búsqueda por las unidades de cuidados a las urgencias y emergencia. El desconocimiento de las características clínicas y epidemiológicas de la demanda asumen impactos negativos sobre la planificación y la gestión pública de los centros, bien como en el cuidado de la salud de esta población. Presenta como objetivo describir y analizar el perfil clínico y epidemiológico de la demanda y la complejidad y resolución de los servicios prestados a los niños por causas externas en la UPA Pediátrica Cascavel - PR, en el período del 1 de mayo al 30 de junio de 2015. Un total de 26.030 pacientes acudieron a la UPA en el período, se analizaron 2.786 correspondiente a la población total que se presentó por causas externas a la unidad. Los principales resultados indican que existe una prevalencia de los niños de sexo masculino entre 3 y 10 años de edad, sobre todo por la noche y tarde, con demandas urgentes o poco urgente, causadas principalmente por caídas, sobre todo lo que resulta en fracturas de miembros y traumas craneales. La resolución mostró baja a las demandas por causas externas, con la necesidad recurrente de encaminar los pacientes a otros puntos de la red de atención, con deficiencia en solucionar muchos de estos problemas de salud de la población pediátrica atendida por la unidad.

PALABRAS CLAVE: Causas externas. Urgencias pediátricas. Centro de atención a emergencias pediátricas.

1. INTRODUÇÃO

A saúde da criança tem sido assunto de profunda discussão e preocupação; bem como objeto de planejamento e investimento por parte do poder público e privado. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069, de 1990 (BRASIL, 2005), que entende como criança a pessoa até 12 anos

¹ Discente do curso de medicina pelo Centro Universitário FAG. E-mail: pbonfada@hotmail.com

² Professor orientador, docente do curso de medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: rgriep@gmail.com

incompletos e adolescente entre 12 a 18 anos, reafirmou os direitos destes à atenção integral à saúde, afirmando que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 2005, p.24), lhes sendo assegurado atendimento médico através do SUS - Sistema Único de Saúde, com acesso universal e igualitário às ações e serviços relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Como estratégia para enfrentar a fragmentação e a falta de continuidade e integralidade do cuidado surge o conceito das RAS's - Redes de Atenção à Saúde. Inserida na RAS's destaca-se a RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências, legislada pela Portaria n. 2.395 de 2011. Segundo Brasil (2013) a RUE está composta por vários pontos de atenção, com o suporte da atenção básica; destacando-se, além da atenção hospitalar, do SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, entre outros, as UPA's 24h - Unidades de Pronto Atendimento.

Segundo BRASIL (2011), UPA é uma unidade não hospitalar de atendimento 24 horas às urgências, considerada de **complexidade intermediária**. Compreende um elemento da rede entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar. A mesma portaria ainda estabelece as diretrizes para a implantação dessas unidades e esclarece que foi idealizada com objetivo de dar suporte às unidades básicas de saúde no acolhimento e na resolutividade de acometimentos agudos, bem como em contra referenciar e distribuir esta demanda aos demais níveis de atenção. “Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico [...]” (BRASIL, 2013, p.9); porém, a escassez de informação organizada e conhecimento acerca desses atendimentos é frequentemente descrita (BARACAT et al., 2000; OLIVEIRA e JORGE, 2008, VON RANDOW, 2012; BRASIL, 2013). O desconhecimento das características da demanda por parte da gestão pública é apenas um dos fatores que determinam os obstáculos à eficiência das redes.

Especialmente para a população pediátrica, a urgência e a emergência têm destaque em função da própria epidemiologia. Segundo o SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade, a partir de um ano de idade, as **causas externas** são a primeira causa de óbito, seguidas dos acometimentos do aparelho respiratório e doenças infecto-parasitárias (SIM, 2011). Frequentemente, portanto, essas causas de eventos agudos se destacam como principais causas de morbimortalidade, requerendo um serviço acessível, ágil e de qualidade. Apesar disso, “são raros os locais que coletam dados sistemáticos e rotineiros sobre causas externas e vítimas atendidas em unidades de urgência e emergência” (OLIVEIRA e JORGE, 2008, p. 428), atentando a enorme contribuição como fonte de informação e transformação que possibilitaria o conhecimento do perfil dessa população e desses eventos também no monitoramento dos acidentes e violências. Partindo

deste foco da transformação do cuidado a partir de profissionais conhecedores da realidade da sua demanda e baseado em evidências locais e personalizadas é possível dar um passo além e possibilitar que “aliado às pesquisas clínicas, os estudos epidemiológicos com coleta de dados em salas de emergência, centros de traumatologia e outras fontes hospitalares, possibilitem quantificar e identificar fatores de risco dentro de um enfoque preventivo” (BARACAT et al., 2000, p.369).

O município de Cascavel, segundo o censo demográfico do IBGE (2010), possui população de 286.205 habitantes (com uma população estimada para 2016 de 316.226 habitantes); destes, 65.047 tem idade entre zero e 14 anos, sendo 32.849 do sexo masculino e 32.198 do sexo feminino. Para atender às urgências e emergências desta faixa etária, o município conta com a UPA pediátrica, com foco no atendimento a crianças e adolescentes menores de 14 anos, constituindo-se no único estabelecimento portas abertas para atender às urgências e emergências pediátricas através do SUS; proporcionando uma amostra representativa desta demanda. A UPA pediátrica de Cascavel atendeu em 2015 um total de 52.556 pacientes, segundo dados cedidos pela própria instituição. No período não contava com um sistema de informação que possibilitasse caracterizar a demanda e, portanto, desconhece-se o perfil clínico e epidemiológico, bem como o grau de complexidade dos atendimentos ali realizados e o quão resolutiva é a prestação de serviços para os problemas de saúde da população pediátrica do município ali atendida.

Este estudo tem como objetivo **descrever e analisar o perfil clínico-epidemiológico da demanda e a complexidade e resolutividade dos atendimentos por causas externas na UPA Pediátrica de Cascavel – PR**. Para tanto, delinear-se-ão como objetivos específicos: quantificar os pacientes atendidos por causas externas na unidade, identificando a representatividade desta em relação ao total de etiologias; caracterizar o perfil epidemiológico da demanda; caracterizar o perfil clínico dos atendimentos, identificando as principais hipóteses diagnósticas e mecanismos de trauma; identificar a complexidade dos atendimentos com base na classificação de gravidade identificada na triagem, bem como na necessidade de internamento e/ou encaminhamento; identificar o grau de resolutividade alcançado pelos atendimentos e a necessidade de encaminhamento a outros pontos da rede de atenção.

Visa como principal benefício identificar os pontos críticos de transformação, contribuindo não apenas como uma ferramenta de gestão, mas principalmente como um instrumento sanitário, de organização do cuidado da população pediátrica a partir do conhecimento da realidade.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, retrospectiva, de natureza exploratória, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, na qual foi analisada a totalidade de prontuários, todos não eletrônicos, por demanda de causas externas, do período entre 01 de janeiro e 30 de junho de 2015, representando uma população de 2.786 pacientes, que totalizam 10,70% do total de 26.030 atendimentos realizados no período pela unidade. A coleta de dados foi realizada junto à UPA Pediátrica Cascavel, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel durante o segundo semestre de 2016. Foram incluídos na análise a totalidade de prontuários de pacientes de zero a 13 anos, 11 meses e 29 dias atendidos pela unidade de pronto atendimento pediátrico de Cascavel - PR, no período anteriormente estabelecido, de acordo com a faixa etária prioritária para atendimento pela unidade

A partir de planilha previamente estruturada foram coletadas as seguintes variáveis de estudo:

1. Informações do atendimento: data e hora da chegada, triagem e atendimento, tempo de espera, desistência, derivação; 2. Variáveis demográficas relacionadas ao paciente: sexo, faixa etária, bairro de origem; 3. Triagem: classificação de Manchester e uso prévio de medicamentos; 4. Atendimento médico: variáveis baseadas na CIAP-2 - Classificação Internacional de Atenção Primária (motivo da consulta e hipótese diagnóstica); 5. Condições de Alta: alta, alta com encaminhamento ambulatorial, internação, observação, transferência para serviço de maior complexidade e óbito. 6. Se transferência: forma de deslocamento e local de referenciamento; 7. Se Internação: tempo de permanência.

Estes resultados são parte de uma análise completa do perfil clínico-epidemiológico da demanda da UPA Pediátrica do ano de 2015. Foi empregada análise descritiva dos dados obtidos através da distribuição de frequência das respostas e os dados tabulados e armazenados em planilha do Microsoft Excel versão 2016. O projeto para realização desta pesquisa foi aprovado junto ao comitê de ética sob identificação: CAAE: 58145616.0.0000.5219.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A literatura mostra que a demanda pelos serviços de urgência e emergência médica tem aumentado ao longo dos anos, tanto em número de consultas quanto na permanência na emergência. (VIEIRA et al., 2015; BRASIL, 2013; CARRET et al., 2011; OLSHAKER e RATHLEV, 2006; FERNANDEZ et al., 2010).

Um acidente infantil é caracterizado como “a presença de dano físico produzido em consequência de um acometimento fortuito de caráter involuntário” (GUISÁN et al., 2006, p.276). Na população até 14 anos, “as consultas de urgência são mais frequentes em menores de 5 anos (62,5%), sendo o grupo de 2 a 5 anos o mais demandante” (Cano e Carballo, 2000, p. 78), diminuindo a incidência com o avanço da idade; já Massin et al. (2006) encontraram uma prevalência de 52,7% em menores de 3 anos. Alguns autores exploram a sazonalidade das queixas, abrangendo o turno do dia, dia da semana, mês do ano (CANO e CARBALLO, 2000; CARRET et al., 2011; OLIVEIRA e SOCHI, 2002), sendo que as maiores demandas variam entre os períodos vespertino e noturno, dependendo do serviço.

3.1 FLUXOS NA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Como as UPA's, são unidades portas abertas, proporciona a entrada nos seus serviços de formas diversas e são variáveis frequentes nos estudos existentes (VIEIRA, et al., 2015), sendo responsáveis pelos atendimentos com demanda espontânea ou referenciados (VON RANDOW, 2012); assim, os pacientes adentram à UPA através do SAMU, do SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência), por meios próprios ou outras formas.

Os acidentes pediátricos são uma demanda frequente nas UPA's; porém, as afecções mais graves são referenciadas diretamente à rede hospitalar, sobretudo quando entram no sistema através do SAMU (MELO e VASCONCELOS, 2005). Segundo CABEZA et al., 2007, os pacientes pediátricos referenciados, em comparação àqueles de demanda espontânea são, em geral, de maior gravidade, sendo que 28,2% necessitaram internamento hospitalar enquanto aqueles que ingressaram por iniciativa própria, 3,9% necessitaram.

Uma vez adentrado na UPA, esta objetiva prestar atendimento resolutivo e qualificado a estes pacientes com quadros agudos, evoluindo com alta, transferência ou óbito (VIEIRA, et al, 2015). Acerca do encaminhamento após o atendimento, Carret et al. (2001) mostra que dentre adultos no sul do Brasil, 52% foram encaminhados para casa, 15% para avaliação ambulatorial, 11,3% a especialistas, 8,8% internados, 9,8% receberam outro encaminhamento.

A UPA deve ordenar o atendimento a fim de garantir, além da atenção qualificada e **resolutiva** para as pequenas e médias urgências, também a estabilização e referência a serviços hospitalares de média e alta complexidade adequados aos pacientes graves dentro do SUS, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências (BRASIL, 2002). Portanto, quadros sem resolução em 24 horas devem ser encaminhados para internamento hospitalar

através da central de leitos. Porém, devido “à demanda excessiva de atendimentos e por falta de vagas nos grandes hospitais, pacientes permanecem internados [...] por mais de 24 horas, aguardando melhora clínica ou transferência” (VIEIRA et al., 2015, p. 23).

3.2 CAUSAS EXTERNAS NO CONTEXTO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Invariavelmente, quando objetiva-se conhecer o perfil de morbidade pediátrica em urgências e emergências, os estudos buscam identificar as queixas e hipóteses diagnósticas mais prevalentes (CABEZA et al., 2007; VARELA e GARCIA, 2011; CANO et al., 2011, CARRET et al., 2011) e de um modo geral são classificadas em **causas externas**; doenças dos aparelhos respiratório, circulatório, geniturinário, osteomuscular e tecido conjuntivo, digestivo, nervoso, transtornos mentais e comportamentais, entre outros.

Dentre os diagnósticos sindrômicos mais prevalentes destacaram-se as **infecções respiratórias de vias aéreas superiores** como as principais causas de busca dos serviços de urgência pediátrica segundo a maioria dos autores (BUBOLTZ et al., 2015; BUNGART et al., 2015; FARNESE et al., 2015; SEHABIAGUE et al., 2012; VARELA e GARCIA, 2011; CABEZA et al., 2007; MASSIN et al., 2006; ARMENTIA et al., 1996). Além destas, Varela e García (2011) destacam as **feridas e traumatismos** como causas prevalentemente subsequentes.

Neste contexto de acidente são variáveis importantes a considerar na população pediátrica o local do acidente (casa, escola, via pública), antecedente de acidente, cenário do acidente, horário, distribuição ao longo do ano. Guisán et al. (2006) identificaram que até os 18 anos, os acidentes prevalecem no sexo masculino (65%) e entre estes a média de idade é de 9 anos. Verificaram ainda que são ocasionados principalmente por quedas e golpes em quase 70% dos casos, seguidos por acidentes de bicicleta, atropelamentos, intoxicações, acidente automobilístico, afogamento, queimaduras e mordeduras. Destacam-se como principais tipos de acidente: TCE, fratura simples de extremidade, poli trauma, contusão abdominal simples, ferida de extremidade, bronco-aspiração, ingestão de corpo estranho, intoxicação medicamentos, queimaduras, feridas e contusões genitais, ingestão de cáusticos, sufocamento.

De modo geral, a prevalência desses diagnósticos já foi bem estabelecida; porém, varia conforme a localidade, o período do ano, o dia da semana, o horário do dia, as características socioeconômicas, entre outras variáveis.

Cada uma dessas demandas terá um tempo de espera para atendimento, fator este dependente de muitas variáveis, entre elas, a saturação do sistema, a capacidade de organizar e gerir o cuidado e a gravidade do quadro clínico no momento da triagem. Carret et al. (2011) verificou que 70,1% dos pacientes que utilizaram os serviços de urgência e emergência foram atendidos em 15 minutos, destes, 40,4% em até 5 minutos e 10,9% tardou mais de 30 minutos.

A triagem cada vez mais está amparada por instrumentos que possibilitam, da maneira mais objetiva, triar e priorizar o atendimento dos pacientes de acordo com a gravidade. “A situação de saturação dos serviços de urgência intensificou o desenvolvimento de estratégias para gerir com eficiência o incremento no fluxo de pacientes [...] entre elas estão os sistemas de classificação dos pacientes em sua chegada ou sistemas de triagem” (FERNANDEZ et al., 2010, p. 355). Dentre os mais conhecidos e utilizados estão: o *Canadian ED Triage and Acuity Scale*; o *Manchester Triage Scale*, e o *Emergency Severity Index*. Esse rastreamento é feito, no Brasil, principalmente através da escala de triagem de Manchester que classifica os pacientes em cores de acordo com variáveis bem definidas de gravidade e define um tempo limite para o atendimento. Porém, há variações em relação ao tempo de espera para o atendimento dependendo da instituição.

Diante do perfil de adoecimento, a depender do quadro clínico, da gravidade do caso e dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis na UPA, algumas condutas podem ser tomadas pelo profissional em saúde. Em comparação à atenção básica e à rede hospitalar, a UPA surge como uma proposta intermediária e “inova, ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação” (BUNGART et al., 2015, p. 3157).

3.4 UPA: RESOLUTIVIDADE E DESAFIOS

A demanda inadequada de baixa complexidade é uma das grandes responsáveis pela sobrecarga das UPA's. Segundo Carret et al. (2011), porém, estas também recebem diferentes agravos em saúde de extrema gravidade que extrapolam a capacidade de atendimento deste modelo de unidade, conferindo a necessidade da constituição das redes de atenção para garantir o acesso universal e integral dos usuários. De todas as maneiras, a UPA, como parte da RAS é considerada uma condição indispensável para a superação dos desafios atuais do cenário da saúde; porém, para Machado (2009) é necessário uma reestruturação dessas unidades, acompanhada do fortalecimento dos outros níveis de atenção, de modo que, apenas desta forma seria possível uma atenção verdadeiramente integral. O'Dwyer (2010) concorda, afirmando que as UPA's têm sido alvo de

grande impacto e de críticas que abrangem a quantidade, qualidade e resolutividade da assistência prestada, justamente pela deficiência na consolidação das RAS.

Segundo Brasil (2011), as UPA's podem resolver a maioria das demandas de urgência e emergência, contribuindo para redução das filas em prontos-socorros dos ambientes hospitalares; todavia, estas, ao contrário do que propõem as RAS, “historicamente têm-se constituído em serviços que reproduzem de maneira significativa a fragmentação do cuidado” (VON RANDOW, 2012, p.27), embora façam parte do cenário de assistência à saúde que almeja a articulação dos diversos níveis de atenção à saúde a fim de garantir resolutividade e integralidade do cuidado. “Os serviços não se apresentam resolutivos diante dos problemas de saúde das crianças [...] evidenciando um sistema de atenção à saúde da criança fragmentado” (SILVA et al.; 2013, apud BUBOLTZ et al., 2015, p. 1031). Portanto, diante deste contexto, a inserção das UPA's na RAS tem se configurado um desafio para o SUS justamente porque:

[...] muitas vezes este lócus de atenção à saúde não assegura a resolubilidade, devido à ineficiência de orientações e estratégias para garantir ao indivíduo atendido a continuidade da assistência em outro nível de atenção à saúde ou nos demais equipamentos sociais da rede. Assim, a integração deste serviço aos demais serviços da rede é fundamental para a continuidade e integralidade do cuidado (VON RANDOW, 2012, p.5).

Assim sendo, a proposta de mudança de modelo assistencial de saúde deve estar aliada à proposta de transformações das práticas gerenciais. Para Von Randow (2012) as práticas gerenciais devem ter enfoque na equipe de saúde e no processo de cuidar com visão à integração dos serviços de saúde em rede e, assim, a integralidade do cuidado. Neste contexto, os estudos epidemiológicos, a partir da coleta de dados em unidades de emergência, possibilitam quantificar e identificar a realidade dos atendimentos e os fatores de risco para agravos, desde um enfoque preventivo. Este conhecimento acerca da realidade das emergências pediátricas locais; ademais, permitem identificar deficiências no atendimento da atenção básica, pré-hospitalar e do próprio atendimento hospitalar.

Oliveira e Jorge (2008) destacam a importância da análise sistemática dos dados referentes aos atendimentos em unidades de urgência e emergência, visando o monitoramento das suas causas. Considerando que as causas externas é a principal causa de mortalidade entre crianças maiores de um ano e adolescentes, estes autores destacam que no Brasil “são raros os locais que coletam dados sistemáticos e rotineiros sobre causas externas e vítimas atendidas em unidades de urgência e emergência” (OLIVEIRA e JORGE, 2008, p. 428), atentando a enorme contribuição como fonte de informação e transformação que possibilitaria o conhecimento do perfil dessa população e desses eventos também no monitoramento dos acidentes e violências.

Em relação à importância das estatísticas de morbidade, Lebrão (1995) destaca, apesar das dificuldades, a maior utilidade das estatísticas de morbidade em relação às de mortalidade, uma vez que aquelas percebem a saúde da forma que se apresenta, representando a saúde de uma população com maior sensibilidade se comparado a taxa de óbitos, por exemplo. A utilidade das estatísticas de morbidade está em geral ligada a informação, detalhada nos seguintes pontos:

a) quantas pessoas sofrem de determinadas doenças, com que frequência e por quanto tempo; b) que demanda exercem essas doenças sobre os recursos médicos de saúde pública e que perda financeira causam; c) qual a letalidade das diferentes doenças; d) em que extensão as pessoas estão prevenidas contra essas doenças ao efetuar suas atividades normais; e) em que extensão as doenças estão concentradas em grupos específicos da população, por exemplo, de acordo com a idade, sexo, grupo étnico, ocupação ou lugar de residência; f) qual a variação desses fatores no tempo; g) qual o efeito da atenção médica e dos serviços de saúde pública sobre o controle da incidência da doença. (LEBRÃO, 1995, p. 51 e 52)

Estes conhecimentos “permitem também identificar deficiências do atendimento pré-hospitalar, do próprio atendimento hospitalar e do reconhecimento de fatores prognósticos imediatos” (NAVASCUES DEL RIO et al., 1997, apud BARACAT et al., 2000, p. 369); possibilitando transformar positivamente o cuidado.

Sendo assim, essa busca por conhecer o perfil social e de adoecimento do usuário, portanto, não objetiva apenas atender a uma possível demanda das secretarias de saúde ou órgão gestor, embora seja uma de suas importâncias; mas, mais que isso, de construir possibilidades do cuidado, investigando formas de fazer diferente e construir melhores práticas que possibilitem o acolhimento irrestrito e resolutivo das questões de saúde integral da criança. Compreende-se, portanto, como uma oportunidade de organização do cuidado às causas externas a partir do conhecimento da realidade, possibilitando a prestação de um serviço mais humanizado e próximo do contexto no qual a população está inserida.

Partindo deste foco da transformação do cuidado a partir de profissionais conhecedores da realidade da sua demanda e baseado em evidências locais e personalizadas é possível dar um passo além e possibilitar que “aliado às pesquisas clínicas, os estudos epidemiológicos com coleta de dados em salas de emergência, centros de traumatologia e outras fontes hospitalares, possibilitam quantificar e identificar fatores de risco dentro de um enfoque preventivo” (BARACAT et al., 2000, p.369). Para Von Randow (2012), diante das modificações necessárias ao modelo de assistência vigente, são exigidas transformações nos modelos de gestão; porém, com foco na adesão e o comprometimento dos atores capazes de operacionalizar ações e serviços para a integração de diferentes níveis de atenção à saúde, visando resolutividade de acordo com as necessidades dos indivíduos.

Dentro os principais desafios destacam-se a informatização da rede e o distanciamento da gestão do cuidado, verificando “a necessidade de desenvolvimento de práticas gerenciais com enfoque na equipe de saúde e no processo de cuidar” (VON RANDOW, 2012, p. 05). A partir desta constatação, evidencia-se a importância da sistematização e tratamento da informação através de um sistema que permita conhecimento atualizado e constante da realidade; bem como a aproximação com a gestão do cuidado, que ao final, é o objetivo da atenção à saúde. De modo que, o melhor conhecimento da epidemiologia das urgência e emergências pediátricas locais facilita uma melhor atenção às mesmas.

Dentre as limitações apontadas por estudos semelhantes ao proposto, se destacam a frequência significativa de prontuários clínicos não preenchidos ou preenchidos de forma incompleta, principalmente pelo profissional médico, supondo a subnotificação de informações para futuras pesquisas e intervenções de saúde (DUBUC e FERRARI, 2006). Oliveira e Jorge destacam a má qualidade do preenchimento de prontuários, preenchidas de forma não homogênea para todas as variáveis, o que implica na menor fidedignidade do estudo; “contudo, é também de relevância no sentido que aponta para as possíveis limitações deste tipo de levantamento, qual seja o realizado em unidades de urgência e emergência (OLIVEIRA e JORGE, 2008, p.426). Diante destas limitações há necessidade do manuseio e construção cuidadosa de informação para uso na transformação da realidade.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DEMANDA

O total de atendimentos realizados pela UPA pediátrica nos meses de janeiro a junho de 2015 somaram **26.030** consultas, sendo que destas, **2.786** (10,70%) se deram em função de demandas por causas externas. O acesso dessa população ocorreu principalmente através de meios próprios (auto demanda), totalizando 92,64%; enquanto a minoria, 7,16%, foi referenciada (2,33% tiveram acesso a partir da regulação do SAMU e 4,82% através do SIATE).

Tabela 1: Perfil epidemiológico da amostra estudada.

Característica	Jan		Fev		Mar		Abr		Mai		Jun		Total		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
Total de atendimentos no período	3395	100	3190	100	5277	100	6058	100	4039	100	4071	100	26030	100	
Total de atendimentos por causas externas	477	14,05	464	14,55	479	9,08	488	8,05	440	10,89	438	11,57	2786	10,70	
Desistências	6	1,26	1	0,22	28	5,85	32	6,56	12	2,73	7	1,60	86	3,09	
Sexo	Masc	265	55,56	282	60,78	294	61,38	281	57,58	262	59,55	253	57,76	1637	58,76
	Fem	212	44,44	182	39,22	185	38,62	207	42,42	178	40,45	185	42,24	1149	41,24
Faixa Etária	<1 ano	44	9,22	49	10,56	51	10,65	32	6,56	30	6,82	48	10,96	254	9,15
	1-2 anos	70	14,67	64	13,79	66	13,78	67	13,73	70	15,91	71	16,21	408	14,64
	3-6 anos	168	35,22	144	31,03	156	32,57	163	33,40	145	32,95	137	31,28	913	32,77
	7-10 anos	122	25,58	115	24,78	107	22,34	110	22,54	100	22,73	99	22,60	654	23,47
	11-14 anos	73	15,30	90	19,40	96	20,04	113	23,16	94	21,36	82	18,72	548	19,67
	>14 anos	0	0	2	0,43	3	0,63	2	0,41	1	0,23	1	0,23	9	0,32
Raça	Branco	329	68,97	319	68,75	341	71,19	357	73,16	298	67,73	318	72,60	1962	70,42
	Pardo	121	25,37	123	26,51	113	23,59	113	23,15	129	29,32	110	25,11	709	25,45
	Outra	27	5,66	23	4,96	25	5,22	18	3,69	110	25,00	10	2,28	115	4,13
Período *	Manhã	61	12,79	71	15,30	99	20,67	95	19,47	77	17,50	78	17,81	481	17,26
	Tarde	173	36,27	181	39,01	170	35,49	191	39,14	186	42,27	184	42,01	1085	38,94
	Noite	216	45,28	187	40,30	187	39,04	189	38,73	167	37,95	165	37,67	1111	39,88
	Madrugada	27	5,66	25	5,39	23	4,80	13	2,66	10	2,27	11	2,51	109	3,91
Tempo de espera	SEM**	17	3,56	20	4,31	34	7,10	25	5,12	30	6,82	22	5,02	148	5,31
	0-15 min	124	26,00	136	29,31	56	11,69	54	11,07	63	14,32	76	17,35	509	18,27
	16-30 min	179	37,53	170	36,64	77	16,07	85	17,42	100	22,73	107	24,43	718	25,77
	31min - 1h	110	23,06	101	21,77	126	26,30	100	20,49	107	24,32	107	24,43	651	23,37
	1-2 h	41	8,59	33	7,11	104	21,71	134	27,46	97	22,04	99	22,60	508	18,23
	2-3h	3	0,63	4	0,86	43	8,98	47	9,63	25	5,68	14	3,20	136	4,88
	3-6h	3	0,63	0	0	39	8,14	43	8,81	18	4,09	13	2,97	116	4,16
Tipo de derivação	Própria	443	92,87	427	92,03	443	92,48	453	92,83	410	93,18	405	92,47	2581	92,64
	SAMU	13	2,73	10	2,15	8	1,67	9	1,84	10	2,27	15	3,42	65	2,33
	SIATE	15	3,14	25	5,39	27	5,64	23	4,71	19	4,32	17	3,88	126	4,52
	Outro	6	1,26	2	0,43	1	0,21	3	0,61	1	0,23	1	0,23	14	0,50
Origem	Cascavel	466	97,69	453	97,63	474	98,96	484	99,18	437	99,32	431	98,40	2745	98,53
	Trânsito	11	2,31	11	2,37	5	1,04	4	0,82	3	0,68	7	1,60	41	1,47

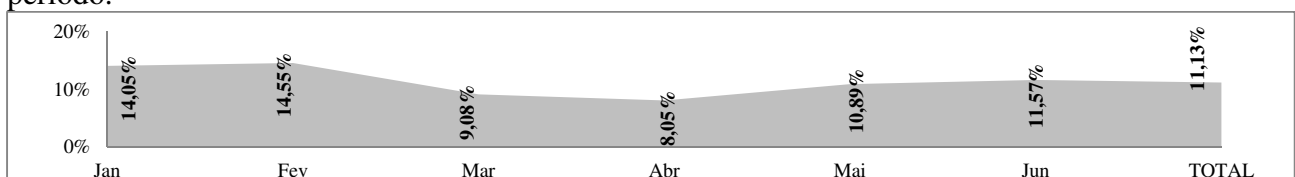
*Manhã (06:00 às 12:00h), Tarde (12:00 às 18:00h), Noite (18:00 às 00:00h), Madrugada (00:00 às 06:00h)

**SEM (significa que o horário não foi preenchido em algum momento do atendimento)

O sexo masculino foi maioria entre os atendimentos, coincidindo com outros estudos relativos a causas externas, totalizando 58,76% da demanda. Destaca-se a faixa-etária entre 3 e 6 anos (32,77%), seguidos dos entre 7 e 10 anos (25,95%). A maioria considerou-se branco, alcançando 70,42% do total.

A bibliografia demonstra demanda maior nos meses de inverno por doenças do aparelho respiratório. A porcentagem de atendimentos mostrou que nos meses de janeiro e fevereiro a demanda por causas externas foi superior percentualmente se comparado aos meses seguintes, conforme apresentado no gráfico 01. Importante considerar que o mês de março coincide com o reinício do período escolar e com o incremento da demanda por enfermidades dos tratos respiratório e gastrointestinal. Embora a demanda total pela UPA tenha aumentado significativamente em número absoluto a partir deste período, a porcentagem de causas externas reduziu significativamente.

Gráfico 01: Porcentagem de atendimentos por causa externa em relação aos atendimentos totais no período.

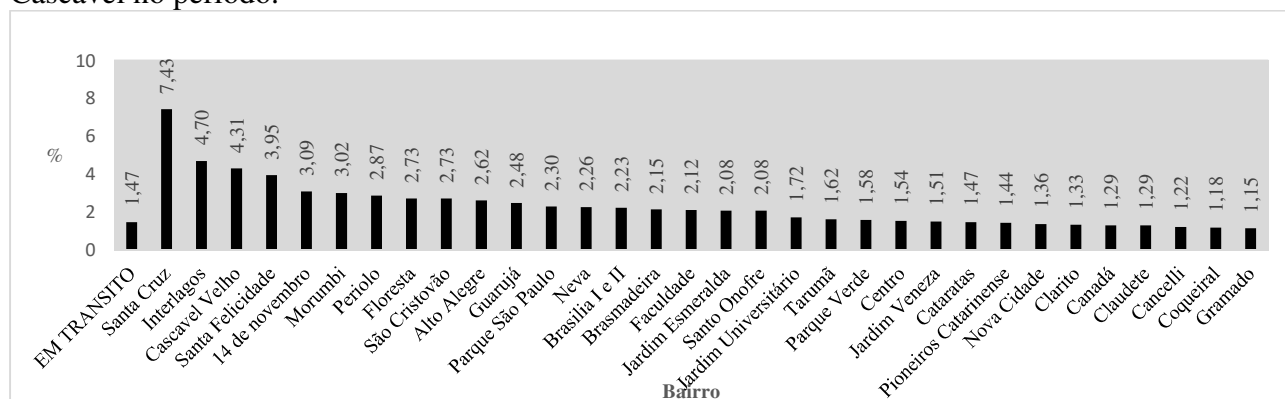


A maior procura por razões de causas externas ocorreu no período noturno (39,88%), seguido do vespertino (38,94%), coincidindo com os maiores tempos de espera para receber atendimento em função da superlotação, que conserva relação com os períodos de maior desistência do atendimento.

Em relação ao tempo de espera, como variável independente, no período, 25,77% dos pacientes aguardou de 16 a 30 minutos entre a chegada à unidade e o atendimento médico e 23,37% entre 31 e 60 minutos. Nos meses de março, abril e maio, meses em que a demanda geral experimentou incremento, o tempo de espera foi superior, sendo que em abril, a maioria precisou aguardar entre 1 e 2 horas para receber atendimento médico.

Os pacientes, em sua grande maioria (98,53%) são residentes no município de Cascavel; enquanto 1,47% estava em trânsito, tendo origem de outro município. Alguns bairros se destacaram como principais utilizadores da unidade, como se observa no gráfico 02. O bairro Santa Cruz demandou 7,43% dos atendimentos por motivo de causas externas; seguido do Interlagos, Cascavel Velho, Santa Felicidade e 14 de Novembro.

Gráfico 02: Porcentagem de atendimentos por bairro, por causas externas, na UPA Pediátrica de Cascavel no período.



O bairro Santa Cruz, maior demandante de serviços, está localizado justaposto geograficamente à UPA Pediátrica. O segundo maior utilizador dos serviços, o bairro Interlagos, em contrapartida, localiza-se a aproximadamente 11,3km, no extremo nordeste do município. Na sequência, os bairros Cascavel Velho e Santa Felicidade distam, respectivamente, em torno de 8,1 e 5 km da unidade. Estes dados permitem identificar, independentemente da distância, a necessidade e procura pelos serviços prestados pela UPA Pediátrica de Cascavel.

4.2 PERFIL CLÍNICO DOS ATENDIMENTOS

A caracterização do perfil clínico dos atendimentos por causas externas limitou-se a identificar os principais mecanismos de trauma e hipóteses diagnósticas, variáveis estas bem descritas nos prontuários. Outras variáveis como sintomatologia, exames complementares e tratamentos ambulatoriais instituídos, apresentavam informações deficientes e incompletas, invalidando sua quantificação e análise.

Os mecanismos de trauma que levaram às intercorrências por causas externas no período, em relação aos eventos de baixa e média complexidade, estão bem estabelecidos no município conforme apresentado na tabela 2. As quedas foram o mecanismo mais frequente em todos os meses do estudo, totalizando 54,58% do total, com predomínio das quedas de altura (31,94%) sobre as de mesmo nível (22,64%).

Tabela 2: Número E Porcentagem De Causas Externas Por Mecanismo Do Trauma No Período, Por Mês.

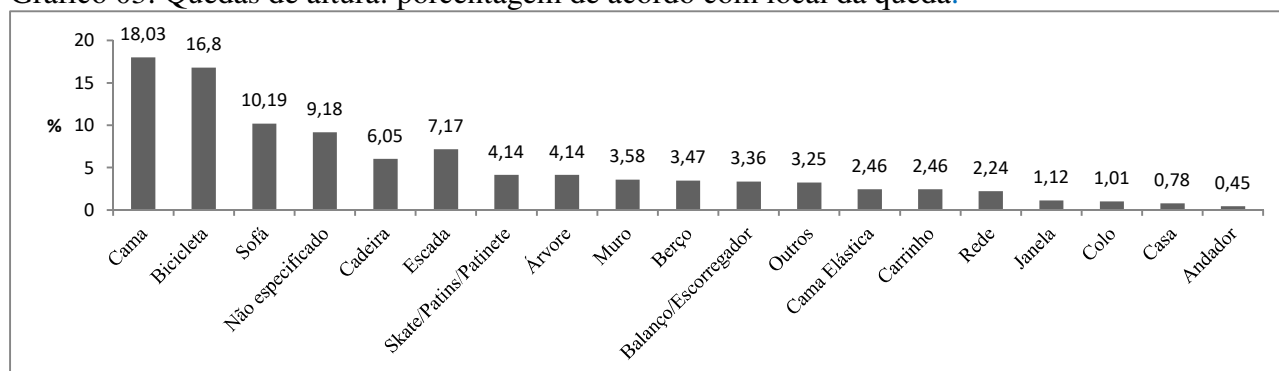
Mecanismo	Total		Jan		Fev		Mar		Abr		Mai		Jun	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Total de atendimentos	2786	10,70	477	14,05	464	14,55	479	9,08	488	8,05	440	10,89	438	11,57
Quedas	1526	54,58	239	49,80	237	50,97	252	52,61	291	59,52	248	56,11	259	58,73
Queda de Altura	893	31,94	147	30,63	141	30,32	138	28,81	152	31,08	139	31,45	176	39,91
Queda de Mesmo Nível	633	22,64	92	19,17	96	20,65	114	23,80	139	28,43	109	24,66	83	18,82
Outros	451	16,13	94	19,58	79	16,99	71	14,82	66	13,50	71	16,06	70	15,87
Choque contra anteparo	205	7,33	36	7,50	21	4,52	34	7,10	37	7,57	39	8,82	38	8,62
Objeto Lançado	122	4,36	27	5,63	26	5,59	20	4,18	16	3,27	19	4,30	14	3,17
Puxão/Tração	45	1,61	5	1,04	15	3,23	8	1,67	5	1,02	6	1,36	6	1,36
Preensão porta/janela	37	1,32	13	2,71	7	1,51	5	1,04	0	0,00	5	1,13	7	1,59
Outro Mecanismo	28	1,00	9	1,88	4	0,86	3	0,63	7	1,43	2	0,45	3	0,68
Acidente perfurante	11	0,39	4	0,83	4	0,86	1	0,21	0	0,00	0	0,00	2	0,45
Sufocamento Acidental	2	0,07	0	0,00	2	0,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Afogamento	1	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,20	0	0,00	0	0,00
Envenenamento	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Animais	346	12,37	59	12,29	55	11,83	62	12,94	68	13,91	58	13,12	44	9,98
Picada Inseto	150	5,36	21	4,38	23	4,95	28	5,85	33	6,75	27	6,11	18	4,08
Mordedura Cachorro	141	5,04	25	5,21	22	4,73	24	5,01	25	5,11	25	5,66	20	4,54
Ferroadada de Abelha	22	0,79	5	1,04	3	0,65	4	0,84	4	0,82	4	0,90	2	0,45
Acidente c/ Aranha	15	0,54	0	0,00	3	0,65	2	0,42	4	0,82	2	0,45	4	0,91
Arranhadura do Gato	8	0,29	4	0,83	2	0,43	1	0,21	1	0,20	0	0,00	0	0,00
Acidente c/ Formiga	3	0,11	1	0,21	2	0,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Mordedura Rato	2	0,07	0	0,00	0	0,00	2	0,42	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Outros Animais	2	0,07	0	0,00	0	0,00	1	0,21	1	0,20	0	0,00	0	0,00
Acidente Ofídico	2	0,07	2	0,42	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acidente c/ Escorpião	1	0,04	1	0,21	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Corpo Estranho	190	6,80	32	6,67	50	10,75	34	7,10	19	3,89	31	7,01	24	5,44
Ingestão de CE	68	2,43	12	2,50	23	4,95	10	2,09	9	1,84	10	2,26	4	0,91
CE Nasal	44	1,57	6	1,25	12	2,58	11	2,30	3	0,61	8	1,81	4	0,91
CE em Orelha	35	1,25	8	1,67	6	1,29	7	1,46	2	0,41	7	1,58	5	1,13
CE Ocular	25	0,89	5	1,04	7	1,51	4	0,84	3	0,61	4	0,90	2	0,45
CE em Pele	10	0,36	1	0,21	0	0,00	2	0,42	2	0,41	2	0,45	3	0,68
CE em Via Aérea	8	0,29	0	0,00	2	0,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	1,36
Trânsito	105	3,76	13	2,71	20	4,30	22	4,59	13	2,66	16	3,62	21	4,76
Atropelamento	50	1,79	6	1,25	6	1,29	12	2,51	4	0,82	9	2,04	13	2,95
Acidente Automobilístico	55	1,97	7	1,46	14	3,01	10	2,09	9	1,84	7	1,58	8	1,81
Intoxicação exógena	67	2,40	14	2,92	13	2,80	15	3,13	12	2,45	9	2,04	4	0,91
Por Medicamentos	30	1,07	6	1,25	6	1,29	8	1,67	6	1,23	3	0,68	1	0,23
Por Produtos do Lar	18	0,64	2	0,42	3	0,65	6	1,25	5	1,02	1	0,23	1	0,23
Por outros Produtos	13	0,46	3	0,63	4	0,86	1	0,21	0	0,00	3	0,68	2	0,45
Por outras Drogas	4	0,14	1	0,21	0	0,00	0	0,00	1	0,20	1	0,23	1	0,23
Por Alcool	3	0,11	2	0,42	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,23	0	0,00
Por CO	1	0,04	1	0,21	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Queimaduras	59	2,11	19	3,96	6	1,29	12	2,51	11	2,25	1	0,23	10	2,27
Por Substância Quente	30	1,07	9	1,88	2	0,43	5	1,04	8	1,64	1	0,23	5	1,13
Por Fogo	23	0,82	8	1,67	4	0,86	5	1,04	3	0,61	0	0,00	3	0,68
Solar	3	0,11	2	0,42	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,23
Por Choque Elétrico	2	0,07	0	0,00	0	0,00	2	0,42	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Por Produto Químico	1	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,23
Violência	52	1,86	10	2,08	5	1,08	11	2,30	9	1,84	8	1,81	9	2,04
Briga / Agressões	19	0,68	2	0,42	2	0,43	5	1,04	5	1,02	2	0,45	3	0,68
Maus Tratos	17	0,61	5	1,04	2	0,43	2	0,42	2	0,41	1	0,23	5	1,13
FAB	6	0,21	1	0,21	0	0,00	3	0,63	1	0,20	1	0,23	0	0,00

Violência Sexual	5	0,18	1	0,21	1	0,22	0	0,00	1	0,20	1	0,23	1	0,23
Tentativa de Suicídio	3	0,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,68	0	0,00
FAF	1	0,04	1	0,21	0	0,00	1	0,21	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Os acidentes com animais representaram o segundo mecanismo mais frequente (12,37%), com destaque para picada de insetos, mordedura canina e ferroadada de abelha, que juntos representando 11,19% do total. Choques contra anteparos representaram 7,11% dos casos e os acidentes envolvendo ingestão, inalação ou introdução de corpos estranhos totalizaram 6,96%. Na sequência, destacam-se os objetos lançados (4,45%), seguido dos acidentes de trânsito (3,77%) com percentuais semelhantes entre acidentes automobilísticos e atropelamentos, respectivamente 1,97% e 1,79%. Dentre as intoxicações exógenas, que totalizam 2,48% dos casos, destacam-se a intoxicação por medicamentos e por produtos do lar.

As quedas de altura, mecanismo mais frequente, totalizando 893 casos no período, ocorreram principalmente dentro do lar ou durante a realização de atividades de lazer. Foi atendido um total de 161 crianças que sofreram queda principalmente do leito/cama (18,03%), seguido das quedas de bicicleta, sofá, cadeira e escada, conforme gráfico 03.

Gráfico 03: Quedas de altura: porcentagem de acordo com local da queda.



Com exceção dos corpos estranhos, todos os demais mecanismos citados foram mais prevalentes no sexo masculino como apresentado na tabela 03.

A relação entre mecanismo do trauma e faixa etária demonstra que nos menores de 2 anos de idade destacaram-se como mecanismos mais frequentes as quedas de altura, queimaduras e acidentes com animais. As quedas de mesmo nível, em contrapartida, foram mais prevalentes a partir dos 3 anos de idade.

As intoxicações exógenas por álcool ou drogas, em 86% dos casos, ocorreram na faixa etária entre 11 e 14 anos de idade; já as por medicamentos apresentaram um pico entre 1 e 4 anos com ingestão acidental (63,33% dos casos) e outro entre 10 e 14 anos com ingestão intencional (16,66% dos casos). Em relação às queimaduras, 70% das ocasionadas por substâncias quentes ocorreram na

faixa etária entre 6 meses e 2 anos; já as queimaduras por fogo tiveram um pico entre 1 e 4 anos de idade (52,2%) e outro entre 10 e 14 anos (34,8%).

Tabela 03: Relação entre mecanismo do trauma, sexo e faixa etária.

	TOTAL	Queda de Altura		Queda de Mesmo Nível		Outros		Animais		Corpo Estranho		Transito		Intoxicação Exógena		Queimadura		Violência	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
TOTAL	2786	893	31,94	633	22,64	451	16,13	346	12,37	190	6,8	105	3,76	67	2,4	59	2,11	42	1,51
Masculino	1637	525	58,79	371	58,61	269	59,65	214	61,85	91	47,89	62	59,05	41	61,19	38	64,41	26	61,90
Feminino	1149	368	41,21	262	41,39	182	40,35	132	38,15	99	52,11	43	40,95	26	38,81	21	35,59	16	38,10
< 1 ano	254	152	17,02	25	3,95	18	3,99	17	4,91	13	6,84	5	4,76	8	11,94	13	22,03	3	7,14
1-2 anos	408	120	13,44	53	8,37	36	7,98	123	35,55	30	15,79	8	7,62	16	23,88	16	27,12	6	14,29
3-6 anos	913	287	32,14	225	35,55	150	33,26	80	23,12	88	46,32	33	31,43	24	35,82	18	30,51	8	19,05
7-10 anos	654	183	20,49	174	27,49	145	32,15	72	20,81	40	21,05	25	23,81	6	8,96	3	5,08	6	14,29
11-14 anos	548	151	16,91	155	24,49	101	22,39	52	15,03	19	10,00	34	32,38	12	17,91	9	15,25	15	35,71
>14	9	0	0,00	1	0,16	1	0,22	2	0,58	0	0,00	0	0,00	1	1,49	0	0,00	4	9,52

Os casos de violência contra a criança nos primeiros anos de vida estiveram mais relacionados às suspeitas de maus tratos por espancamento, intoxicação ou queimadura. Dos 27 casos do período, 81,48% ocorreu em menores de 6 anos; em contrapartidas, dos casos de FAB, FAF, brigas e agressões, 55,56% ocorreu na faixa etária entre 11 e 14 anos. Uma porcentagem de 18,52% dos casos de brigas e agressões se deu om adolescentes maiores de 14 anos ou adultos, que embora não façam parte do escopo de atendimento da unidade, receberam atendimento.

Estes mecanismos, considerando que não raro ocasionaram trauma em mais de uma topografia, resultaram principalmente em ferimentos contusos (62,46%); sobretudo na cabeça, seguido de membros superiores (MMSS), face e membros inferiores (MMII). Os ferimentos corto-contusos representaram 10,17% e ocorreram principalmente em cabeça, face e MMII. A tabela 04, na sequência, detalha os ferimentos de acordo com a topografia.

Tabela 04: Incidência de lesões por causas externas, por topografia e mecanismo na amostra estudada.

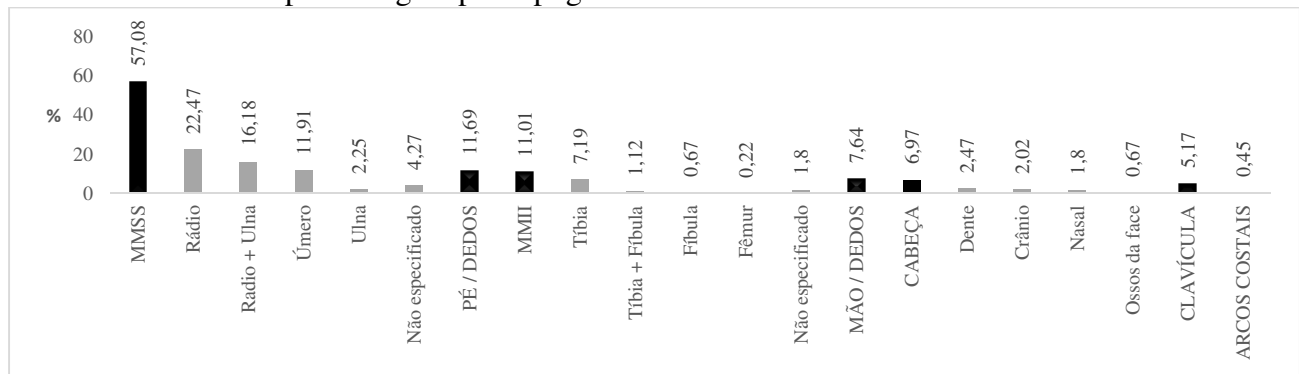
Ferimento	Cabeça	Cervical	Face	Tórax	Abdome	Ombro	MMSS	Mãos	MMII	Pés	Genital	Quadril	Total		
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	%	
Contuso	692	30	253	102	35	23	295	105	132	68	20	14	1769	62,46%	
Corto-contuso	63	0	52	13	2	2	45	18	50	43	0	0	288	10,17%	
Cortante	43	0	80	0	3	1	10	58	35	13	0	0	243	8,58%	
Perfurante	0	0	0	0	0	0	0	0	2	32	0	0	34	1,20%	
Abrasivo	10	1	38	15	18	1	51	7	65	10	0	0	216	7,63%	
Queimadura	0	0	9	14	4	0	21	16	15	2	1	0	82	2,90%	
Outro	2	6	35	5	7	1	18	46	15	65	0	0	200	7,06%	
TOTAL	n	810	37	467	149	69	28	440	250	314	233	21	14	2832	
	%	28,6	1,31	16,49	5,26	2,44	0,99	15,54	8,83	11,09	8,23	0,74	0,49	100,00	

Estes ferimentos resultaram em 755 TCE's (traumatismo crânio encefálico), 447 fraturas ou suspeitas de fratura que necessitaram transferência ao nível terciário para avaliação e 143 luxações ou entorses.

Estes resultados indicam que 27,09% dos pacientes atendidos na unidade apresentavam TCE isolados ou associados a outros ferimentos; sendo que 712 destes (94,30%) foram classificados como leves, 8,34% estavam associados a corte e 1,19% a fratura de crânio. Topograficamente, os TCE's, em 56,02% ocorreram em região frontal, 25,43% em região occipital, 8,07% em região parietal, 5,98% em região temporal e 4,50% dos casos não havia referência à topografia da lesão no prontuário.

Em relação às fraturas, a maioria ocorreu em MMSS (57,08%), seguida dos pés e dedos, MMII, mãos e dedos, clavícula, face, crânio e arcos costais, nas topografias especificadas no gráfico 04, na sequência.

Gráfico 04: Fraturas: porcentagem por topografia.



Dentre a amostra estudada, 90,02% dos pacientes referiu na triagem não ter feito uso prévio, por conta própria, de medicamento (tabela 2). Daqueles que o fizeram (9,98%), os mais utilizados foram os analgésicos comuns e AINES (anti-inflamatórios não-esteroides). Em outras etiologias, principalmente as que cursam com febre, o percentual de pacientes que chegaram medicados à unidade se mostrou até 283% maior.

4.3 COMPLEXIDADE, DESFECHOS E RESOLUTIVIDADE NO ATENDIMENTO

As UPA's foram idealizadas para atender urgências de média complexidade visando diminuir a demanda inadequada nas unidades hospitalares. No que tange; portanto, à identificação da

complexidade dos atendimentos, utilizaram-se como variáveis, a triagem inicial dos casos, bem como a necessidade de internamento, observação e transferência ao nível terciário.

Neste sentido, através da triagem, utilizando-se as diretrizes do Protocolo de Manchester (tabela 05), é possível estimar a complexidade dos casos atendidos no período. No que tange às causas externas, a maioria, 67,05%, foi classificada como urgente (amarelo), que demandam atendimento rápido com prazo de até 60 minutos. Os pacientes pouco urgentes (verdes) somaram 29,54%, com baixo risco de agravo à saúde, demandando atendimento em no máximo 120 minutos. Raramente uma necessidade pediátrica por causas externas foi classificada como azul – não urgente (1,43%), com prazo de atendimento de até 4 horas. Os casos muito urgentes - laranja e emergências – vermelho, cujo atendimento deve ser realizado em até 10 minutos e de imediato, respectivamente, somaram 1,98% dos atendimentos e a totalidade destes demandou atenção terciária de transferência imediata ou após breve período de observação.

Tabela 05: Atendimentos segundo o Protocolo de Manchester – número, porcentagem e tempo de espera.

Número / %	Jan		Fev		Mar		Abr		Mai		Jun		Total			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Atendimentos (n)	477	100	464	100	479	100	488	100	440	100	438	100	2786	100		
Azul	11	2,31	12	2,59	10	2,09	3	0,61	1	0,23	3	0,68	40	1,43		
Verde	174	36,48	173	37,28	156	32,57	122	25,00	89	20,23	109	24,88	823	29,54		
Amarelo	286	59,96	271	58,40	302	63,05	352	72,13	341	77,50	316	72,15	1868	67,05		
Laranja	6	1,26	5	1,08	9	1,88	7	1,43	8	1,82	10	2,28	45	1,62		
Vermelho	0	0	3	0,65	2	0,42	4	0,82	1	0,23	0	0	10	0,36		
Tempo de Espera	Sem registro		0-10 min		10-30 min		30min - 1h		1 - 2h		2 - 3h		3 - 4h		> 4h	
Vermelho	1		7		2		0		0		0		0		0	
Laranja	2		30		9		2		2		0		0		0	
Amarelo	83		374		551		437		340		63		15		5	
Verde	60		76		149		209		161		73		34		61	
Azul	2		22		7		3		5		0		0		1	
Total	148		509		718		651		508		136		49		67	

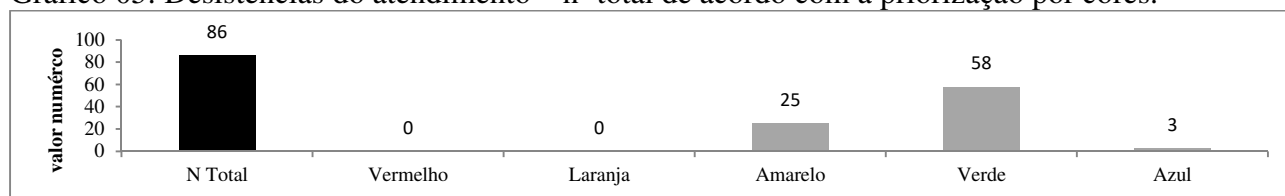
*Manchester (Vermelho – Emergência – 0 min) (Alaranjado – Muito Urgente – Até 10 min) (Amarelo – Urgente – Até 60 min) (Verde – Pouco Urgente – Até 120 min) (Azul = Não Urgente – até 240 min)

O segundo momento da tabela 05 permite verificar o tempo de espera demandado pelo paciente em relação à classificação inicial da triagem por cores. Em 148 prontuários (5,31%) não constava registro do horário de atendimento pelo médico. Os tempos de espera não cumpridos apresentaram relação com o fluxo quantitativo na unidade, sendo mais representativo nos meses de abril, maio e junho. Dentre os casos de emergência e muito urgentes, 27,27% não foram atendidos em momento oportuno. Também não foram cumpridos os tempos de espera propostos pelo

protocolo em 22,64% dos atendimentos considerados urgentes, 20,41% dos pouco urgentes e por 2,5% dos não urgentes.

As desistências para atendimentos por causas externas que foram triados somaram 3,09% no período. Observou-se relação diretamente proporcional entre o tempo de espera e o número de desistências; e inversamente proporcional entre o número de desistências e a gravidade do quadro segundo a classificação por cores durante o processo de triagem, sendo que as desistências ocorreram sobretudo pelos pacientes classificados como verde (67,44%) e amarelo (29,07%), conforme verifica-se no gráfico 05.

Gráfico 05: Desistências do atendimento – nº total de acordo com a priorização por cores.



A tabela 06 permite verificar a complexidade dos casos atendidos pela UPA pediátrica, baseando-se pela classificação por cores de gravidade, de acordo com o mecanismo de trauma.

Tabela 06: Características dos atendimentos por mecanismo do trauma.

	Total	Queda de altura		Queda de mesmo nível		Outros		Animais		Corpo estranho		Transito		Intoxicação exógena		Queimaduras		Violência	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TOTAL	2786	893	31,94	633	22,64	451	16,13	346	12,37	190	6,8	105	3,76	67	2,4	59	2,11	42	1,51
Vermelho	10	3	0,34	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	4,76	1	1,49	1	1,69	0	0,00
Laranja	45	8	0,90	5	0,79	1	0,22	4	1,16	1	0,53	6	5,71	13	19,40	3	5,08	4	9,52
Amarelo	1868	704	78,84	427	67,46	266	58,98	164	47,40	108	56,84	84	80,00	50	74,63	38	64,41	27	64,29
Verde	823	170	19,04	192	30,33	176	39,02	174	50,29	79	41,58	6	5,71	2	2,99	13	22,03	11	26,19
Azul	40	8	0,90	9	1,42	8	1,77	4	1,16	2	1,05	4	3,81	1	1,49	4	6,78	0	0,00
Auto-demanda	2581	819	91,71	611	96,52	439	97,34	341	98,55	178	93,68	54	51,43	54	80,60	51	86,44	34	80,95
SAMU	65	17	1,90	5	0,79	3	0,67	3	0,87	11	5,79	6	5,71	11	16,42	5	8,47	4	9,52
SIATE	126	51	5,71	16	2,53	7	1,55	1	0,29	1	0,53	43	40,95	2	2,99	2	3,39	3	7,14
Outro	14	6	0,67	1	0,16	2	0,44	1	0,29	0	0,00	2	1,90	0	0,00	1	1,69	1	2,38

Os atendimentos de emergência (vermelhos) tiveram como mecanismos de trauma mais importantes: acidentes de trânsito (50%), quedas de altura (30%), queimaduras (10%) e intoxicação exógena (10%). Os atendimentos urgentes (laranjas), por sua vez, se deram principalmente por intoxicação endógena (28,89%) e por queda de altura (17,77%).

Os pacientes derivados a partir do SAMU e SIATE foram classificados como mais graves se comparados aos de auto-demanda. A totalidade das emergências e 93,33% dos classificados como muito urgentes ingressaram na unidade através destes serviços. Os mecanismos mais frequentes

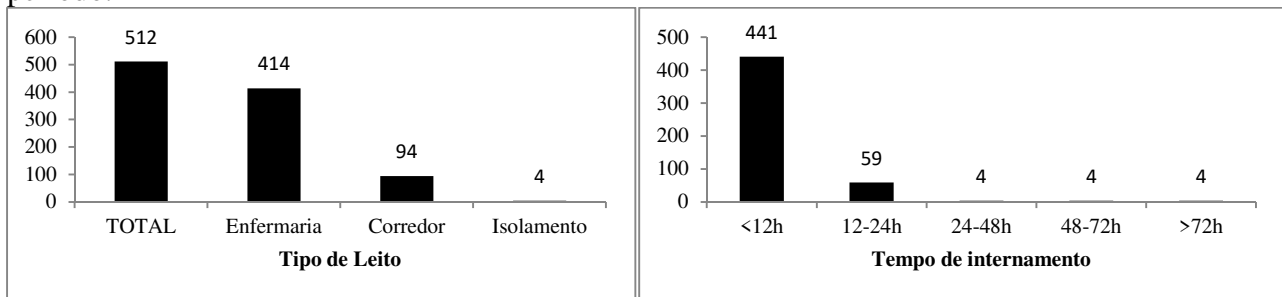
atendidos pelo SAMU foram as quedas de altura (26,15%), corpos estranhos e intoxicação exógenas, ambos contribuindo com 16,92% cada. Já o SIATE referenciou à unidade, em sua maioria, quedas de altura (40,48%) e acidentes automobilísticos (34,13%).

Visando compreender a complexidade dos casos atendidos, além do critério de classificação por cores, e ingresso através de serviço referenciado, outra variável que indica gravidade e complexidade é a necessidade de internamentos e observações.

Foram realizados no período, conforme tabela 07, um total de 175 internamentos para observação, em geral com duração menor que 6 horas e 340 internamentos com duração de pelo menos 6h. A maioria dos pacientes que estiveram em observação ou internados permaneceu nos leitos da enfermaria (80,86%) e em algumas ocasiões, principalmente nas observações de curto período, aguardaram no próprio corredor (18,36%). Destes pacientes que aguardaram no corredor, 9,57% estava internado em macas neste local em função da superlotação da unidade.

O tempo de permanência em 86,13% dos casos não ultrapassou 12 horas de internamento/observação. Já 11,52% permaneceu entre 12 e 24 horas na unidade. Um percentual de 2,34% esteve internado por mais de 24 horas.

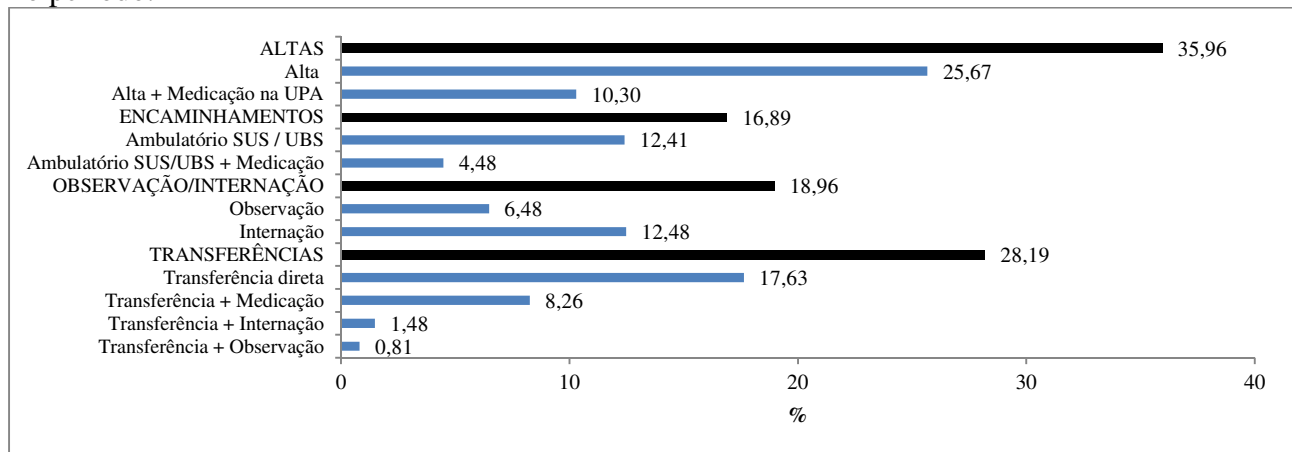
Gráfico 06: Tipo de leito e tempo de permanência dos internamentos e observações na unidade no período.



Outro aspecto importante, além de determinar a complexidade dos casos atendidos, é identificar o grau de necessidade de encaminhamentos e transferências a outros pontos da rede de atenção, o que indica indiretamente o quão resolutivo é o papel da unidade diante dos problemas em saúde da população pediátrica em relação às causas externas.

A maioria dos atendimentos, 52,85%, resultou em alta, sendo que 25,67% foi atendida e recebeu alta sem necessidade de realização de medicação na unidade ou de encaminhamento a outro ponto de atenção; 10,30% teve alta após ser medicado na unidade, 12,41% recebeu alta referenciados à UBS ou ambulatório SUS e 4,48% foi de alta referenciada após serem medicados.

Gráfico 07: Porcentagem de altas, encaminhamentos, transferências e observações e internamentos no período.



Em relação às causas externas, as transferências ao nível terciário para resolução do problema de saúde da criança são mais comuns que os internamentos e observações, o que se deve principalmente à limitação física e terapêutica oferecida pela unidade.

Em 28,19% dos atendimentos foi solicitada transferência do paciente, prioritariamente através de meios próprios, sendo que 17,63% foram transferidos sem realização de medicação na unidade e sem necessidade de internação ou observação. Recebeu medicação na UPA antes da transferência um total de 8,26% dos casos e houve necessidade de transferência após período de observação em 0,81% dos casos e após período de internamento em 1,48% dos casos, por piora do quadro atual e a incapacidade instalada de resolução do problema. Os internamentos e observações resolutivos, que não necessitaram transferência totalizaram 12,48% e 6,48% respectivamente.

A tabela 07 identifica quais mecanismos de trauma foram melhor abordados na UPA pediátrica no período e quais esta possui menos capacidade instalada para tratar o quadro de forma satisfatória e resolutiva.

Percebe-se que os casos de menor complexidade recebem maior percentual de altas, seja alta diretamente ou após medicação; principalmente quando se trata de corpos estranhos (53,16%), outros mecanismos (48,11%), e queimaduras (42,37%). Os quadros que mais frequentemente necessitaram permanência em observação foram aqueles por intoxicação exógena (16,42%), os acidentes de trânsito (14,29%) e as quedas de altura (9,07%); e, os que necessitaram mais comumente de internamento foram as intoxicações exógenas (64,18%), os acidentes automobilísticos e atropelamentos (35,24%) e as quedas de altura (14,45%), sobretudo as que cursaram com TCE.

Tabela 07: Resolução dos atendimentos por causas externas conforme mecanismo do trauma.

		QUEDAS		Corpo Estranho	Queimadura	Intoxicação Exógena	Animais	Violência	Trânsito	Outro	TOTAL
		Altura	Mesmo Nível								
QUANTIDADE		893	633	190	59	67	346	52	105	451	2796
DESISTÊNCIAS		11	27	3	0	2	11	2	0	30	86
ALTAS		244	218	101	25	2	126	12	26	217	971
Alta	n	176	172	82	12	1	72	6	20	152	693
	%	19,71	27,17	43,16	20,34	1,49	20,81	11,54	19,05	33,70	24,79
Alta + Medicação na UPA	n	68	46	19	13	1	54	6	6	65	278
	%	7,61	7,27	10,00	22,03	1,49	15,61	11,54	5,71	14,41	9,94
OBSERVAÇÃO INTERNAÇÃO		210	76	11	12	54	54	7	52	36	512
Observação	n	81	31	5	1	11	14	3	15	14	175
	%	9,07	4,90	2,63	1,69	16,42	4,05	5,77	14,29	3,10	6,26
Internação	n	129	45	6	11	43	40	4	37	22	337
	%	14,45	7,11	3,16	18,64	64,18	11,56	7,69	35,24	4,88	12,05
TRANSFERÊNCIAS		321	227	41	15	6	17	14	24	96	761
Transferência + Observação	n	8	4	1	1	0	0	2	1	5	22
	%	0,90	0,63	0,53	1,69	0,00	0,00	3,85	0,95	1,11	0,79
Transferência + Internação	n	10	3	1	6	5	4	3	5	3	40
	%	1,12	0,47	0,53	10,17	7,46	1,16	5,77	4,76	0,67	1,43
Transferência + Medicação	n	105	69	3	4	0	1	3	9	29	223
	%	11,76	10,90	1,58	6,78	0,00	0,29	5,77	8,57	6,43	7,98
Transferência direta	n	198	151	36	4	1	12	6	9	59	476
	%	22,17	23,85	18,95	6,78	1,49	3,47	11,54	8,57	13,08	17,02
ENCAMINHAMENTO		107	85	34	7	3	138	7	3	72	456
Ambulatório SUS / UBS	n	85	67	26	1	3	98	4	2	49	335
	%	9,52	10,58	13,68	1,69	4,48	28,32	7,69	1,90	10,86	11,98
Ambulatório SUS/UBS + Medicação	n	22	18	8	6	0	40	3	1	23	121
	%	2,46	2,84	4,21	10,17	0,00	11,56	5,77	0,95	5,10	4,33

*Dez casos de violência se deram por mecanismo concomitante a outro descrito. Por esse motivo o total de atendimentos nesta tabela atingiu 2.796.

Porém, em alguns casos, a unidade mostrou-se menos resolutiva. Quando o mecanismo do trauma foi queda de altura, necessitou-se de transferência para um nível de maior complexidade sem aguardar período de observação ou internamento em 33,96% dos casos; enquanto 2,02% foram internados, porém necessitaram transferência posterior. No caso de queda do mesmo nível a porcentagem de transferência foi ainda maior, 35,85%. As quedas, principalmente em função da necessidade de imobilização das fraturas são mecanismos muito pouco resolutivos na unidade.

Em 21,59% dos casos não foi possível a retirada de corpo estranho, havendo necessidade de transferência. Nos quadros de queimadura, 13,56% foram transferidos diretamente para o nível terciário com ou sem medicação prévia e 11,86% permaneceram internados por algum período, necessitando transferência posterior. Foi necessária transferência ainda em 26,93% dos casos de violência e 4,92% dos acidentes com animais. De um modo geral, portanto, 27,22% dos atendimentos findaram em transferências. Além disso, 16,31% foram encaminhados para seguimento do cuidado na UBS ou no ambulatório SUS, configurando a necessidade do cuidado integral e da continuidade deste no nível primário de atenção. Outros serviços foram acionados na rede, como mostra a tabela 08, principalmente o conselho tutelar, o CAPSI (Centro de Atenção

Psicossocial Infantil), o serviço social e o IML (Instituto Médico Legal). No período houve 4 casos de evasão da unidade e nenhum óbito foi registrado.

Tabela 08: Outros serviços demandados pela UPA visado cuidado integral.

Outros Encaminhamentos	Jan		Fev		Mar		Abr		Mai		Jun		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
ATENDIMENTOS	477	100	464	100	479	100	488	100	440	100	438	100	2786	100
OUTROS	13	2,73	6	1,29	7	1,46	2	0,41	4	0,91	4	0,91	36	1,29
Serviço Social	1	0,21	0	0	2	0,42	1	0,20	1	0,23	0	0	5	0,18
Conselho Tutelar	8	1,68	3	0,65	3	0,63	0	0	1	0,23	2	0,46	17	0,61
IML	1	0,21	0	0	1	0,21	0	0	0	0	0	0	2	0,07
CAPSI	1	0,21	3	0,65	0	0	1	0,20	2	0,45	1	0,23	8	0,29
Evasão	2	0,42	0	0	1	0,21	0	0	0	0	1	0,23	4	0,14
Óbito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sendo assim, conclui-se, avaliando a tabela 09, que 56,32% dos atendimentos por injúrias ocasionadas por causas externas apresentaram resolutividade na própria unidade, sem necessidade de suporte imediato de outro componente da rede de atenção, seja através de alta, com ou sem internamento ou observação.

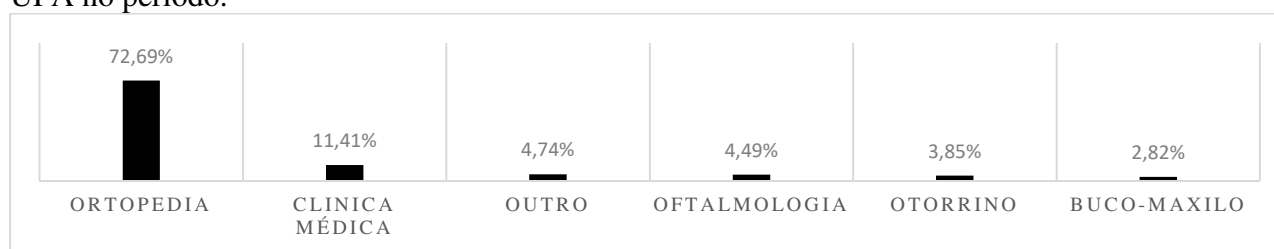
Tabela 09: Perfil resolutivo da UPA Pediátricas para causas externas no período do estudo.

Não houve encaminhamento ou transferência*	1569	56,32%	
Houve Encaminhamento/Transferência	Ambulatório SUS e UBS	456	16,37%
	HUOP	753	27,03%
	HSL	6	0,22%
	Outro	2	0,07%

*Calculado pelo total de pacientes atendidos subtraindo as desistências, internamentos e observações que necessitaram transferência ou quando houve transferência ou encaminhamento diretamente.

Os demais 43,68% receberam encaminhamento para continuidade do cuidado; sendo que, a maioria, 27,32% foi derivada à rede hospitalar a principal causa foram fraturas e urgências mais complexas, de modo que os casos não resolvidos foram encaminhados ao setor terciário principalmente referenciados à ortopedia (72,69%) como se pode identificar no gráfico 08, na sequencia.

Gráfico 08 – Porcentagem das especialidades mais referenciadas nos casos de transferência pela UPA no período.



Analisando a compilação de dados apresentados quanto à resolutividade da unidade em relação às causas externas, percebe-se que pouco mais da metade dos atendimentos resultam em casos a priori resolvidos. Em geral os casos solucionados na unidade são de baixa complexidade e poderiam, em grande parte, haver sido manejados nas unidades básicas de saúde. Os casos de fraturas, que totalizam percentual importante da demanda, não são manejados na unidade, nem mesmo os casos mais simples que necessitaram imobilização, contribuindo em grande monta pelo total de transferências, considerando que 72,69% dos atendimentos por causas externas transferidos o foram ao setor de ortopedia do HUOP (Hospital Universitário do Oeste do Paraná). Sendo assim, em relação ao atendimento às causas externas, a resolutividade poderia ser maior na própria unidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em questão tinha como objetivo principal descrever e analisar o perfil clínico-epidemiológico da demanda e a complexidade e resolutividade dos atendimentos por causas externas na UPA Pediátrica de Cascavel – PR.

Em relação às causas externas, os dados mostraram que o perfil epidemiológico da população atendida na unidade não difere em grande monta daqueles apresentados por estudos em outras unidades de atenção à urgência e emergência em pediatria, tanto em nível nacional quanto internacional. Verificou-se que a demanda que procura a unidade o faz majoritariamente por meios próprios e que totaliza pouco mais de 10% do total de demandas pela unidade, o que se constitui em uma porcentagem representativa da demanda. Percebeu-se que a população de praticamente todos os bairros do município fez uso dos serviços da UPA pediátrica, independentemente da distância que se encontra, configurando-se em um serviço amplamente procurado pela população.

Na avaliação do perfil clínico encontraram-se algumas limitações relacionadas, sobretudo ao preenchimento incompleto dos prontuários dos pacientes, sobretudo com as variáveis relacionadas aos sintomas, exames complementares e tratamentos instituídos. Por essa razão inviabilizou-se a sua análise.

O perfil de morbidade por causas externas já está de certo modo bem estabelecido, com algumas variações a depender da localidade e do perfil socioeconômico. Destacaram-se como mecanismos de trauma as quedas gerando principalmente TCE's e fraturas, que são entidades para as quais a unidade possui pouco ou nenhum recurso para resolutividade, sobretudo se mais grave.

Avaliando a gravidade e complexidade dos casos que buscam a atenção e o cuidado da unidade, percebeu-se que a maioria dos atendimentos são classificados como casos pouco urgentes ou urgentes. Em geral, os casos pouco urgentes ou não urgentes poderiam ser manejados no âmbito da atenção básica; e, os casos de maior complexidade, classificados como emergências ou muito urgentes, quase a totalidade foi referenciada por serviços como SAMU e SIATE e necessitaram transferência para níveis de maior complexidade. Estas demandas causam sobrecarga da estrutura da UPA prejudicando a qualidade e agilidade na prestação de serviços, incrementando o tempo de espera dos casos que poderiam ser solucionados na unidade e dos casos mais graves de outras etiologias.

É importante destacar que a UPA Pediátrica não dispõe de estrutura resolutive para atender às principais demandas e necessidades por causas externas, sobretudo as que ultrapassam a capacidade dos equipamentos e serviços disponíveis para solução adequada desses problemas de saúde; assim, grande parcela dos pacientes necessita ser reencaminhada para outros pontos de atenção, o que demanda um esforço improdutivo e demonstra deficiências na gestão da rede de urgências e emergências no que tange ao conhecimento da população em relação aos atendimentos prestados em relação às causas externas e em quais situações deve ou não buscar a UPA, bem como por parte dos próprios atores da rede. Além de tratar-se de uma demanda inadequada para a estrutura oferecida, a derivação de casos mais complexos relacionados a causas externas à UPA é fonte de agravamento destes e contribui para a ineficiência da rede e do cuidado da população pediátrica.

O que se percebe em relação à atenção às causas externas na UPA pediátrica, portanto, é uma desproporção entre o que se demanda como serviço e a real resolutive dos problemas. A unidade passa nestes casos a desempenhar um papel, na maioria das vezes, de redistribuidor de um fluxo inadequado, seja para um nível mais básico de atenção ou ao nível terciário. A posição intermediária, como o próprio conceito a define, justifica exercer este papel de redistribuição; porém, o conhecimento do perfil clínico e epidemiológico, bem como das ineficiências da gestão da rede podem e devem ser um princípio para incrementar a efetividade e resolutive na prestação de serviço, bem como no cuidado à criança o adolescente em situação de urgência e emergência no município de Cascavel.

REFERÊNCIAS

ARMENTIA, S.L.L.; CELADA, S.R.; RABANAL, M.G.; FERNÁNDEZ, M.G.; ABDALLAH, I.; APARICIO, H.G. Estudio epidemiológico delas urgencias pediátricas en un hospital general:

factores implicados en una demanda inadecuada. **Anales Españoles de Pediatría**, v.44, n.2, p.121-25, 1996.

BARACAT, E.C.E., PARASCHIN, K.; NOGUEIRA, R.J.N.; REIS, M.C.; FRAGA, A.M.A.; SPEROTTO, G. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP. **Jornal de Pediatría**. Rio de Janeiro, v.76, n.5, p.368-74, 2000.

BRASIL. **Portaria GM No. 2048, de 5 de Novembro de 2002**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23606, acesso em 08 de maio de 2016.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990. 6ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, **2005**. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70318/64.pdf?sequence=3>. Acesso em 26 de março de 2016.

_____. **Portaria n.1601**, de 7 de julho de 2011. Ministério da Saúde do Brasil, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em 21 de março de 2016.

_____. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BUBOLTZ, F.L.; SILVEIRA, A.; NEVES, E.T. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. **Texto contexto enfermagem**, v. 24, n.4, p. 1027-34, Florianópolis, out-dez, 2015.

BUNGART, V.F.; CORTEZ, D.A.G.; CORTEZ, L.E.R.; SILVA, E.S. Análise dos atendimentos em urgência e emergência por doenças respiratórias na população infantil na UPA Zona Sul: um estudo de caso. **Enciclopédia Biosfera**, v.11, n.22, p.3156-64, 2015.

CABEZA, J.J.M.; QUINTERO, B.D.; SÁNCHEZ, A.M.; ÁLVAREZ, B.G.; ROMERO, S.T.; MORALES, E.R.; GARCÍA, F.C. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. **Emergencias**, v.19, p.70-76, 2007.

CANO, G.F; CARBALLO, G.M. Urgencias pediátricas atendidas en una consulta de atención primaria: análisis de la demanda. **Atención primaria**, v.26, n.2, p.76-80, jun 2000.

CARRET, M.L.V; FASSA, A.G.; PANIV, V.M.V.; SOAREZ, P.C. Características da demanda dos serviços de saúde de emergência no sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1069-1079, 2011.

DUBUC, I.F, Ferrari, R.A.P. Adolescentes atendidos num serviço público de urgência e emergência: perfil de morbidade e mortalidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.8, n.2, p. 250-58, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a10.htm. Acesso em 03 de abril de 2016.

FARNESE, J.M.; SÁ, M.B.; BARBOSA, L.A.R.R; HOFFMANN, E.J. Perfil de morbidade hospitalar de pacientes pediátricos de 5-9 anos por causas sensíveis à atenção primária à saúde nas

cinco principais capitais brasileiras. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.6, n.2, p.1495-1514, 2015.

FERNÁNDEZ, A.; PIJOJAN, J.I.; MINTEGI, S.; BENITO, F.J. Evaluación de la escala canadiense de triaje pediátrico en un servicio de urgencias de pediatría europeo. **Emergencias**, v.22, p.355-60, 2010.

GUISÁN, A.C.; CUBELLS, J.M.; MARTÍNEZ, Q.; FERNÁNDEZ, J.P. Accidentes infantiles: diseño y aplicación de un registro hospitalario del niño accidentado. **Emergencias**, v.18, p.275-281, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410480&idtema=1&search=parana|cascavel|censo-demo grafico -2010:-sinopse->. Acesso em 23 de abril de 2016.

LEBRÃO, M.L. Estudos de morbidade: usos e limites. **Revista Saúde e Sociedade**, v.4, n.2, p.51-57, São Paulo, 1995.

MACHADO, K. Novidades no SUS: Unidades de Pronto-Atendimento (UPA). **Revista Radis: Comunicação em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, n.83, jul 2009.

MASSIN; M.M.; MONTESANTI, J.; GERARD, P.; LEPAGE, P. Spectrum and frequency of illness presenting a pediatric emergency department. **Acta Clinica Belgica**, v.61, n.4, p.161-65, 2006.

MELO, M.C.B.; VASCONCELLOS, A.C. Reconhecimento e primeiro atendimento ao paciente gravemente enfermo. In: **Atenção às urgências e emergências em pediatria**. MS do Brasil: ESP-MG, Belo Horizonte, 2005.

NAVASCUES DEL RIO, J.A., SOLETO MARTIN, J., CERDA BERROCAL, J., BARRIENTOS FERNANDEZ, G., LUQUE MIALDEA, R., ESTELLES VALS, C. Epidemiologic study of injuries in childhood: the first pediatric trauma registry. **Anales Españoles de Pediatría**, v.47, n.4, p.369-72, 1997.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2395-2404, Rio de Janeiro 2010.

OLIVEIRA, L.R.; JORGE, M.H.O.M. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.3, p.420-30, São Paulo, set 2008.

OLIVEIRA, M.L.F.; SCOCHI, M.J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.1, n.1, p.123-28, Maringá, 2002.

OLSHAKER, J.S.; RATHLEV, K.K. Emergency Department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the Emergency Department. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 30, n.3, p.351-356, abril, 2006.

SEHABIAGUE, G.; LEONARDIS, D.; IBANES, S.; ETCHEVARREN, V.; HORTAL, M.; BELLO, O. Infecciones respiratorias agudas graves del niño y su impacto en la demanda asistencial. **Archivo de Pediatría de Uruguay**, v. 83, n.1, p. 7-12, 2012.

SILVA, R.M.; VIERA, C.S.; TOSO, B.R.; NEVES, E.T.; RODRIGUES, R.M. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. **Acta Paulista de Enfermagem - Unifesp**, v. 26, n. 4, p. 382-88, 2013.

SIM - Sistema de informações sobre mortalidade: **Consolidação da base de dados de 2011**. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica – CGIAE. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf. Acesso em: 25 de março de 2016.

VARELA, L.M.T.; GARCÍA, A.D. Demanda y atención a la población pediátrica por médicos no pediatras en un punto de atención continuada. **Emergencias**, v.23, p.299-302, 2011.

VIEIRA, M.S.; STRUJAK, D.D.; COSTA, K.N.K.; LISBOA, A.F.; AVILA, J.L.S.; GALLO, R.B.S. Perfil epidemiológico dos pacientes com doenças cardiovasculares e pulmonares atendidos em uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento). **Revista Inspirar: movimento e saúde**, v.7, n.2, p.22-26, abr-jun 2015.

VON RANDOW, R.M. **Práticas gerenciais em Unidades de Pronto Atendimento no contexto de estruturação da Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.