

Classificação dos Atendimentos no Pronto Atendimento de um Hospital Pediátrico

Classification of Emergency Care in a Pediatric Hospital

Clasificación de la atención de emergencia en un hospital pediátrico

Recebido: 14/08/2020 | Revisado: 27/08/2020 | Aceito: 20/09/2020 | Publicado: 21/09/2020

Marina Arruda Heinzen Wiggers

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8913-7799>

Hospital Infantil Seara do Bem, Brasil

E-mail: inaheinzen@yahoo.com.br

Louísse Tainá Tormem

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8098-4761>

Universidade do Planalto Catarinense, Brasil

E-mail: louissettormem@hotmail.com

Tânia Maria Sbeghen de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-9872>

Hospital Infantil Seara do Bem, Brasil

E-mail: taniamo@gmail.com

Patrícia Alves de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4543-1632>

Universidade do Planalto Catarinense, Brasil

E-mail: passpb@gmail.com

Resumo

Objetivo: identificar a demanda de atendimentos no serviço de pronto atendimento (PA). Metodologia: pesquisa transversal, retrospectiva e quantitativa, realizada a partir do registro do CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças) registrados no sistema G-HOSP dos pacientes atendidos no PA de um Hospital Pediátrico no ano de 2018. Foram analisados os dados mensais, sexo, idade (incluídos pacientes de 0 a 15 anos, 11 meses e 29 dias), local de residência e selecionados os 5 principais CIDs. Resultados: o maior número de atendimentos por dia ocorreu no mês de abril e o menor em janeiro; 50,42% dos pacientes eram do sexo masculino; maior número de atendimentos foi a pacientes lactentes; grande parte dos atendimentos não são declarados, dentre os declarados a maioria dos atendimentos são descritos como exame médico geral, nasofaringite aguda, exame de rotina da criança,

infecção das vias aéreas superiores não especificada e amigdalite aguda não especificada. Considerações finais: o principal motivo de atendimento médico foi o exame médico geral na maior parte do ano. Observou-se que quanto menor a idade da criança, maior a necessidade de atendimento. Faz-se necessário a avaliação da estratificação de risco dos pacientes antes do atendimento médico.

Palavras-chave: Pediatria; Epidemiologia; Medicina de emergência.

Abstract

Objective: to identify the demand for care in the emergency care service (PA). Methodology: cross-sectional, retrospective and quantitative research, carried out based on the CID (International Statistical Classification of Diseases) registry registered in the G-HOSP system of patients seen at the PA of a Pediatric Hospital in 2018. Monthly data, gender, age (including patients from 0 to 15 years, 11 months and 29 days), place of residence and the top 5 CID were selected. Results: the highest number of visits per day occurred in April and the lowest in January; 50.42% of the patients were male; greater number of visits was to lactating patients; most of the visits are not declared, among those declared, most of the visits are described as general medical examination, acute nasopharyngitis, routine examination of the child, unspecified upper airway infection and unspecified acute tonsillitis. Final considerations: the main reason for medical care was the general medical examination for the most of the year. It was observed that the younger the child, the greater the need for care. It is necessary to assess the risk stratification of patients before medical care.

Keywords: Pediatrics; Epidemiology; Emergency medicine.

Resumen

Objetivo: identificar la demanda de atención en el servicio de urgencias. Metodología: investigación transversal, retrospectiva y cuantitativa, realizada a partir del registro CEIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades) inscrito en el sistema G-HOSP de pacientes atendidos en la servicio de urgencias de un Hospital Pediátrico en 2018. Datos mensuales, sexo, edad (incluidos pacientes de 0 a 15 años, 11 meses y 29 días), lugar de residencia y 5 CEIE principales seleccionados. Resultados: el mayor número de visitas por día se produjo en abril y el menor en enero; El 50,42% de los pacientes eran varones; mayor número de visitas fue a pacientes de enfermería; la mayoría de las visitas no están declaradas, entre las declaradas, la mayoría de las visitas se describen como examen médico general, nasofaringitis aguda, examen de rutina del niño, infección de las vías respiratorias superiores

no especificada y amigdalitis aguda no especificada. Consideraciones finales: el principal motivo de atención médica fue el reconocimiento médico general durante la mayor parte del año. Se observó que cuanto más pequeño es el niño, mayor es la necesidad de cuidados. Es necesario evaluar la estratificación del riesgo de los pacientes antes de la atención médica.

Pavabras clave: Pediatría; Epidemiología; Medicina de emergencia.

1. Introdução

O Brasil apresentou uma taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos de 13,3 % em 2015. Estimativas do Ministério da Saúde apontam que a mortalidade infantil no país é crescente, ou seja, mais crianças não chegam a completar o primeiro ano de vida. Além de ser um indicador do crescimento da desigualdade social, essa taxa reflete deficiências na prestação de serviço de saúde, dificuldade de acesso e atendimento retardado (Ezequiel, 2020).

Para assegurar ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade que sejam resolutivos e em tempo hábil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em 2011. Essa rede busca promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso e transparência da alocação de recursos. Para que isso ocorra, a assistência é organizada articulando-se a esferas de atenção à saúde e definindo-se fluxos e referências de atendimento (Brasil, 2013).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) fazem parte da Rede de Atenção às Urgências, cujo objetivo são atendimento de complexidade intermediária em articulação com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. As UPAs oferecem atendimento a portas abertas, dispondo 24 horas por dia serviço de raio-X, eletrocardiografia, laboratório de exames e leitos de observação. Quando necessário, o paciente é encaminhado para serviço hospitalar (Brasil, 2020).

A emergência em pediatria é uma situação frequente, em virtude da natureza dos casos encaminhados a esse serviço. Além de frequente, a situação de emergência é complexa e grave. Poucos serviços médicos estão preparados de maneira sistemática e organizada para esse tipo de atendimento. (Revista de Pediatria SOPERJ. Mar 2015). O atendimento precoce pode evitar complicações do quadro vigente, parada cardiorrespiratória, choque e insuficiência respiratória. Além disso, o atendimento resolutivo tem potencial de reduzir gastos públicos em decorrência de complicações e sequelas (Melo, 2005).

Tendo em vista a necessidade aperfeiçoar o funcionamento do SUS, o estudo tem por objetivo identificar a demanda de atendimentos no serviço de pronto atendimento (PA) de um hospital pediátrico.

2. Metodologia

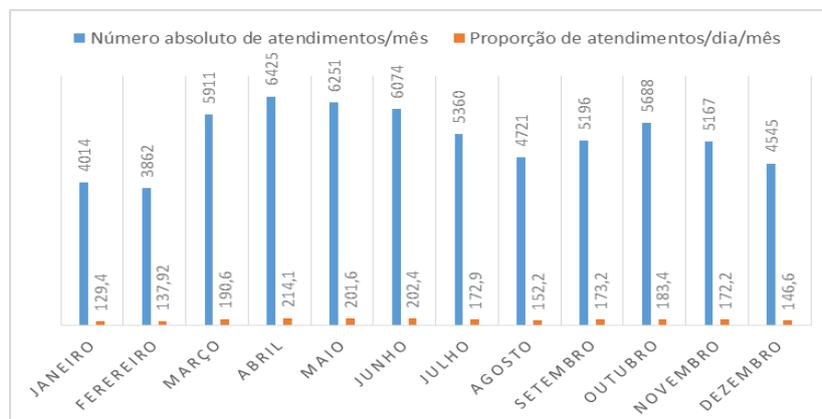
A pesquisa foi transversal, retrospectiva, quantitativa a partir do registro do CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças) no sistema G-HOSP, de pacientes atendidos no Pronto Atendimento de um Hospital Pediátrico no ano de 2018.

A coleta dos dados foi em uma planilha própria criada no programa Excel 2013, sendo que a análise dos dados foi descritiva a partir da quantidade total de atendimentos no ano. Foram analisados os pacientes que estiveram os 5 CIDs principais, sendo a faixa etária (0 à 15 anos 11 meses e 29 dias), sexo e residência.

3. Resultados

O número total de pacientes atendidos no hospital pediátrico foi de 63.214 pacientes no ano de 2018. Observe no seguinte gráfico o número de atendimentos por mês e a média mensal de atendimentos no ano referido:

Gráfico 1. Relação do número de atendimentos por mês e a média diária mensal de atendimentos no ano de 2018.



Fonte: próprias autoras.

No Gráfico 1, pode-se observar que o número absoluto de atendimentos/mês e proporcionalidade de atendimentos por dia: janeiro: 4.014 (129,4); fevereiro: 3.862 (137,92); março: 5.911 (190,6); abril: 6.425 (214,1); maio: 6.251 (201,6); junho: 6.074 (202,4); julho: 5.360 (172,9); agosto: 4.721 (152,2); setembro: 5.196 (173,2); outubro: 5.688 (183,4); novembro: 5.167 (172,2); dezembro: 4.545 (146,6).

No mês de abril houve o maior número de atendimentos (214,1 atendimentos/dia) e no mês de janeiro o menor número de atendimentos (129,4 atendimentos/dia).

Abaixo, observe na Tabela 1 a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) dos atendimentos declarados em cada mês do ano de 2018.

Tabela 1. Relação da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com os atendimentos registrados em cada mês do ano de 2018.

Classificação Internacional de Doenças - CID10	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Número de atendimentos declarados com CID10 no mês	621	494	355	427	280	40	29	89	113	162	174	163
Porcentagem de atendimentos declarados com CID10 no mês	15%	13%	6%	7%	4%	1%	1%	2%	2%	2%	3%	4%
Exame médico geral - Z000	54	48	32	24				13		34	41	34
Exame de rotina de saúde da criança - Z001	22	31	27	18	34		35	21	10	14		15
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumida - A09	10	7							19	13	8	20
Amigdalite aguda devida a outros microrganismos especificados - J038	9	11		12	13	23					21	17
Infecção viral não especificada - B349	5									12	14	
Náuseas e vômitos - R11		5			5		10					
Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada - J069				14	35	38	17		10			
Gastroenterite e colite não infecciosa, não especificada - K529			13	11	10	8						
Nasofaringite aguda - J00						59		47	41	27	16	14
Febre não especificada - R509						5						
Amigdalite aguda não especificada - J039							31	18	20			
Bronquiolite aguda devida a outros organismos - J218							7					
Epilepsia não especificada								1				
Porcentagem de atendimentos não declarados no mês	85%	87%	94%	93%	96%	99%	99%	98%	98%	98%	97%	96%
Número de atendimentos não declarados no mês	3.393	3.368	5.556	5.998	5.971	6.034	5.331	4.632	5.083	5.526	4.993	4.382
Número total de pacientes atendidos no mês	4.014	3.862	5.911	6.425	6.251	6.074	5.360	4.721	5.196	5.688	5.167	4.545

Fonte: próprios autores

Na Tabela 1, observa-se que dos pacientes atendidos no mês de janeiro (4.014), 15% (621) foram declarados e 85% (3.393) não foram declarados. Dos pacientes declarados com CID: 54% (330) foram classificados como exame médico geral; 22% (138) exame de rotina de saúde da criança, 10% (64) atendimentos relacionados a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível; 9% (57) atendimentos de amigdalite aguda devida a outros microrganismos especificados e 5% (32) infecção viral não especificada.

Sendo que o CID de maior prevalência geral foi o Z00 – Exame médico geral, com isso descreve um atendimento sem direcionamento específico.

Observa-se que dos pacientes atendidos no mês de fevereiro (3.862), 13% (494) foram declarados e 87% (3.368) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 48% (243) foram classificados como exame médico geral; 31% (151) exame de rotina de saúde da criança, 11% (53) atendimentos de amigdalite aguda devida a outros microrganismos especificados; 7% (33) atendimentos relacionados a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível; e 5% (14) náuseas e vômitos.

Verifica-se que dos pacientes atendidos no mês de março (5.911), 6% (355) foram declarados e 94% (5.556) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 54% (114) foram classificados como exame médico geral; 27% (96) exame de rotina de saúde da criança, 14% (50) atendimentos relacionados a infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada; 14% (48) atendimentos de amigdalite aguda devida a outros microrganismos especificados e 13% (47) gastroenterite e colite não infecciosa, não especificada.

Pode-se observar que dos pacientes atendidos no mês de abril (6.425), 7% (427) foram declarados e 93% (5.998) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 35% (149) foram classificados como infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada; 24% (103) exame médico geral; 18% (78) exame rotina de saúde da criança; 12% (50) amigdalite aguda não especificada; e 11% (47) atendimentos para gastroenterite e colite não infecciosa, não especificada.

Pode-se verificar que dos pacientes atendidos no mês de maio, 4% (280) foram declarados e 96% (5.971) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 38% (106) foram classificados como infecção aguda das vias aéreas superiores não especificados; 34% (96) exame de rotina de saúde da criança, 13% (36) atendimentos de amigdalite aguda não especificada; 10% (27) gastroenterite e colite não infecciosa, não especificada e 5% (15) atendimentos para náuseas e vômitos.

Observa-se que dos pacientes atendidos no mês de junho, 1% (40) foram declarados e 99% (6.034) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 59% (24) foram classificados como nasofaringite aguda; 23% (9) amigdalite aguda não especificada; 8% (3) gastroenterite e colite não infecciosas, não especificada; 5% (2) febre não especificada e 5% (2) exame médico geral.

Verifica-se que dos pacientes atendidos no mês de julho, 1% (29) foram declarados e 99% (5.331) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 35% (10) foram classificados como exame de rotina de saúde da criança; 31% (9) atendimentos de amigdalite aguda não

especificada; 17% (5) atendimentos relacionados a infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada; e 10% (3) náuseas e vômitos e 7% (2) bronquiolite aguda devida a outros organismos.

Pode-se ver que dos pacientes atendidos no mês de agosto, 2% (89) foram declarados e 98% (4.632) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 47% (42) foram classificados como nasofaringite aguda; 21% (19) exame de rotina de saúde da criança; 18% (16) atendimentos de amigdalite aguda não especificada; 13% (11) exame médico geral e 1% (1) epilepsia não especificada.

Pode-se verificar que dos pacientes atendidos no mês de setembro, 2% (113) foram declarados e 98% (5.083) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 41% (47) foram classificados como nasofaringite aguda; 20% (23) amigdalite aguda não especificada, 19% (21) diarreia e gastroenterite de origem especificada não presumível; 10% (11) atendimentos relacionados a infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada; e 10% (11) exame de rotina de saúde da criança.

Pode-se observar que dos pacientes atendidos no mês de outubro, 2% (162) foram declarados e 98% (5.526) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 34% (55) foram classificados como exame médico geral; 27% (44) nasofaringite aguda; 14% (22) exame de rotina de saúde da criança; 13% (21) atendimentos para diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível e 12% (20) infecção viral não especificada.

Observa-se que dos pacientes atendidos no mês de novembro, 3% (174) foram declarados e 97% (4.993) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 41% (72) foram classificados como exame médico geral; 21% (37) amigdalite aguda devida a outros microrganismos especificados; 16% (27) nasofaringite aguda; 14% (24) infecção viral não especificada e 8% (14) diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.

Verifica-se que dos pacientes atendidos no mês de dezembro, 4% (163) foram declarados e 96% (4.382) não foram declarados. Dos pacientes declarados: 34% (55) foram classificados como exame médico geral; 20% (33) atendimentos de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível; 17% (29) amigdalite aguda devido a outros microrganismos especificados; 15% (25) exame de rotina de saúde da criança e 14% (21) nasofaringite aguda.

Observe na seguinte tabela o número absoluto e a porcentagem dos atendimentos não declarados e dos atendimentos declarados em cada mês de 2018:

Tabela 2. Número absoluto e porcentagens dos atendimentos não declarados e dos atendimentos declarados no ano de 2018.

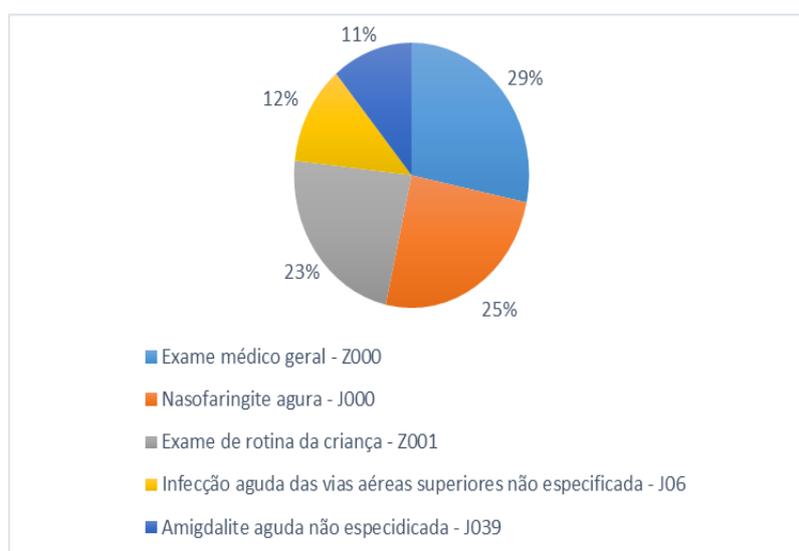
Mês	Número de atendimentos não declarados sem CID	Porcentagem de atendimentos não declarados (%)	Número de atendimentos declarados com CID	Porcentagem de atendimentos declarados (%)	Número absoluto de atendimentos por mês
Janeiro	3.393	85%	621	15%	4014
Fevereiro	3.368	87%	494	13%	3862
Março	5.556	94%	355	6%	5911
Abril	5.998	93%	427	7%	6425
Mai	5.971	96%	280	4%	6251
Junho	6.034	99%	40	1%	6074
Julho	5.331	99%	29	1%	5360
Agosto	4.632	98%	89	2%	4721
Setembro	5.083	98%	113	2%	5196
Outubro	5.526	98%	162	2%	5688
Novembro	4.993	97%	174	3%	5167
Dezembro	4.382	96%	163	4%	4545
Total de atendimentos	60267	95,33%	2947		63.214

Fonte: próprios autores

Observa-se na Tabela 2 que a 95,33% dos atendimentos não foram declarados de acordo com o CID-10.

Note no seguinte gráfico a porcentagem de cada um dos 5 principais CIDs atendidos e declarados em 2018:

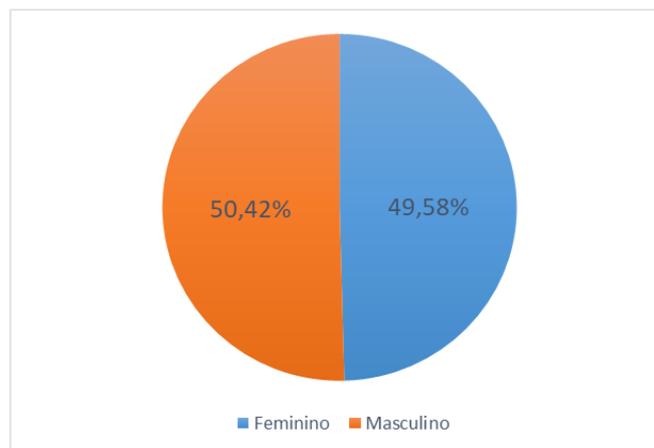
Gráfico 2. Os 5 principais CIDs atendidos no Pronto Atendimento de um hospital pediátrico, que tiveram seus CIDs declarados, no ano de 2018.



Fonte: próprios autores

Observa-se no Gráfico 2 que da totalidade dos atendimentos declarados (2947), o CID mais encontrado foi o Z000 (Exame médico geral), que corresponde a 28% (825) de todos os atendimentos do ano de 2018; em 2º ficou o CID J00 (Nasofaringite aguda), com 25% (736) dos atendimentos; em 3º lugar de proporção de atendimentos foi o CID Z001 (Exame de rotina da criança) com 23% (678) dos atendimentos do ano; em 4º foi o CID J06 (Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada), com 12% (354) dos atendimentos; e em 5º lugar foi o CID J039 (Amigdalite aguda não especificada) com 11% (324) dos atendimentos realizados durante o ano de 2018. Observe a classificação dos atendimentos quanto ao sexo dos pacientes (Gráfico 3):

Gráfico 3. Sexo de pacientes atendidos no Pronto Atendimento de um hospital pediátrico no ano de 2018.



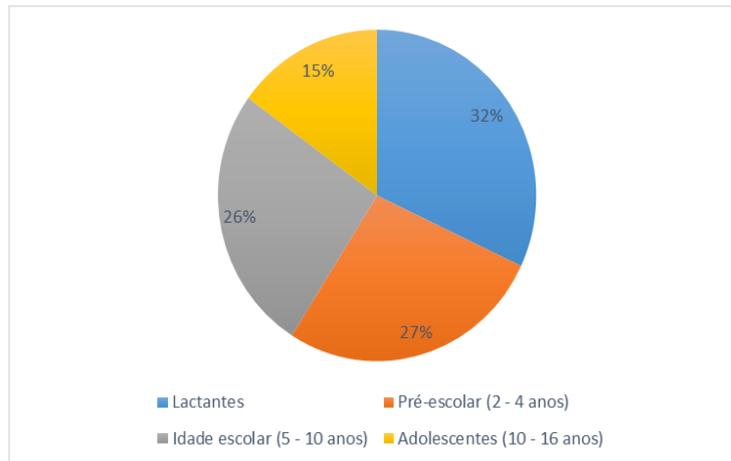
Fonte: próprios autores

Pode-se observar no Gráfico 3, que 49,58% (1.486) dos pacientes atendidos eram do sexo feminino e 50,42% (1.461), do sexo masculino.

Observa-se que os atendimentos foram realizados a grande maioria para pacientes da cidade de Lages, sendo 88% (2.593); para a região da Amures totalizou 11% (324) e de outras cidades 1% (30).

Verifique no Gráfico 5 a idade de pacientes atendidos no Pronto Atendimento de um hospital pediátrico no ano de 2018:

Gráfico 5. Idade de pacientes atendidos no Pronto Atendimento de um hospital pediátrico no ano de 2018.



Fonte: próprios autores

Analizou-se que 32% (943) dos pacientes eram lactentes (0-2 anos); 27% (795) de idade pré-escolar (2-4 anos); 26% (766) de idade escolar (5 – 10 anos) e 15% (442) adolescentes (10-16 anos).

O período de maior risco para o desenvolvimento de injúrias à saúde é antes dos dois primeiros anos de vida, caracterizando este como um dos períodos mais críticos no desenvolvimento. Neste estudo verificou-se que o maior número de atendimentos foi exatamente neste período de vida (Lactentes – 32%).

No que diz respeito ao número de casos e à sua resolução, a caracterização da busca pelo serviço de pronto-atendimento pode estar relacionada à falta de acesso da população aos centros de atenção primária e/ou devido à qualidade desse atendimento, bem como aspectos culturais envolvidos que não foram descritos nesse estudo.

4. Discussão

Em comparação com o serviço prestado no ano de 2018 pelo pronto atendimento do Hospital Infantil Joana de Gusmão, nota-se: total atendimentos no ano 2018: 85.894: 1º febre: 19397; 2º dor-outros: 8478; 3º intercorrências ortopédicas: 8077; 4º outros: 7614; 5º encaminhamento médico: 5927; 6º vômito/náusea: 4656; 7º problemas respiratórios: 4343; 8º tosse: 4193; 9º problemas na pele: 3778; 10º retorno de consulta: 3318.

Peixoto et al (2013) ao analisar perfil epidemiológico de crianças e adolescentes atendidos em Hospital Escola Municipal de São Carlos – SP, encontraram predomínio de atendimento ao sexo masculino (52%), idade de maior procura de atendimento entre 0 e 4 anos (55%); 95% foram oriundos de demanda espontânea (95%); as doenças que predominaram de acordo com o CID-10 foram as doenças do aparelho respiratório (48,5%) das afecções de todo o período observado. Os meses que tiveram mais demanda de atendimento foram abril, maio, junho, agosto e setembro de 2009 (Peixoto, et al, 2013).

Ferreira et al (2015) encontraram como a principal queixa sendo febre (25,3% dos casos). As doenças do aparelho respiratório somaram 51,6% dos casos, seguida de doenças do aparelho gastrointestinal (13,8% dos casos). O sexo masculino também foi prevalente (51,6% dos casos). A principal faixa etária de acometimento foi entre 0 e 1 ano (24,9%) (Ferreira, et al, 2015).

Dalcin et al (2013) mostraram que 53% das crianças atendidas em pronto-atendimento Infantil eram do sexo masculino, doença respiratória foi a principal hipótese diagnóstica (58,2% dos casos) e 41,6% possuíam idade inferior a dois anos de idade (Dalcin et al, 2013).

Ao analisar perfil epidemiológico das crianças atendidas em pronto-atendimento infantil, Santos et al (2013) encontrou predomínio do sexo feminino (53,4%), 62,3% tinham idade inferior a 5 anos. As principais queixas encontradas foram tosse (32%) e febre (30%), sendo que os principais diagnósticos foram IVAS (42,9%) e asma (10,1%) (Santos et al, 2013).

O atendimento pediátrico nos serviços de urgência do Sistema Único de Saúde (SUS) prioriza as alterações nas condições clínicas do paciente que impliquem em risco de morte. Para isso, são utilizados sistemas de triagem garantir fidedignidade do estado clínico do paciente, oferecendo classificação de risco. O protocolo de Manchester, um dos mais utilizados para este fim, estratifica os pacientes em cinco cores ou categorias: vermelho (emergente: atendimento imediato pela equipe médica), laranja (muito urgente: 10 minutos), amarelo (urgente: 60 minutos), verde (pouco urgente: 120 minutos) e azul (não urgente: 240 minutos). Dessa forma, quanto maior a gravidade do paciente, mais rápido este deverá receber atendimento.

Porém, antes do paciente passar por triagem no serviço de saúde, são seus acompanhantes que definem a necessidade de procurar atendimento em pronto-atendimento. Assim, doenças mais simples e de atendimento ambulatorial por vezes acabam sendo

interpretadas pelos familiares como agudas e graves, aumentando filas e onerando sistema de emergência.

Para solucionar as dificuldades no atendimento de emergências pediátricas, são necessárias equipes multiprofissionais qualificadas e capazes de reconhecer situações de gravidade e minimizar complicações do quadro clínico do paciente (Macedo e D'Innocenzo, 2019).

Dentre aqueles atendimentos que são declarados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10, observa-se o predomínio de exame médico geral, nasofaringite aguda, exame de rotina, infecções de vias aéreas superiores e amigdalite. Assim, ao comparar esses dados com demais estudos que buscaram classificar os atendimentos, constata-se que os motivos de procura pelo serviço de saúde são similares.

5. Considerações Finais

A classificação epidemiológica dos atendimentos revela diferenças em relação a outras pesquisas. Enquanto no Pronto Atendimento do referido hospital pediátrico o principal motivo de atendimento médico, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), foi exame médico geral na maior parte do ano, outros serviços exibem febre e doenças do aparelho respiratório como principais afecções declaradas.

Dentre os pacientes com atendimento declarado, prevaleceram os lactentes (0-2 anos) como principais usuários do serviço. Dessa forma, em comparação, infere-se que quanto menor a idade da criança, há maior necessidade de atendimento médico.

Apesar de todos os atendimentos em pronto atendimento passarem por atendimento de classificação de risco por equipe multiprofissional antes de receberem atendimento médico, não foi avaliada esta estratificação. Considerou-se apenas a declaração de atendimento CID-10, a qual é realizada a partir do diagnóstico médico.

É de fundamental importância para traçar o perfil de atendimentos no PA o registro de CID para elaborar estratégias para facilitar o atendimento do usuário.

Sugere-se uma pesquisa a ser realizada avaliando a classificação de risco pela qual os pacientes passam antes do atendimento médico, uma vez que o referido hospital possui o serviço de emergência desde 2016. Além disso, percebe-se a necessidade de pesquisa que detalhe melhor quais diagnósticos compreendem dentro do CID-10 exame médico geral (Z000) no referido serviço de emergência.

Referências

Banco de dados - SAME do HIJG.

Brasil. Ministério da Saúde (2020). Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretrizes e competências. Recuperado de <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada (2013). Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.

Dalcin, J. F., Neves, E. T., Jantsch, L. B., Arrué, A. M., Junior, L. H. C. M., & Zanon, B. P. (2013). Crianças atendidas em pronto-atendimento infantil: Perfil Clínico e Demanda de Atendimento. *Revista Contexto & Saúde*. Ijuí, 13(24/25), 54-55.

La Torre, F. P. F., Passarelli, M. L. B., Cesar, R. G., & Pecchini, R. (2013). Emergências em Pediatria – Protocolos da Santa Casa, (2a ed.), São Paulo, Editora Manole.

Ezequiel, P. (2020). Mortalidade infantil retorna com aumento das desigualdades sociais. *Jornal da USP*. Recuperado de jornal.usp.br/?p=218607.

Ferreira, N. M. (2015). Pronto Socorro Infantil: Perfil Epidemiológico de um Hospital Público em Volta Redonda (RJ). *Revista de Pediatria SOPERJ*, 15 (supl 1), 91. Mar 2015. Recuperado de <http://revistadepediatriasoperj.org.br/numeroAtual.asp?ed=69>.

Macedo, G. P. de O. S., & D'Innocenzo, M. (2019). A satisfação dos familiares sobre o fluxo de atendimento no Pronto-Socorro Pediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (2), 435-441. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0388>.

Melo, M. do C. (2005). Atenção às urgências e emergências em pediatria. *Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais*, capítulo 1, 13-26. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4642.pdf>.

Ricetto, A. G. L., et al (2007). Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. *Revista Paulista de Pediatria*, 25(2): 156-160. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822007000200010>

Santos, M. L., et al. (2013). Pronto atendimento infantil: quem utiliza e por que motivo. *Saúde (Santa Maria)*, 39(2): 79-88. <http://dx.doi.org/10.5902/223658348916>

Peixoto, B. de V., et al. (2013). A difícil realidade do pronto atendimento infantojuvenil mostrando a situação de saúde de uma cidade. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(2), 231-236. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000200015>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Marina Arruda Heinzen Wiggers – 60%

Tânia Maria Sbeghen de Oliveira - 25%

Louísse Tainá Tormem – 5%

Patrícia Alves de Souza – 10%