



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Perfil de niños y adolescentes atendidos en la emergencia según la clasificación de riesgo: un estudio documental

Joelna E G L F Veras¹, Aline T de Carvalho², Janaiana L Uchoa³,
Ludmila A do Nascimento⁴, Lorena B Ximenes⁵, Paulo C de Almeida⁶

1,2,3,4,5 Universidad Federal de Ceará, CE, Brasil.

6 Universidad Estadual de Ceará, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: Trazar el perfil clínico de niños y adolescentes (0 a 14 años) atendidos en un hospital de Fortaleza, Ceará, basándose en los criterios de un protocolo de ACCR en Pediatría. **Métodos:** Estudio documental, con muestras de 627 boletines de atendimento de emergencia escogidos aleatoriamente, procesados y analizados en el SPSS 17.0. **Resultados:** Grande parte de los niños fue procedente de la Secretaría Ejecutiva Regional III (65,63%), del sexo masculino (57,33%), con edades entre 1 y 5 años (51,63%) y peso adecuado (53,42%). Hubo asociación entre la clasificación de riesgos y la especialidad clínica médica ($p < 0,001$), con mayor porcentual de clasificación de amarilla para azul en la clínica médica. La queja prevalente fue fiebre con clasificación amarilla. **Conclusión:** Por medio de la clasificación de riesgo, el enfermero puede identificar el grado de comprometimiento clínico de los pacientes, la demanda apropiada y excedente de la institución, proporcionando la atención necesaria, de acuerdo con el nivel de complejidad de cada caso.

Descriptor: Enfermería de Emergencia; Niños; Adolescente; selección.

INTRODUCCIÓN

La búsqueda desnecesaria por las emergencias de los hospitales, tanto en países desarrollados, como en países en desarrollo, como Brasil, nos dice sobre la pobreza asociada al bajo nivel de instrucción materna, además de la desinformación acerca del nivel de complejidad del atendimento a ser buscado por los padres o responsables cuando sus hijos se enferman ^(1,2).

Tales factores son permeados por cuestiones que envuelven la falta de acceso y solubilidad de la red de atención básica y la enorme legitimidad que los servicios de urgencia/emergencia ejercen sobre la población a través de sus recursos tecnológicos, lo que repercute en la inadecuación de la demanda y en la consecuente reducción de la calidad de los servicios de salud.

Además de esto, la cantidad de establecimientos hospitalarios de atendimento con especialidades de urgencia y emergencia pediátricas no atiende a la demanda real, existiendo, en el 2005, 4.012 en el país, 113 hospitales en el Estado de Ceará, y en Fortaleza, de las 35 Unidades del Sistema Único de Salud (SUS) que realizaban atendimientos de emergencias, solamente 19 establecimientos atendían la especificidad en pediatría ⁽³⁾.

Dentro de las acciones de promoción de la salud, instituidas con intención de cualificar la salud hospitalaria en Brasil, se destaca el establecimiento de medidas por el Ministerio de Salud, dentro de las cuales la Política Nacional de Humanización (PNH), que busca la mejoría de la atención y gestión en el Sistema Único de Salud ⁽⁴⁾.

De acuerdo con criterios determinados por la PNH, todos los pacientes que buscan atendimento en las instituciones de salud deben recibir la ayuda por medio de un equipo multiprofesional cualificado. El enfermero, como miembro del equipo, tiene la responsabilidad de recibir al paciente de forma solidaria y reconfortante, hacer una evaluación breve y clasificarlo conforme a su prioridad, dando respuestas a las necesidades de salud de cada usuario ⁽⁴⁾.

Una de las estrategias previstas en la PNH es el recibimiento con Clasificación de Riesgo (ACCR), que se destina a reorganizar el proceso que recibe a las personas en las unidades de salud garantizándoles condiciones adecuadas de asistencia ⁽⁴⁾. Delante de esto, el ayuntamiento de Fortaleza, con el apoyo del Ministerio de Salud, elaboró e implantó el protocolo de ACCR en Pediatría con el objetivo de esquematizar las actividades desenvueltas por el enfermero y por los demás miembros del equipo, proporcionar la atención necesaria centrada en el nivel de complejidad, no adoptando más el orden de llegada, y cualificar el atendimento en las unidades hospitalarias de salud.

Este recibimiento permite el intercambio entre la red familiar del usuario y el equipo de salud, donde la prioridad de los atendimientos es hecha por el enfermero, a través de la clasificación de riesgo, debiendo constar de evaluación breve, solidaria y reconfortante⁽⁴⁾. Los pacientes son categorizados en niveles de atendimento preconizados por los siguientes colores: ROJO I - pacientes que necesitan de reanimación o atendimento inmediato, con cuidado de enfermería continuo, los cuales son encaminados directamente a la sala de emergencia; ROJO II/NARANJA - cuyos pacientes se encuentran en situación de emergencia, necesitando de atendimento médico en hasta 15 minutos y reevaluación de enfermería a cada 15 minutos, también siendo encaminado para la sala de emergencia; AMARILLO - que necesitan de atendimento médico lo más rápido posible, aunque no corren riesgo inmediato de muerte y deberán ser encaminados directamente a la sala de consulta de enfermería; VERDE - pacientes en condiciones no agudas, que deben ser encaminados al atendimento médico en hasta una hora, o revaluados por el enfermero a cada hora; y, por fin, AZUL - que corresponde a las demás condiciones no agudas y serán atendidas por orden de llegada o referenciadas a otra institución de atención primaria⁽⁴⁾.

Delante de lo expuesto, se objetivó trazar el perfil sociodemográfico y situación clínica de niños y adolescentes atendidos en un pronto-socorro de Fortaleza-CE, basándose en los criterios del protocolo del ACCR en Pediatría.

MÉTODOS

El presente estudio es del tipo retrospectivo, documental, con abordaje cuantitativo, realizado con niños y adolescentes de 0 a 14 años, atendidos en la emergencia de un hospital distrital, de nivel secundario, localizado en Fortaleza, Ceará.

La colecta de datos ocurrió en julio del 2009, por medio de consultas a boletines de atendimento de emergencia referentes al período de Enero a Junio del 2009, los cuales deberían atender al siguiente criterio de inclusión: llenado legible en más de 50% de los ítems presentes en los boletines. En ese período fueron realizadas 12.000 consultas pediátricas, de estas, fueron seleccionados, aleatoriamente, 1000 boletines, de los cuales 363 no atendieron al criterio de inclusión adoptado, resultando en una muestra de 627 boletines de atendimento de emergencia.

Para facilitar esta etapa de la pesquisa, fue utilizado un formulario estructurado abordando características personales (sexo, edad, peso y procedencia), especialidad de atendimento, queja principal, señales vitales y clasificación de riesgo conforme los criterios del protocolo de ACCR en pediatría del Municipio.

Para a compilación de las informaciones recogidas fue utilizado el programa *Excel for Windows* y para el análisis de los datos se utilizó el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 17.0. Los datos fueron analizados a la luz de la literatura

pertinente, valiéndose de la estadística descriptiva y analítica por medio de frecuencias absolutas, relativas y testes de significancia: Razón de verosimilitud y Fisher-Feeman-Halton. Para todos los análisis estadísticos, se fijó el nivel de significancia de 5% y el intervalo de confianza de 95% (IC_{95%}).

El presente estudio fue realizado de acuerdo con la resolución 196/96 de la Comisión Nacional de Salud y siguió las directrices y normas que regulan las pesquisas involucrando seres humanos, habiendo sido aprobado en el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Ceará sub el protocolo nº 193/09.

RESULTADOS

En la tabla 1, se puede verificar que no hubo asociación estadísticamente relevante entre clasificación de riesgo y procedencia ($p=0,145$), así como, dentro de cada procedencia, no hubo predominancia estadísticamente significativa de un nivel de riesgo ($p>0,10$). A pesar de existir seis Secretarías Ejecutivas Regionales (SER) en Fortaleza, solamente cuatro fueron analizadas una vez que dos SER's (II e VI) presentaron sólo 10 (1,6%) atendimientos.

Se constató, aun, que el mayor número de atendimientos fue de los pacientes procedentes de la SER III, en la cual el referido hospital está inserido, seguido de la SER I. Se verificó, también, que cantidad significativa de pacientes fue proveniente del municipio de Caucaia-Ceará, adscrito a la SER III. Se puede notar que la proximidad de la residencia en relación a la institución de salud influyó el número de atendimientos, visto que las SER I, SER III y Caucaia fueron responsables por la gran mayoría (553-90,06%) de los atendimientos. Se resalta que en la mayoría de los locales de procedencia, las clasificaciones de riesgo predominantes fueron en los colores amarillo (38,44%) y verde (32,41%).

TABLA 1 – Distribución del número de pacientes según la clasificación de riesgo y procedencia. Fortaleza, 2009.

Procedencia	Clasificación de Riesgo										P ¹	IC _{95%}
	Rojo		Naranja		Amarillo		Verde		Azul			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
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
Otros	1	4,6	1	4,6	10	45,4	5	22,7	5	22,7	45	24-68
Total	6	1	84	13,7	236	38,4	199	32,4	89	14,5		

Fuente: Hospital de Emergencia, Fortaleza-CE, Ene-Jun/2009. (n=614)
Razón de verosimilitud $p=0,145$.

P¹ es la proporción dentro de las clasificaciones de riesgo verde y azul.

En Tabla 2 no se encontró asociación entre clasificación de riesgo y sexo ($p=0,299$), así como dentro de cada sexo no hubo predominancia estadísticamente significativa de un nivel de riesgo ($p>0,20$). Sin embargo, de los 627 boletines del estudio, prevalecieron aquellos relacionados a los niños del sexo masculino (352-56,14%), de los cuales más de dos tercios fueron clasificados en los colores amarillo y verde.

Se constató también que más de la mitad de los atendimientos ocurrió con niños entre 1 y 5 años, siendo la mayoría clasificada en los colores amarilla y verde. No se verificó asociación entre clasificación de riesgo y edad ($p=0,295$). También dentro de cada grupo etario no hubo predominancia estadísticamente significativa de un nivel de riesgo ($p>0,40$).

Poco más de la mitad de los niños presentaron peso adecuado para la edad (328-52,90%), siendo la mayoría clasificados en los colores amarillo y verde (238-72,57%). Además de eso, el peso presentó fuerte tendencia de asociación con clasificación de riesgo ($p = 0,06$), pero no conclusiva, habiendo predominancia estadísticamente significativa de un nivel de riesgo ($p<0,0001$). Existe un mayor porcentual de clasificación de riesgo de amarillo a azul para el peso adecuado, mientras que para el peso inadecuado, el riesgo de amarillo a naranja fue mayor.

Se resalta que para facilitar el análisis de los resultados fueron denominados como peso inadecuado los niños que presentaron el peso elevado, bajo y muy bajo para la edad.

TABLA 2- Distribución del número de pacientes según la clasificación de riesgo y características personales. Fortaleza, 2009.

	Clasificación de riesgo										P ¹	IC _{95%}
	Rojo		Naranja		Amarillo		Verde		Azul			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo(n=627)												
Masculino	7	2	53	15,1	130	36,9	115	32,7	47	13,6	46	41-51
Femenino	1	0,4	34	12,4	110	40	87	31,6	43	15,6	47	41-53
Edad (año)(n=623)												
< 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
Peso (n=620)												
Adecuado	1	0,3	41	12,5	122	37,2	116	35,4	48	14,6	50	44-56
Inadecuado	7	2,4	46	15,8	115	39,4	84	28,8	40	13,7	42	37-48

Fuente: Hospital de Emergencia, Fortaleza-CE, Ene-Jun/2009.

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

P¹ es la proporción dentro de las clasificaciones de riesgo verde y azul.

La Tabla 3 evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la clasificación de riesgo y el motivo del atendimento ($p<0,001$), pues para la clínica médica el mayor

porcentual fue de amarillo para azul, mientras que para la clínica quirúrgica ese porcentual fue mayor de rojo para amarillo. También, dentro de cada clínica hubo predominancia do riesgo amarillo ($p < 0,0001$).

TABLA 3– Distribución del número de pacientes según la clasificación de riesgo y motivo del atendimento. Fortaleza, 2009.

Especialidad Clínica	Clasificación de Risco										P ¹	IC _{95%}
	Rojo		Naranja		Amarillo		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 quirúrgica	3	3,9	12	15,6	41	53,2	8	10,4	13	16,9	42	37-48
Total	7	1,4	86	13,9	239	38,6	197	31,8	90	14,5		

Fuente: Hospital de Emergencia, Fortaleza-CE, Ene-Jun/2009. (n=619)

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

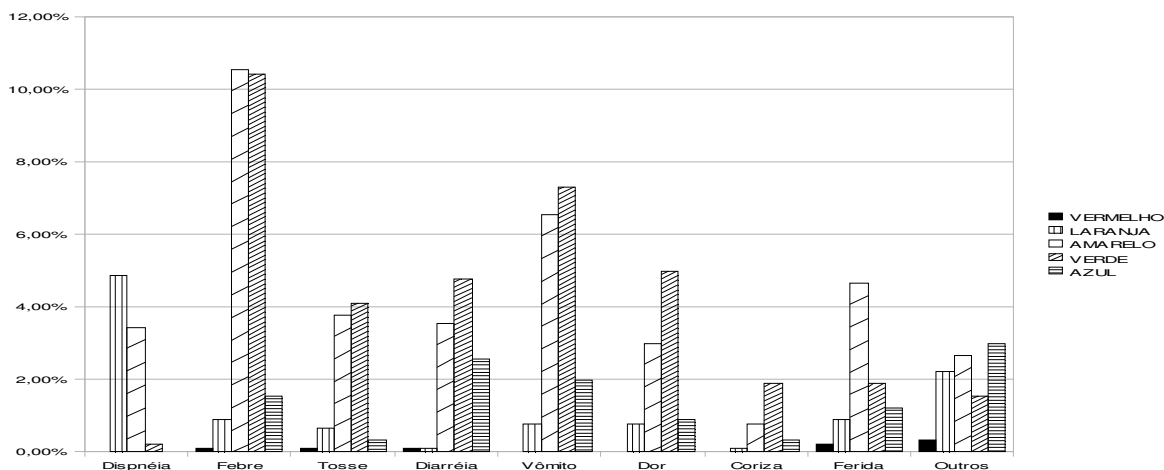
P¹ es la proporción dentro de las clasificaciones de riesgo verde y azul.

No gráfico 1 fue posible observar que dentro de las quejas, la más relatada fue la fiebre (212-23,48%), estando presente en 53 (8,46%) niños individualmente, en 38 (6,06%) niños asociado a la tos y en 32 (5,1%) niños asociado a dolor, prevaleciendo el nivel de clasificación en el color amarillo. Se resalta que de acuerdo con el protocolo de ACCR adoptado en el estudio, se considera fiebre la elevación térmica arriba de 37,8°C⁽⁴⁾. Es válido destacar que fueron categorizadas como fiebre todas las quejas, siendo ellas confirmadas o no después la mensuración por termómetro de mercurio. De ahí se justifica el gran número de casos.

Las infecciones gastrointestinales presentaron frecuencia superior a las demás y fueron clasificadas, en su mayoría, con el color verde, siendo el vómito (66-7,31%) y diarrea (43-6,76%) las principales señales clínicas observadas.

Las quejas de disnea representaron un total de 53 atendimientos (8,45%), mientras que las de tos estuvieron presentes en 12 (1,91%) niños, siendo que la disnea fue clasificada, en su mayoría, en los colores naranja (35-66%) y amarillo (15-28,3%).

GRÁFICO 1– Distribución del número de pacientes según la clasificación de riesgo y la queja principal. Fortaleza, 2009.



Fuente: Hospital de Emergencia, Fortaleza-CE, Ene-Jun/2009.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se verificó que la mayoría de los niños atendidos era proveniente de la SER III, en la que el referido hospital está inserido, siendo compuesta por barrios de la periferia de Fortaleza. La clasificación de riesgo predominante fue amarilla, caracterizando estos pacientes como demanda apropiada para el atendimento de urgencia, los cuales necesitaban de evaluación médica en hasta 30 minutos o reevaluación de enfermería cada 30 minutos, seguida de la clasificación de color verde (menor urgencia) en que los pacientes necesitaban de evaluación médica en hasta 1 hora o reevaluación de enfermería cada hora.

La referida unidad atiende toda la demanda que busca atendimento, sin restricciones de barrios, asistiendo casos de urgencia y emergencia en las áreas de clínica general, cirugía, pediatría, siendo referencia para atendimientos de nivel secundario a pacientes víctimas de trauma ⁽⁵⁾.

Vale destacar la procedencia de pacientes advenidos de las SER's I y III y del municipio de Caucaia, que hace frontera con la SER III, los cuales fueron responsables por la gran mayoría (90,06%) de los atendimientos, confirmando que la proximidad geográfica influencia en la búsqueda del servicio de emergencia ^(6,10).

El presente estudio identificó predominio del sexo masculino y, a pesar de no haber habido asociación estadísticamente significativa con la clasificación de riesgo ($p=0,299$), la prioridad destacada en esta población fue la amarilla. Tal hecho corrobora con estudios que comprueban el predominio del atendimento hospitalario a los niños del sexo masculino, principalmente relacionados a accidentes y traumas ^(7,8).

Este predominio puede estar relacionado a la diferencia de comportamientos y actividades desarrolladas por cada sexo, siendo que el varón suele desenvolver actividades dinámicas con juegos y actitudes que envuelven mayor riesgo, mientras que las hembras desenvuelven actividades más suaves ⁽⁷⁾.

En el presente estudio el grado de complejidad del comprometimiento de salud de los niños del sexo masculino fue mayor en todos los niveles de clasificación de riesgo, con destaque para el color rojo I, con la proporción de 7:1. Esta proporción corrobora con otros estudios sobre la exposición de niños del sexo masculino a las actividades de mayor riesgo ^{7,8}.

La categoría edad también no presentó asociación estadísticamente significativa con la clasificación de riesgo ($p=0,295$), predominando el grupo etario de 1 a 5 años y los atendimientos clasificados como de urgencia (amarillo) y de menor urgencia (verde), caracterizando estos niños como demanda apropiada.

Estudios sobre el tempo de permanencia de niños en la emergencia de una institución también encontraron predominio del grupo etario de 1 a 4 años ^(8,9). Los niños menores de 5 años están en la fase *toddler*, y ni siempre están conscientes de situaciones de peligro, por lo que son blancos de estrategias y de políticas públicas de salud ya que los índices de morbimortalidad infantil son importantes indicadores sociodemográficos, reflejando no solamente aspectos de la salud de los niños sino también la cualidad de vida de una determinada población ⁽¹⁰⁾.

Cuanto al peso, se encontró fuerte tendencia de asociación con clasificación de riesgo ($p=0,06$), predominando en los niños con peso adecuado para la edad las clasificaciones amarilla y verde, significando que tales niños buscaron atendimento hospitalario por situaciones clínicas de urgencia y menor urgencia respectivamente. Se destaca que, a través de la clasificación de riesgo, se puede identificar que los niños con peso inadecuado para la edad presentaron perfil clínico de mayor severidad, de que los niños con peso adecuado. Además de eso, al verificarse la procedencia de estos niños, se puede identificar que cerca de 25% residían en la SER III. Eso refleja la posibilidad de implementación de medidas de promoción de la salud junto a la práctica de salud colectiva (intersectorial), direccionadas a la necesidad nutricional de esa región.

Estudio sobre seguridad alimentar también encontró que los niños con estado nutricional adecuado presentaron enfermedades menos dañosas si comparadas a las desnutridas, siendo que en estas ocurre el aumento en la incidencia, en la severidad de enfermedades infecciosas y en las tasas de mortalidad en la infancia ⁽¹¹⁾. No obstante, se destaca que la desnutrición viene cediendo su lugar para el sobrepeso, volviéndose actualmente un de los principales problemas de nutrición en niños menores de cinco años ⁽¹²⁾.

Se verificó aun asociación estadísticamente significativa entre la especialidad clínica del atendimento y la clasificación de riesgo ($p<0,001$), predominando atendimientos de clínica médica en el color amarillo seguido del color verde. Aunque la institución sea un hospital secundario de referencia en clínica traumatológica, de los 627 atendimientos estudiados solamente 7 casos eran referentes a esa especialidad.

Autores encontraron resultado semejante en que de 222 niños atendidos, sólo 5 (1,46%) procuraron el hospital en recurrencia de accidentes o traumas ⁽¹³⁾. Otro estudio describió la casuística de niños atendidos en sala de emergencia y encontró que 65% de los pacientes estaban previamente sanos y que el motivo del atendimento fue para tratamiento clínico médico ⁽¹⁾.

Se destaca que el enfermero, a través del proceso de trabajo e inserido en el contexto del ACCR, es el profesional responsable por la estratificación apropiada de esa demanda a través de la implementación adecuada del protocolo.

En este estudio, se verificó que en gran parte de las quejas presentadas hubo predominio de fiebre clasificada por el color amarillo, seguida de vómito y diarrea clasificados por el color verde.

Estudio semejante encontró la fiebre, seguida del vómito como las quejas más prevalentes ⁽¹²⁾. Además de esto, otros autores verificaron que los niños presentaban queja de fiebre de orígenes variadas, como infecciones de vías aéreas superiores e inferiores, entre otras ⁽¹⁴⁾. Así como, un estudio de revisión sistemática sobre uso inapropiado de los servicios de emergencia corrobora para el resultado, afirmando que la mayoría de las quejas presentadas correspondía a fiebre (21,6%), seguida de vómito (18,1%)⁽¹⁵⁾.

Conforme el período en que los datos fueron colectados (Enero a junio del 2009) época lluviosa en el Estado de Ceará, las enfermedades del aparato digestivo continúan siendo importante motivo de búsqueda por las unidades de salud. De acuerdo con los hechos, se constató que fue atendida una cantidad significativa de niños con queja de diarrea y vómito, siendo ellas asociadas o no, donde la mayoría se caracterizó como condición no aguda (verde). Estudio realizado en Fortaleza observó una asociación entre la intensidad de las lluvias y el número de casos de diarrea en niños entre 1 y 4 años y asoció ese aumento a la ingestión de aguas de fuentes diferentes de las habituales, a la contaminación del agua subterránea por fosas sépticas o a la circulación de otros agentes etiológicos⁽⁹⁾.

Cuanto a la disnea, aunque no fue la queja más prevalente, merece destaque la mayor severidad de la clasificación de riesgo en el color naranja, englobando situaciones agudas, de emergencia, sin señal sonoro que exige atendimento médico en hasta 15 minutos y reevaluación de enfermería a cada 15 minutos. Para que la disnea sea clasificada como naranja el niño debe presentar angustia respiratoria intensa con esfuerzo muscular o pasado de asma grave y saturación de oxígeno entre 92 y 94%⁽⁴⁾.

Se cree que, a través de la identificación de las características clínicas de esos niños, proporcionadas por el proceso de clasificación de riesgo en la unidad de emergencia por el enfermero, se puede contribuir con la práctica asistencial, reorientar el proceso de accesibilidad de los usuarios y mejorar la cualidad de la asistencia en el SUS.

CONCLUSIÓN

El perfil sociodemográfico y clínico prevalente fue de niños del sexo masculino, con edad de 1 a 5 años, peso adecuado, que residen próximos a la institución. La principal queja fue la fiebre clasificada por el color amarillo caracterizándose como urgencia.

La pluralidad de los factores observados no influyó en la clasificación de riesgo, aunque, a través de esta, se puede cuantificar y caracterizar la prevalencia de la demanda apropiada y de la excedente, que pueden explicar el abarrotamiento y la baja solubilidad de los problemas de salud de los usuarios en los servicios de emergencia.

Se observó también que el perfil de los niños estudiados, de una manera general, es semejante a otros estudios nacionales e internacionales, y que las características observadas, en su mayoría, pueden ser identificadas a través de la evaluación del enfermero con utilización de protocolos.

Relevancia para la práctica clínica

El presente estudio contribuye para la práctica de enfermería, pues conocer el perfil de las características sociodemográficas y clínico de niños y adolescentes, que están siendo atendidos en unidades de emergencia, permite al enfermero desenvolver acciones que promueven la clasificación de riesgo adecuada asegurando la toma de decisión y minimizando las posibilidades de agravios.

Entonces, podemos observar que el enfermero, a través del proceso de trabajo en el sector de ACCR, adhirió a los principios de reconstrucción y cualificación del SUS, incorporando las directrices de la Política Nacional de Humanización. En el sector de recibimiento el enfermero evalúa al paciente y también esclarece a la comunidad cuanto a la forma y la expectativa de atendimento en los diversos niveles de complejidad del SUS, objetivando organizar los espacios físicos y reducir el abarrotamiento en las unidades de emergencia. Tales esclarecimientos deben ser realizados sistemáticamente por medio de la educación en salud.

REFERENCIAS

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

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_Crianças/Perfil_das_crianças%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/indicasaude.pdf>.
11. Barroso GS, Sichiari 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. 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/seminabio/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.
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>.

Contribución de los autores

- Concepción y diseño: Veras, JEGLF, Ximenes, LB*
- Colecta de datos: Veras, JEGLF, Nascimento, LA
- Análisis e interpretación: Veras, JEGLF, Carvalho, AT, Uchoa, JL, Nascimento, LA, Ximenes, LB, Almeida, PC
- Redacción del artículo: Veras, JEGLF, Carvalho, AT, Uchoa, JL, Nascimento, LA, Almeida, PC, Ximenes, LB.
- Aprobación final del artículo: Veras, JEGLF, Carvalho, AT, Uchoa, JL, Almeida, PC, Ximenes, LB.

*Beca Produtividad/CNPq

Joelna EGLF Veras, Calle Bernadete María Leal, 93, Barrio Salinas, CEP: 60.811-015 – Fortaleza-Ceará. Teléfono: (85) 3366.8464 FAX: (85) 3366.8456. E-mail: joelnaveras@ufc.br