

**OBJN**  
Online Brazilian Journal of Nursing

**PORTUGUÊS**

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



### **Perfil de crianças e adolescentes atendidos em emergência segundo a classificação de risco: um estudo documental**

Joelna E G L F Veras<sup>1</sup>, Aline T de Carvalho<sup>2</sup>, Janaiana L Uchoa<sup>3</sup>,  
Ludmila A do Nascimento<sup>4</sup>, Lorena B Ximenes<sup>5</sup>, Paulo C de Almeida<sup>6</sup>.

1,2,3,4,5 Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil.

6 Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Traçar o perfil clínico de crianças e adolescentes (0 a 14 anos) atendidos num hospital de Fortaleza, Ceará, baseando-se nos critérios de um protocolo de ACCR em Pediatria. **Métodos:** Estudo documental, com amostra de 627 boletins de atendimento de emergência escolhidos aleatoriamente, processados e analisados no SPSS 17.0.

**Resultados:** Grande parte das crianças foi procedente da Secretaria Executiva Regional III (65,63%), do sexo masculino (57,33%), faixa etária de 1 a 5 anos (51,63%) e peso adequado (53,42%). Houve associação entre a classificação de risco e a especialidade clínica médica ( $p < 0,001$ ), com maior percentual de classificação de amarela para azul na clínica médica. A queixa prevalente foi febre com classificação amarela. **Conclusão:** Por meio da classificação de risco, o enfermeiro pode identificar o grau de comprometimento clínico dos pacientes, a demanda apropriada e excedente da instituição, proporcionando a atenção necessária, de acordo com o nível de complexidade de cada caso.

**Descritores:** Enfermagem em Emergência; Criança; Adolescente; Triagem.

## **INTRODUÇÃO**

A busca desnecessária às emergências dos hospitais, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento, como no Brasil, diz respeito à pobreza associada ao baixo nível de instrução materna, além da desinformação acerca do nível de complexidade do atendimento a ser buscado pelos pais ou responsáveis diante do adoecimento do filho<sup>(1,2)</sup>.

Tais fatores são permeados por questões que envolvem a falta de acesso e resolubilidade da rede de atenção básica e a enorme legitimidade que os serviços de urgência/emergência exercem sobre a população através de seus recursos tecnológicos, o que repercute na inadequação da demanda e na consequente redução da qualidade dos serviços de saúde.

Além disto, a quantidade de estabelecimentos hospitalares de atendimento com especialidades de urgência e emergência pediátricas não atende à demanda real, existindo, em 2005, 4.012 no país, 113 hospitais no Estado do Ceará, e em Fortaleza, das 35 Unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) que realizavam atendimentos emergenciais, somente 19 estabelecimentos atendiam a especificidade em pediatria<sup>(3)</sup>.

Dentre as ações de promoção da saúde, instituídas com intenção de qualificar a saúde hospitalar no Brasil, destaca-se o estabelecimento de medidas pelo Ministério da Saúde, dentre as quais a Política Nacional de Humanização (PNH), que visa à melhoria da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde<sup>(4)</sup>.

De acordo com critérios determinados pela PNH, todos os pacientes que buscam atendimento nas instituições de saúde devem receber o acolhimento por meio de uma equipe multiprofissional qualificada. O enfermeiro, como membro da equipe, tem a responsabilidade de receber o paciente de forma solidária e acolhedora, fazer avaliação breve e classificá-lo conforme a prioridade, dando respostas às necessidades de saúde de cada usuário<sup>(4)</sup>.

Uma das estratégias previstas na PNH é a do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que se destina a reorganizar o processo de acolhida das pessoas nas unidades de saúde garantindo-lhes condições adequadas de assistência<sup>(4)</sup>. Diante disso, a Prefeitura de Fortaleza, com o apoio do Ministério da Saúde, elaborou e implantou o protocolo de ACCR em Pediatria com o objetivo de padronizar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e pelos demais membros da equipe, proporcionar a atenção necessária centrada no nível de complexidade, não mais adotando a ordem de chegada, e qualificar o atendimento nas unidades hospitalares de saúde.

O acolhimento permite trocas entre a rede familiar do usuário e a equipe de saúde, em que a prioridade dos atendimentos é feita pelo enfermeiro, através da classificação de risco, devendo constar de avaliação breve, solidária e acolhedora<sup>(4)</sup>.

Os pacientes são categorizados em níveis de atendimento preconizados pelas seguintes cores: VERMELHO I - pacientes que necessitam de reanimação ou atendimento imediato, com cuidado de enfermagem contínuo, os quais são encaminhados diretamente à sala de emergência; VERMELHO II/LARANJA - cujos pacientes encontram-se em situação de emergência, necessitando de atendimento médico em até 15 minutos e reavaliação de enfermagem a cada 15 minutos, também sendo encaminhado para a sala de emergência; AMARELO - que necessitam de atendimento médico o mais rápido possível, porém não correm risco imediato de morte e deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem; VERDE - pacientes em condições não agudas, que devem ser encaminhados ao atendimento médico em até uma hora, ou reavaliados pelo enfermeiro a cada hora; e, por fim, AZUL - que corresponde às demais condições não agudas e serão atendidas por ordem de chegada ou referenciadas a outra instituição da atenção primária<sup>(4)</sup>.

Diante do exposto, objetivou-se traçar o perfil sociodemográfico e situação clínica de crianças e adolescentes atendidos em um pronto-socorro de Fortaleza-CE, baseando-se nos critérios do protocolo do ACCR em Pediatria.

## **MÉTODOS**

O presente estudo é do tipo retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado com crianças e adolescentes entre a faixa etária de 0 a 14 anos, atendidos na emergência de um hospital distrital, de nível secundário, localizado em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados ocorreu em julho de 2009, por meio de consultas a boletins de atendimento de emergência referentes ao período de janeiro a junho de 2009, os quais deveriam atender ao seguinte critério de inclusão: preenchimento legível em mais de 50% dos itens presentes nos boletins. Nesse período foram realizadas 12.000 consultas pediátricas, destas, foram selecionados, aleatoriamente, 1000 boletins, dos quais 363 não atenderam ao critério de inclusão adotado, resultando em uma amostra de 627 boletins de atendimento de emergência.

Para facilitar esta etapa da pesquisa, foi utilizado um formulário estruturado abordando características pessoais (sexo, idade, peso e procedência), especialidade de atendimento, queixa principal, sinais vitais e classificação de risco conforme os critérios do protocolo de ACCR em pediatria do Município.

Para a compilação das informações colhidas foi utilizado o programa *Excel for Windows* e para análise dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Os dados foram analisados à luz da literatura pertinente, valendo-se da estatística descritiva e analítica por meio de frequências absolutas, relativas e testes de significância: Razão de verossimilhança e Fisher-Feeman-Halton. Para todas as

análises estatísticas, fixou-se o nível de significância de 5% e o intervalo de confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>).

O presente estudo foi realizado de acordo com a resolução 196/96 da Comissão Nacional de Saúde e seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o protocolo nº 193/09.

## RESULTADOS

Na Tabela 1, pode-se verificar que não houve associação estatisticamente relevante entre classificação de risco e procedência ( $p=0,145$ ), bem como, dentro de cada procedência, não houve predominância estatisticamente significativa de um nível de risco ( $p>0,10$ ). Apesar de existirem seis Secretarias Executivas Regionais (SER) em Fortaleza, somente quatro foram analisadas uma vez que duas SER's (II e VI) apresentaram apenas 10 (1,6%) atendimentos.

Constatou-se, ainda, que o maior número de atendimentos foi dos pacientes procedentes da SER III, na qual o referido hospital está inserido, seguido da SER I. Verificou-se, também, que quantidade significativa de pacientes foi proveniente do município de Caucaia-Ceará, adstrito à SER III. Pode-se perceber que a proximidade da residência em relação à instituição de saúde influenciou o número de atendimentos, visto que as SER I, SER III e Caucaia foram responsáveis pela grande maioria (553-90,06%) dos atendimentos. Ressalta-se que na maioria dos locais de procedência, as classificações de risco predominantes foram nas cores amarelo (38,44%) e verde (32,41%).

**TABELA 1** – Distribuição do número de pacientes segundo a classificação de risco e procedência. Fortaleza, 2009.

	Classificação de Risco										P <sup>1</sup>	IC <sub>95%</sub>
	Vermelho		Laranja		Amarelo		Verde		Azul			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Procedência</b>												
SER I	2	2,1	12	12,4	37	38,1	27	27,8	19	19,6	47	37-53
SER III	1	0,2	57	14,1	153	38	142	35,2	50	12,4	48	43-53
SER IV	0	0	1	10	4	40	2	20	3	30	50	19-81
SER V	1	3,4	4	13,8	16	55,2	7	24,1	1	3,4	28	13-47
Caucaia	1	1,9	9	17	16	30,2	16	30,2	11	20,8	51	37-65
Outros	1	4,6	1	4,6	10	45,4	5	22,7	5	22,7	45	24-68
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>84</b>	<b>13,7</b>	<b>236</b>	<b>38,4</b>	<b>199</b>	<b>32,4</b>	<b>89</b>	<b>14,5</b>		

Fonte: Hospital de Emergência, Fortaleza-CE, Jan-Jun/2009. (n=614)

Razão de verossimilhança  $p=0,145$ .

P<sup>1</sup> é a proporção dentro das classificações de risco verde e azul.

Na Tabela 2 não se encontrou associação entre classificação de risco e sexo ( $p=0,299$ ), bem como dentro de cada sexo não houve predominância estatisticamente significativa de um nível de risco ( $p>0,20$ ). No entanto, dos 627 boletins do estudo, prevaleceram aqueles relacionados às crianças do sexo masculino (352-56,14%), dos quais mais de dois terços foram classificados nas cores amarelo e verde.

Constatou-se ainda que mais da metade dos atendimentos ocorreu com crianças entre 1 e 5 anos, sendo a maioria classificada nas cores amarela e verde. Não se verificou associação entre classificação de risco e idade ( $p=0,295$ ). Também dentro de cada faixa etária não houve predominância estatisticamente significativa de um nível de risco ( $p>0,40$ ).

Pouco mais da metade das crianças apresentaram peso adequado para a idade (328-52,90%), sendo a maioria classificada nas cores amarela e verde (238-72,57%). Além disso, o peso apresentou forte tendência de associação com classificação de risco ( $p = 0,06$ ), porém não conclusiva, havendo predominância estatisticamente significativa de um nível de risco ( $p<0,0001$ ). Existe um maior percentual de classificação de risco amarelo a azul para o peso adequado, enquanto que para o peso inadequado, o risco de amarelo a laranja foi maior.

Ressalta-se que para facilitar a análise dos resultados foram denominadas como peso inadequado as crianças que apresentaram o peso elevado, baixo e muito baixo para a idade.

**TABELA 2**– Distribuição do número de pacientes segundo a classificação de risco e características pessoais. Fortaleza, 2009.

	Classificação de risco										P <sup>1</sup>	IC <sub>95%</sub>
	Vermelho		Laranja		Amarelo		Verde		Azul			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Sexo(n=627)</b>												
Masculino	7	2	53	15,1	130	36,9	115	32,7	47	13,6	46	41-51
Feminino	1	0,4	34	12,4	110	40	87	31,6	43	15,6	47	41-53
<b>Idade (ano)(n=623)</b>												
< 1	1	1,6	4	5,4	30	40,5	24	32,4	15	20,3	53	41-64
1 a 5	4	1,3	43	13,6	121	38,2	107	33,8	42	13,2	47	41-53
6 a 14	3	1,3	40	17,2	88	37,9	69	29,7	32	13,8	44	37-50
<b>Peso (n=620)</b>												
Adequado	1	0,3	41	12,5	122	37,2	116	35,4	48	14,6	50	44-56
Inadequado	7	2,4	46	15,8	115	39,4	84	28,8	40	13,7	42	37-48

Fonte: Hospital de Emergência, Fortaleza-CE, Jan-Jun/2009.

Fisher-Feeman-Halton  $p_{(\text{sexo})}=0,299$ ;  $p_{(\text{idade})}=0,295$ ;  $p_{(\text{peso})}=0,068$

P<sup>1</sup> é a proporção dentro das classificações de risco verde e azul.

A Tabela 3 evidencia uma associação estatisticamente significativa entre a classificação de risco e o motivo do atendimento ( $p<0,001$ ), pois para a clínica médica o maior percentual foi de amarelo para azul, enquanto que para a clínica cirúrgica esse

percentual foi maior de vermelho para amarelo. Também, dentro de cada clínica houve predominância do risco amarelo ( $p < 0,0001$ ).

**TABELA 3**– Distribuição do número de pacientes segundo a classificação de risco e motivo do atendimento. Fortaleza, 2009.

Especialidade Clínica	Classificação de Risco										P <sup>1</sup>	IC <sub>95%</sub>
	Vermelho		Laranja		Amarelo		Verde		Azul			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Clínica médica	4	0,7	74	13,6	198	36,5	189	34,9	77	14,2	50	44-56
Clínica cirúrgica	3	3,9	12	15,6	41	53,2	8	10,4	13	16,9	42	37-48
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>1,4</b>	<b>86</b>	<b>13,9</b>	<b>239</b>	<b>38,6</b>	<b>197</b>	<b>31,8</b>	<b>90</b>	<b>14,5</b>		

Fonte: Hospital de Emergência, Fortaleza-CE, Jan-Jun/2009. (n=619)

Fisher-Feeman-Halton  $p < 0,001$

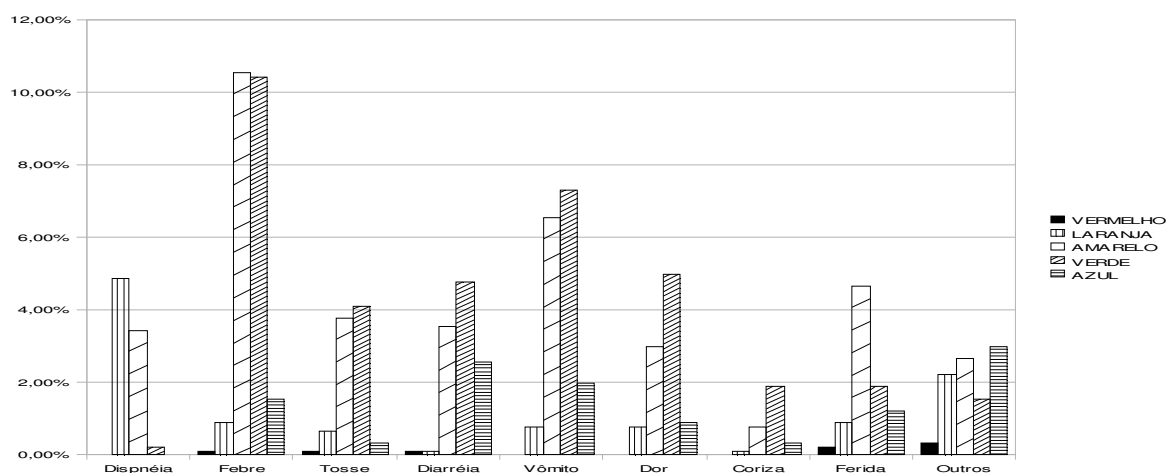
P<sup>1</sup> é a proporção dentro das classificações de risco verde e azul.

No gráfico 1 foi possível observar que dentre as queixas, a mais relatada foi a febre (212-23,48%), estando presente em 53 (8,46%) crianças individualmente, em 38 (6,06%) associada à tosse e em 32 (5,1%) crianças associada à dor, prevalecendo o nível de classificação na cor amarela. Ressalta-se que de acordo com o protocolo de ACCR adotado no estudo, considera-se febre a elevação térmica acima de 37,8°C<sup>(4)</sup>. É válido salientar que foram categorizadas como febre todas as queixas, sendo elas confirmadas ou não após a mensuração por termômetro de mercúrio. Daí justifica-se o grande número de casos.

As infecções gastrointestinais apresentaram frequência superior às demais e foram classificadas, em sua maioria, na cor verde, sendo o vômito (66-7,31%) e diarreia (43-6,76%) os principais sinais clínicos observados.

As queixas de dispneia representaram um total de 53 atendimentos (8,45%), enquanto que as de tosse estiveram presentes em 12 (1,91%) crianças, sendo que a dispneia foi classificada, em sua maioria, nas cores laranja (35-66%) e amarela (15-28,3%).

**GRÁFICO 1**– Distribuição do número de pacientes segundo a classificação de risco e a queixa principal. Fortaleza, 2009.



Fonte: Hospital de Emergência, Fortaleza-CE, Jan-Jun/2009.

## DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se que a maioria das crianças atendidas era proveniente da SER III, na qual o referido hospital está inserido, sendo composta por bairros da periferia de Fortaleza. A classificação de risco predominante foi amarela, caracterizando estes pacientes como demanda apropriada para o atendimento de urgência, os quais necessitavam de avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação de enfermagem a cada 30 minutos, seguida da classificação de cor verde (menor urgência) em que os pacientes necessitavam de avaliação médica em até 1 hora ou reavaliação de enfermagem a cada hora.

A referida unidade atende toda a demanda que busca atendimento, sem restrições de bairros, assistindo casos de urgência e emergência nas áreas de clínica geral, cirurgia, pediatria, sendo referência para atendimentos de nível secundário a pacientes vítimas de trauma<sup>(5)</sup>.

Vale ressaltar a procedência de pacientes advindos das SER's I e III e do município de Caucaia, que faz fronteira com a SER III, os quais foram responsáveis pela grande maioria (90,06%) dos atendimentos, confirmando que a proximidade geográfica influencia na procura do serviço de emergência<sup>(6,10)</sup>.

O presente estudo identificou predomínio do sexo masculino e, apesar de não ter havido associação estatisticamente significativa com a classificação de risco ( $p=0,299$ ), a prioridade destacada nesta população foi a amarela. Tal achado corrobora com estudos que comprovam o predomínio do atendimento hospitalar às crianças do sexo masculino, principalmente relacionados a acidentes e traumas<sup>(7,8)</sup>.

Este predomínio pode estar relacionado à diferença de comportamentos e atividades desenvolvidas em cada sexo, sendo que o menino tende a desenvolver atividades dinâmicas com brincadeiras e atitudes que envolvem maior risco, enquanto as meninas desenvolvem atividades mais brandas<sup>(7)</sup>.

No presente estudo o grau de complexidade do comprometimento de saúde das crianças do sexo masculino foi maior em todos os níveis de classificação de risco, com destaque para a cor vermelha I, com a proporção de 7:1. Esta proporção corrobora com outros estudos sobre a exposição de crianças do sexo masculino às atividades de maior risco<sup>7,8</sup>. A categoria idade também não apresentou associação estatisticamente significativa com a classificação de risco ( $p=0,295$ ), predominando a faixa etária de 1 a 5 anos e os atendimentos classificados como de urgência (amarelo) e de menor urgência (verde), caracterizando estas crianças como demanda apropriada.

Estudos sobre o tempo de permanência de crianças na emergência de uma instituição também encontraram predomínio da faixa etária de 1 a 4 anos<sup>(8,9)</sup>. As crianças menores de 5 anos estão na fase *toddler*, e nem sempre estão conscientes de situações de perigo, pelo que são alvo de estratégias e de políticas públicas de saúde já que as taxas de morbimortalidade infantil são importantes indicadores sociodemográficos, refletindo não somente aspectos da saúde de crianças, mas a qualidade de vida de uma determinada população<sup>(10)</sup>.

Quanto ao peso, encontrou-se forte tendência de associação com classificação de risco ( $p=0,06$ ), predominando nas crianças com peso adequado para a idade as classificações amarela e verde, significando que tais crianças buscaram atendimento hospitalar por situações clínicas de urgência e menor urgência respectivamente. Ressalta-se que, através da classificação de risco, pode-se identificar que as crianças com peso inadequado para a idade apresentaram perfil clínico de maior severidade, do que as crianças com peso adequado. Além disso, ao se verificar a procedência destas crianças, pode-se identificar que cerca de 25% residiam na SER III. Isso reflete a possibilidade de implementação de medidas de promoção da saúde junto à prática de saúde coletiva (intersectorialidade), direcionadas à necessidade nutricional dessa regional.

Estudo sobre segurança alimentar também encontrou que as crianças com estado nutricional adequado apresentaram enfermidades menos danosas se comparadas às desnutridas, sendo que nestas ocorre o aumento na incidência, na severidade de enfermidades infecciosas e nas taxas de mortalidade na infância<sup>(11)</sup>. Contudo, destaca-se que a desnutrição vem cedendo seu lugar para o sobrepeso, tornando-se atualmente um dos principais problemas de nutrição em crianças menores de cinco anos<sup>(12)</sup>.

Verificou-se ainda associação estatisticamente significativa entre especialidade clínica do atendimento e a classificação de risco ( $p<0,001$ ), tendo predominado atendimentos de clínica médica na cor amarela seguida da cor verde. Embora a instituição seja um hospital secundário de referência em clínica traumatológica, dos 627 atendimentos estudados somente 7 casos eram referentes à essa especialidade.

Autores encontraram resultado semelhante em que de 222 crianças atendidas, apenas 5 (1,46%) procuraram o hospital em decorrência de acidentes ou traumas<sup>(13)</sup>. Outro estudo



descreveu a casuística de crianças atendidas em sala de emergência e encontrou que 65% dos pacientes estavam previamente hígidos e que o motivo do atendimento foi para tratamento clínica médica<sup>(1)</sup>.

Ressalta-se que o enfermeiro, através do processo de trabalho e inserido no contexto do ACCR, é o profissional responsável pela estratificação apropriada dessa demanda através da implementação adequada do protocolo.

Nesse estudo, verificou-se que em grande parte das queixas apresentadas houve predomínio da febre classificada na cor amarela, seguida do vômito e diarreia classificados na cor verde.

Estudo semelhante encontrou a febre, seguida do vômito como as queixas mais prevalentes<sup>(12)</sup>. Além disto, outros autores verificaram que as crianças apresentavam queixa de febre de origens variadas, como infecções de vias aéreas superiores e inferiores, dentre outras<sup>(14)</sup>. Assim como, um estudo de revisão sistemática sobre uso inapropriado dos serviços de emergência corrobora para o resultado, afirmando que a maioria das queixas apresentadas correspondia a febre (21,6%), seguida do vômito (18,1%)<sup>(15)</sup>.

Conforme o período em que os dados foram coletados (janeiro a junho de 2009) época chuvosa no Estado do Ceará, as doenças do aparelho digestivo continuam sendo importante motivo de procura das unidades de saúde. De acordo com os achados, constatou-se que foi atendida quantidade significativa de criança com queixa de diarreia e vômito, sendo elas associadas ou não, onde a maioria caracterizou-se como condição não aguda (verde). Estudo realizado em Fortaleza observou uma associação entre a intensidade das chuvas e o número de casos de diarreia em crianças entre 1 e 4 anos e associou esse aumento à ingestão de águas de fontes diferentes das habituais, à contaminação do lençol freático por fossas sépticas ou à circulação de outros agentes etiológicos<sup>(9)</sup>.

Quanto à dispneia, apesar de não ter sido a queixa mais prevalente, merece destaque a maior severidade da classificação de risco na cor laranja, englobando situações agudas, de emergência, sem sinal sonoro que exige atendimento médico em até 15 minutos e reavaliação de enfermagem a cada 15 minutos. Para que a dispneia seja classificada como laranja a criança deve apresentar angústia respiratória intensa com esforço muscular ou passado de asma grave e saturação de oxigênio entre 92 e 94%<sup>(4)</sup>.

Acredita-se que, através da identificação das características clínicas dessas crianças, proporcionadas pelo processo de classificação de risco em unidade de emergência pelo enfermeiro, possa-se contribuir com a prática assistencial, reorientar o processo de acessibilidade dos usuários e melhorar a qualidade da assistência no SUS.

## **CONCLUSÃO**

O perfil sociodemográfico e clínico prevalente foi de crianças do sexo masculino, com idade de 1 a 5 anos, peso adequado, que residem próximo à instituição. A principal queixa foi a febre classificada na cor amarela caracterizando-se como urgência.

A pluralidade dos fatores observados não influenciaram na classificação de risco, embora, através dessa, pode-se quantificar e caracterizar a prevalência da demanda apropriada e da excedente, que podem explicar a superlotação e a baixa resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários nos serviços de emergência.

Observou-se também que o perfil das crianças estudadas, de uma maneira geral, é semelhante a outros estudos nacionais e internacionais, e que as características observadas, em sua maioria, podem ser identificadas através da avaliação do enfermeiro com utilização de protocolos.

### **Relevância para a prática clínica**

O presente estudo contribui para a prática de enfermagem, pois conhecer o perfil das características sociodemográficas e clínico de crianças e adolescentes, que estão sendo atendidos em unidades de emergência, permite ao enfermeiro desenvolver ações que promovam a classificação de risco adequada assegurando a tomada de decisão e minimizando as possibilidades de agravos.

Logo, podemos observar que o enfermeiro, através do processo de trabalho no setor de ACCR, aderiu aos princípios de reconstrução e qualificação do SUS, incorporando as diretrizes da Política Nacional de Humanização. No setor de acolhimento o enfermeiro avalia o paciente e também esclarece a comunidade quanto à forma e a expectativa de atendimento nos diversos níveis de complexidade do SUS, com vistas a organizar os espaços físicos e reduzir a superlotação nas unidades de emergência. Tais esclarecimentos devem ser realizados sistematicamente por meio da educação em saúde.

### **REFERÊNCIAS**

1. Riccetto AGL, Zambon MP, Marmo DB, Brandão MB, Queiroz RA, Reis MC, et al. Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. *Rev Paul Pediatría*. 2007; 25(2):156-60.
2. Lima RP, Ximenes LB, Joventino ES, Vieira JES, Oriá MOB. Principais causas de acidentes domésticos em crianças: um estudo descritivo-exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2008;7(3).
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil. [online]. 2009 [acesso 2010 out]; Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic Saud e.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic Saud e.pdf)
4. Ministério da Saúde (Br). PNH. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenação de Gestão Hospitalar/MSM. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. 1ª. ed. Equipe HumanizaSUS: Mafra AA, Martins P, Shimazaki ME, Barbosa YR, Rates SMM, et al. Fortaleza (CE): Ministério da Saúde; 2008.

5. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (CE). Redes Assistenciais. Redes Hospitalares. Frotinha de Antônio Bezerra. [online]. [acesso em 2010 out]; Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/smsv/redesreeFrotAtBezerra.asp>
6. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contrarreferência: Contribuição Para a Integralidade em Saúde. Cienc Cuid Saude [online]. 2008 [acesso 2010 jun 06]; 7(1): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/49/311>
7. Sena RR, Leite CR, Santana JJF, Vieira MA. Perfil das crianças atendidas na Unidade de Pediatria do hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros –MG. Unimontes Científica [online]. 2006 [acesso 2010 jun]; 8(1):[cerca de 12 p.]. Disponível em: [http://www.unimontes.br/unimontescientifica/revistas/Revista%20V8\\_N1/ARTIGOS/Perfil\\_das\\_Criancas/Perfil\\_das\\_criancas%20v8n1.pdf](http://www.unimontes.br/unimontescientifica/revistas/Revista%20V8_N1/ARTIGOS/Perfil_das_Criancas/Perfil_das_criancas%20v8n1.pdf).
8. Martins CBG, Andrade SM. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos 1985. Cad. Saúde Pública. 2008 set; 24(9):1983-1990.
9. Façanha MC, Pinheiro AC. Comportamento das doenças diarréicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 a 2001. Cad. Saúde Pública. 2005 jan-fev;21(1):49-54,
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil. [online]. 2009 [acesso 2010 out]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/2009/indicsaude.pdf>.
11. Barroso GS, Sichert R, Salles-Costa R. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. Rev. bras. epidemiol. 2008; 11(3): 484-94. ISSN 1415-790X
12. Simon VGN, Souza JMP, Leone C, Souza SB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a seis anos matriculadas em escolas particulares no município de São Paulo. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.[online]. 2009 [acesso em 2010 out]; 19(2):211-218. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200002&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0104-1282.
13. Batistela S, Guerreiro NP, Rossetto EG. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde [online].2008 jul/dez [acesso em 2010 out];29(2):[cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/viewFile/3460/2815>
14. Frota MA, Martins MC, Santos RCAN. Significados culturais da asma infantil. Rev. Saúde Pública [online]. 2008 Jun [acesso em 2010 out] ; 42(3): 512-516. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000300017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300017&lng=pt).
15. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad. Saúde Pública [online]. 2009 Jan [acesso em 2010 out]; 25(1): 7-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S01211X09&lng=pt>.

### **Contribuição dos autores**

Concepção e desenho: Veras, JEGLF, Ximenes, LB\*

Coleta de dados: Veras, JEGLF, Nascimento, LA

Análise e interpretação: Veras, JEGLF, Carvalho, AT, Uchoa, JL, Nascimento, LA, Ximenes, LB, Almeida, PC

Redação do artigo: Veras, JEGLF, Carvalho, AT, Uchoa, JL, Nascimento, LA, Almeida, PC, Ximenes, LB.

Aprovação final do artigo: Veras, JEGLF, Carvalho, AT, Uchoa, JL, Almeida, PC, Ximenes, LB.

\*Bolsista Produtividade/CNPq