



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
– MESTRADO PROFISSIONAL

Tatiana Tarkina Vieira

Avaliação da classificação de risco na emergência pediátrica: utilização de um protocolo validado

Florianópolis
2020

Tatiana Tarkina Vieira

Avaliação da classificação de risco na emergência pediátrica: utilização de um protocolo validado

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre Profissional – Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Linha de atuação: O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer.

Orientadora: Dra. Jane Cristina Anders

Florianópolis
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vieira, Tatiana Tarkina
Avaliação da classificação de risco na emergência
pediátrica : utilização de um protocolo / Tatiana Tarkina
Vieira ; orientador, Jane Cristina Anders, 2020.
148 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Enfermagem
Pediátrica. 3. Triage. 4. Serviços Médicos de Urgência. 5.
Classificação de Risco. I. Anders, Jane Cristina . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Tatiana Tarkina Vieira

Avaliação da classificação de risco na emergência pediátrica: utilização de um protocolo

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Francisca Elisângela Teixeira Lima, Dra.
Universidade Federal do Ceará

Profa. Fernanda Jorge Magalhães, Dra.
Universidade Estadual do Pernambuco

Profa. Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Enfa. Tarciany Farias Fraga, Msc.
Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Profa. Jane Cristina Anders, Dra.
Coordenadora do Programa

Profa. Jane Cristina Anders, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 18 de dezembro de 2019.

Este trabalho é dedicado aos meus queridos três filhos: Bernardo, Cassiano e Antônio e meu esposo Eduardo, valiosos presentes de Deus.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus pelo dom da vida de todas as pessoas boas, que ele não poupou em colocar na minha vida e por ter me concedido a graça de chegar até aqui.

Aos meus filhos Bernardo, Cassiano e Antônio, obrigada por compreenderem a ausência em vários momentos. Vocês são a razão desta dissertação.

Ao meu esposo Eduardo, meu companheiro da vida, que tornou os meus dias mais fáceis e leves para a concretização de todos os objetivos desta dissertação. Eu não teria conseguido sem você!

Aos meus amados pais Alcir e Marilza, pelo dom da vida e por me fazerem ser quem sou. Obrigada por cada dedicação para que eu chegasse até aqui.

À minha amada Vó Ina, aos meus amigos, familiares, compadres e afilhados, gratidão pelo incentivo e principalmente compreensão pela minha ausência.

Tia Nina, ontem, hoje e sempre Gratidão! Hoje por toda dedicação ao meu pai!

Ao meu “braço direito” Noelha, gratidão eterna pelo carinho dispensado à minha família.

A Micheline e Alexandra “Xan” pelo ponta pé inicial para tentar o mestrado. A minha cunhada Sandy, pelo carinho e disposição. E a minha afilhada Maria Antônia por acompanhar cada passo trazendo tranquilidade e inspiração.

A minha orientadora Professora Jane, a segunda pessoa no mundo que dispensa meu apelido e me chama de Tatiana (depois da minha mãe), o que significa muito pra mim, porque é imagem e semelhança de Deus, que também nos chama pelo nome e que coloca anjos no caminho. Gratidão pela compreensão das minhas limitações de “aluna” e incentivo nos momentos de tribulação. Por toda troca de conhecimento. Todo o meu carinho, respeito e admiração.

A Direção do HU pelo apoio, especialmente pessoas da gerente de Enfermagem Silvana Benedet.

A minha chefia imediata, querida Isabel Bernes, obrigada pelo apoio constante!

A gerência da linha de cuidado, especialmente à Dra. Tatiana Titericz. Agradeço o apoio e confiança depositados.

As minhas queridas colegas do ambulatório de Hemodinâmica do HU. Gratidão pela compreensão, incentivo e carinho dispensados. O convívio com vocês foi força na caminhada!

A equipe de serviço da Emergência Pediátrica, com quem tive a oportunidade de conviver durante 6 anos de trabalho, todo meu carinho e gratidão. Especialmente às participantes deste estudo, que encararam o desafio de acumular mais uma função no cotidiano do trabalho e aplicarem e avaliarem o protocolo proposto. Muito obrigada!!

A todas as professoras do mestrado profissional e aos colegas de turma pelo conhecimento compartilhado. Foi uma honra conhecer vocês.

As enfermeiras que fizeram parte da banca de qualificação: Profa. Dra. Kátia Bertoncello, Profa. Dra. Valéria de Cássia Sparapani e Dra. Micheline de Fátima Silva. Gratidão pela valiosa contribuição.

As autoras do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Fortaleza – CE. Obrigada pela produção e publicação do conhecimento em Enfermagem e pela autorização do uso deste conhecimento. Profa. Dra. Francisca Elisangela e Profa. Dra. Fernanda Jorge Magalhães. Gratidão profissional e pessoal.

Por fim, às crianças e/ou adolescentes e seus familiares, pela confiança e ensinamentos ao buscarem o serviço de emergência pediátrica e compartilharem suas angústias e vivências.

“Criança feliz
Feliz a cantar
Alegre a embalar
Seu sonho infantil
Ó, meu bom Jesus
Que a todos conduz
Olhai as crianças
Do nosso Brasil”

(ALVES; BITTENCOURT, 1952)

RESUMO

No âmbito de urgência e emergência, o acolhimento com classificação de risco representa uma das ações primordiais para a reestruturação da rede assistencial de saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde enfatiza a importância do acolhimento com classificação de risco. O estudo teve como objetivo geral: avaliar a aplicabilidade do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria em um Serviço de Emergência Pediátrica e como objetivos específicos: caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças e/ou adolescentes atendidas em um Serviço de Emergência Pediátrica e utilizar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria em um Serviço de Emergência Pediátrica. Trata-se de um estudo transversal, prospectivo e descritivo, de abordagem quantitativa. Os participantes do estudo foram constituídos por quatro enfermeiras que atuam em um serviço de emergência pediátrica do sul do país. A coleta de dados ocorreu em quatro etapas, sendo: aproximação com o instrumento de tecnologia em saúde, capacitação, utilização do protocolo e caracterização das crianças e/ou adolescentes atendidos e avaliação do protocolo. A análise para identificar o perfil das crianças e/ou adolescentes foi realizada por meio do programa estatístico SPSS v.25. O protocolo foi utilizado com uma amostra de 379 crianças e/ou adolescentes, no período de julho a setembro de 2019. Nesta etapa foram registrados os seguintes dados dos atendimentos: sexo, idade, queixa principal, cor da classificação e destino. A avaliação do protocolo foi realizada através da escala Likert, com 5 pontos de resposta, variando entre discordo totalmente a concordo totalmente a respeito dos objetivos, fluxos, domínios e aplicabilidade do protocolo proposto na prática. Como resultados foram obtidos um manuscrito e um produto. Sendo que, o manuscrito apresentou o perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes no serviço de emergência pediátrica e que apresentou prevalência de atendimentos do sexo masculino com 50,1%, de queixas respiratórias (31,7%) e de 4,6 mais atendimentos no período vespertino e classificação na cor verde (65%), seguida da cor amarela (20%), com internações, observações e transferências prevalentes nas cores vermelha, laranja e amarela e ainda 92,1% das crianças atendidas foram liberadas após atendimento médico. Já o produto atingiu concordância, com média acima de 87,5% em 15 dos 16 questionamentos, entre os participantes do estudo, que consideram o protocolo como válido para ser utilizado na realidade do serviço, bem como tece recomendações para a possível implantação do acolhimento com classificação de risco. Conclui-se que a classificação de risco prioriza o atendimento das crianças e/ou adolescentes mais graves, trazendo mais segurança ao paciente pediátrico, que busca corretamente o serviço de emergência pediátrica por apresentar um quadro clínico que necessita atendimento breve, seguro e de qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Pediatria. Triage. Serviços Médicos de Urgência. Classificação de Risco.

ABSTRACT

Into the scope of urgency and emergency the hosting risk rating represents one of the primary actions for the restructuring of the healthcare network. In this sense the national humanization policy (PHN) regard to the health Unic System emphasizes the importance of attending with risk classification. The study has as its main goal: evaluate the applicability of the host protocol with risk classification in pediatrics at a pediatric emergency service and as a specific goal: characterize the sociodemographic and clinical profile of children and adolescent seen at pediatric emergency service and use the host protocol with risk rating in pediatrics at a emergency service. This is a cross-sectional, prospective and descriptive study, a quantitative approach. The study participants consisted of four nurses who work in a pediatric emergency service in South Brazil. The data collection took place in four stages as follows: approach with health technology instrument, training, protocol usage and characterization of children and adolescent attendance and yet protocol evaluation. The analysis to identify the profile of children/adolescent was carried out through the statistical program SPSS v.25. The protocol was used considering a sample of 379 children /adolescent from July to September 2019. In this stage the following attendance care Data were recorded: gender, age, main complaints, classification by color bar risk and destination. The protocol evaluation was performed using the likert scale considering five answers point ranging from strongly disagree to strongly agree related to the goals, flow, domain and applicability of the protocol in real environment. As results a manuscript and a product were obtained. The manuscript presented the sociodemographic profile of children and adolescent in the pediatric emergency service which had a prevalence of male attention with 50.1 % for respiratory complaints (31,7%) and 4.6 more attendance during afternoon period and green color bar classification (65%) followed by yellow (20%), hospitalization, observations and transfer prevalent in red colors bar, followed by orange and yellow and still 92.1% of children attended were realeased after medical Care. The product reached agreement of an average above 87.5% in 15 of the 16 questions among the study participants who considered the protocol as valid to be used in the services real application, as well as make recommendations for possible implantation of the host risk classification. It is concluded that risk classification prioritizes the care of the most serious children /adolescent cases, bringing more safety to the pediatric patient by presenting a clinical picture which requires brief, safe and quality care.

Keywords: Nursing. Pediatrics. Screening. Emergency medical service. Risk classification.

RESUMEN

En el ámbito de la urgencia y la emergencia, la bienvenida con clasificación de riesgo representa una de las principales acciones para la reestructuración de la red de atención médica. En este sentido, la Política Nacional de Humanización (PNH) del Sistema Único de Salud enfatiza la importancia de acoger con clasificación de riesgo. El objetivo general del estudio fue: evaluar la aplicabilidad del Protocolo de Bienvenida con Clasificación de Riesgos en Pediatría en un Servicio de Emergencia Pediátrica y como objetivos específicos: caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los niños y / o adolescentes atendidos en un Servicio de Emergencia Pediátrica y use el Protocolo de Clasificación de Riesgos de Bienvenida en Pediatría en un Servicio de Emergencia Pediátrica. Este es un estudio transversal, prospectivo y descriptivo, con un enfoque cuantitativo. Los participantes del estudio consistieron en cuatro enfermeras que trabajan en un servicio de emergencia pediátrica en el sur del país. La recolección de datos se realizó en cuatro etapas, a saber: aproximación con el instrumento de tecnología de la salud, capacitación, uso del protocolo y caracterización de los niños y / o adolescentes atendidos y evaluación del protocolo. El análisis para identificar el perfil de niños y / o adolescentes se realizó mediante el programa estadístico SPSS v.25. El protocolo se utilizó con una muestra de 379 niños y / o adolescentes, de julio a septiembre de 2019. En esta etapa, se registraron los siguientes datos: sexo, edad, queja principal, color de clasificación y destino. La evaluación del protocolo se llevó a cabo utilizando la escala Likert, con 5 puntos de respuesta, que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo sobre los objetivos, flujos, dominios y aplicabilidad del protocolo propuesto en la práctica. Como resultado, se obtuvieron un manuscrito y un producto. Siendo eso, el manuscrito presentaba el perfil sociodemográfico de niños y adolescentes en el servicio de urgencias pediátricas y que tenía prevalencia de asistencia del sexo masculino con 50.1%, de quejas respiratorias (31.7%) y de 4.6 asistencias más en el período de la tarde y clasificación en verde (65%), seguido de amarillo (20%), con hospitalizaciones, observaciones y transferencias prevalentes en los colores rojo, naranja y amarillo y aún el 92.1% de los niños atendidos fueron dados de alta después de la atención médica. El producto llegó a un acuerdo, con un promedio superior al 87.5% en 15 de las 16 preguntas, entre los participantes del estudio, quienes consideran que el protocolo es válido para ser utilizado en la realidad del servicio, y hacen recomendaciones para la posible implementación del anfitrión. con calificación de riesgo. Se concluye que la clasificación de riesgo prioriza la atención de los niños y / o adolescentes más graves, brindando más seguridad al paciente pediátrico, que busca correctamente el servicio de emergencia pediátrica para presentar una afección clínica que requiere atención breve, segura y de calidad.

Palabras clave: Enfermería. Pediatría. Cribado. Servicios médicos de emergencia. Clasificación de riesgos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistema SEstatnet® para cálculo da amostra.....	32
Figura 2 – Fluxograma de etapas do estudo	33
Figura 3 - Classificação de risco das crianças e adolescentes atendidas na emergência pediátrica de um hospital do Sul do Brasil. Florianópolis-SC	45
Figura 4 - Fluxo de atendimento durante o ACCR.....	6459
Figura 5 - Distribuição e médias das respostas.....	664
Figura 6 - Fluxo de atendimento para crianças e/ou adolescentes com ferimento corto- contuso.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra e comparação das variáveis por cor de ficha de atendimento	Erro! Indicador não definido.
Tabela 2 - Descrição das queixas associadas mais prevalentes.....	452
Tabela 3 - Descrição das queixas isoladas.....	462
Tabela 4 - Distribuição das respostas e médias das respostas da escala Likert.....	43
Tabela 5 - Avaliação da amostra segundo o destino após atendimento médico e comparação das variáveis por cor de ficha de atendimento na emergência pediátrica. Florianópolis – SC	44
Tabela 6 - Avaliação das queixas associadas na Classificação de Risco. Florianópolis – SC	45
Tabela 7 - Avaliação das queixas isoladas na Classificação de Risco. Florianópolis – SC	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACEM	<i>Australasian College for Emergency Medicine</i>
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ATS©	<i>Australian Triage Scale</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CTAS©	<i>Canadian Triage Acuity Scale</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESI©	<i>Emergency Severity Index</i>
MS	Ministério da Saúde
MTS©	Sistema de Triagem de Manchester
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PALS	Suporte Básico e Avançado de Vida em Pediatria
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS.....	20
1.1.1	Objetivo geral	20
1.1.2	Objetivos específicos.....	20
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	22
2.2	INSTRUMENTOS PARA O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA.....	24
3	METODOLOGIA	30
3.1	TIPO DE ESTUDO	30
3.2	LOCAL DO ESTUDO	30
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
3.4	OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	32
3.4.1	Primeira etapa: aproximação com o instrumento de tecnologia em saúde	33
3.4.2	Segunda etapa: capacitação.....	34
3.4.3	Terceira etapa: Utilização do protocolo e caracterização das crianças e/ou adolescentes atendidos	35
3.4.4	Quarta Etapa: avaliação do protocolo.....	36
3.4.5	Análise dos dados.....	36
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	36
4	RESULTADOS.....	38
4.1	MANUSCRITO I: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA POPULAÇÃO DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	38
4.2	PRODUTO DESENVOLVIDO: AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE A - Cronograma da capacitação.....	78
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com Enfermeiros	83

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
ANEXO A – Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco – Fortaleza/CE.	89
ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética	145

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência ocupam importante parte da assistência de saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos nessa área em consequência, principalmente, do aumento no número de acidentes e a violência urbana. A insuficiente estruturação da rede assistencial tem acarretado uma sobrecarga dos serviços disponibilizados para o atendimento da população. Esses serviços, como a Atenção Básica de Saúde, são considerados a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois recebe grande número de pessoas em busca por um atendimento rápido e eficaz, para diminuir e evitar danos à saúde (SILVA, 2014).

Portanto, emergência é considerada uma ocorrência imprevista, que obtém risco potencial à vida, em que o paciente necessita de atenção imediata, para poder garantir a integridade das funções vitais básicas. E urgência significa uma condição de agravos à saúde, no qual apresenta risco real e iminente à vida, necessitando de intervenção rápida e efetiva, estabelecida por critérios médicos previamente definidos, com procedimentos de proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas. Assim, emergência e urgência se referem a agravos da saúde que precisam de atenção médica imediata (ROMANI *et al.*, 2009).

Dentre os setores hospitalares, os serviços de urgência e emergência apresentam maiores riscos de erros e eventos adversos por exigirem tomadas de decisão imediatas, relacionamento com diversas categorias profissionais, realização de variados procedimentos e administração de diversas medicações de alto risco, ou seja, uma série de atividades que exige atenção cognitiva complexa e simultânea (TOMÁS *et al.*, 2012).

Entretanto, os profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência dos hospitais, em especial os enfermeiros, necessitam de conhecimentos, habilidades e atitudes para acolher, escutar e orientar os usuários de saúde e determinar a prioridade de atendimento destes nas portas de entrada (WEYKAMP *et al.*, 2015; MAGALHÃES *et al.*, 2016).

Um dos grandes desafios da área da saúde é estabelecer estratégias para melhorar a qualidade da assistência nos serviços de emergências e urgências. A classificação de risco é uma estratégia que consiste em classificar o paciente de acordo com o grau de urgência, definindo a fila de espera por este critério, e não pela ordem de chegada (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como Humaniza SUS, 2004, estabelece que nos serviços de urgência e

emergência a demanda seja acolhida por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência, bem como o comprometimento da referência e contra referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, dispondo o acesso à estrutura hospitalar, a transferência segura conforme a necessidade dos usuários e o estabelecimento de protocolos clínicos para garantir intervenções necessárias e respeitando as diferenças (BRASIL, 2004).

Outro marco importante foi à reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003, consolidando a Portaria nº 1.600 de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS.

Em 2009, o Ministério da Saúde propõe uma reorganização destes serviços com o texto base sobre o acolhimento e classificação de risco, considerando como uma ferramenta de atendimento para organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, além de outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Em 2013, o MS lançou o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde, que apresenta um consolidado de estratégias para sua implementação, assegurando ao usuário um conjunto de ações e serviços nas situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno. Sendo a classificação de risco uma das principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE (BRASIL, 2013).

A classificação de risco é o ato de identificar a queixa principal manifestada ou relatada por pacientes e/ou respectivos acompanhantes, visando estabelecer uma lista de espera baseada no risco clínico e não na ordem de chegada. Assim, propõe-se direcionar a realização da anamnese e do exame físico, identificando os sinais e sintomas expressos e determinando a prioridade de atendimento, em virtude das condições relacionadas às complicações e ao risco de morte. Torna-se importante destacar que para a sua realização, os serviços utilizam tecnologias em saúde, dentre elas os protocolos de atendimento (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

O acolhimento, de acordo com a PNH, é um processo que implica responsabilização da equipe pelo usuário, desde o momento da sua chegada até sua saída da instituição, ouvindo suas queixas, considerando suas preocupações e angústias, utilizando uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio das articulações internas dos serviços, e destes com de outras instituições de saúde, para continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2004).

No que tange os serviços de urgência e emergência pediátrica, em 1984, nos Estados Unidos da América houve a criação dos serviços médicos de emergência para crianças e adolescentes, apontando para a necessidade de assegurar o atendimento em situações graves, vítimas de trauma, para reduzir complicações e evitar a morte. Ainda no final da década de 80, programas de treinamento em emergência pediátrica dirigidos para profissionais de saúde foram instituídos, dentre eles o Suporte Básico e Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Já na década de 90, foram desenvolvidos protocolos de atendimento pré-hospitalar e adequação de equipamentos pediátricos nos serviços de emergência, bem como a transferência de pacientes para outros serviços ou seu encaminhamento de acordo com a sua complexidade (PIVA, 2017).

O interesse pela temática surgiu frente atuação profissional como enfermeira em um Serviço de Emergência Pediátrica de um Hospital Universitário do sul do país, cuja alta demanda e superlotação me causava inquietação diante da dificuldade de priorizar o atendimento das crianças e adolescentes graves devido à falta da classificação de risco durante o acolhimento. Nessa instituição, os pacientes recebem atendimento médico por ordem de chegada, acarretando, muitas vezes, longos períodos de espera e piora do quadro clínico dos mesmos. Esta realidade contradiz com a Política Nacional de Humanização e a Política de Urgência e Emergência, fragilizando a escuta qualificada, a identificação de urgências e emergências, bem como a segurança do paciente pediátrico (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009). Sendo importante destacar que na emergência adulta da referida instituição há o acolhimento e a classificação de risco implementado, evidenciando a sua importância para assegurar as ações de enfermagem.

De acordo com o boletim estatístico da referida instituição, o Serviço de Emergência e Urgência Pediátrica, no ano de 2018, apresentou 25.991 atendimentos (HU, 2019). Este quadro ilustra uma alta demanda de atendimento e para assegurar a prestação de uma assistência eficaz e segura, é imprescindível estabelecer a prioridade do atendimento baseado

nas condições clínicas da criança e/ou adolescente, considerando que suas características específicas possibilitam uma maior fragilidade e instabilidade clínica.

Portando, é necessário que a equipe de enfermeiros esteja treinada e equipada com uma tecnologia que os auxilie na avaliação, classificação e assistência segura a esses pacientes que buscam atendimento no serviço. Assim, a utilização de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria vem ao encontro das necessidades do serviço.

Diante da importância do acolhimento e classificação de risco na pediatria, foi desenvolvido um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, no município de Fortaleza/Ceará (MAGALHÃES, 2016) que possibilita direcionar o enfermeiro, para a tomada de decisão, com determinação adequada e segura da prioridade de atendimento de crianças e/ou adolescentes que busquem atendimento nos serviços de urgência/emergência. Considerando a importância deste protocolo para os serviços de emergência e urgência pediátrica e por ser uma tecnologia confiável e com validade na prática clínica, optou-se por sua utilização neste estudo.

Sendo assim, estabeleceu-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual o perfil das crianças e adolescentes que buscam atendimento no Serviço de Emergência Pediátrica do HU? Qual a avaliação dos enfermeiros do serviço ao utilizar um protocolo específico para o Acolhimento com Classificação de Risco em Emergência Pediátrica?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a aplicabilidade do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria em um Serviço de Emergência Pediátrica.

1.1.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças e/ou adolescentes atendidas em um Serviço de Emergência Pediátrica.

Utilizar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria em um Serviço de Emergência Pediátrica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo foi apresentada a revisão narrativa da literatura que fundamentou este estudo e subsidiou as discussões e análises dos resultados. O objetivo das revisões de literatura é resumir as evidências sobre determinado tema, ou seja, recapitular o que é conhecido e buscar novos conhecimentos, com intuito de estabelecer as bases para novos estudos e para auxiliar os pesquisadores na interpretação de suas descobertas. A revisão narrativa é uma discussão ampliada acerca de um determinado tema, cuja subjetividade do autor representa um elemento de grande influência no estudo e possibilita também o desenvolvimento ou o estado da arte sobre determinado assunto (POLIT; BECK, 2019).

Foram utilizadas como fonte de pesquisa as bases de dados: PubMed/Medline, CINAHL, SCOPUS, LILACS – BDENF e SCIELO, também através de teses e dissertações. Para a estratégia de busca dos artigos, foram utilizados os descritores cadastrados no Descritores em Ciências da Saúde (DECS) nos idiomas português, inglês e espanhol: Enfermagem; Pediatria; Triagem; Serviços Médicos de Urgência, (("Nursing"[Mesh] OR "Nursing"[All Fields] OR "Nursings"[All Fields] OR "Nurses"[Mesh] OR "Nurses"[All Fields] OR "Nurse"[All Fields]) AND ("Emergencies"[Mesh] OR "Emergencies"[All Fields] OR "Emergency"[All Fields]) AND ("Child"[Mesh] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "childhood"[All Fields] OR "Infant"[Mesh] OR "infant"[All Fields] OR "infants"[All Fields] OR "Pediatrics"[Mesh] OR "Pediatrics"[All Fields] OR "Pediatric"[All Fields] OR "Paediatrics"[All Fields] OR "Paediatric"[All Fields]) AND ("Triage"[All Fields] OR "Triages"[All Fields])) NOT ("Asthma"[All Fields] OR "Asthmas"[All Fields]) AND (("2014/01/01"[PDAT] : "2019/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])).

Para a busca dos artigos originais, os seguintes critérios de inclusão foram utilizados para a seleção dos estudos e revisão: estudos originais, em formato de artigo científico; idioma de publicação: inglês, espanhol e português; publicados nos últimos 05 anos. Também foram utilizados livros textos, documentos do Ministério da Saúde e resoluções referentes ao tema de estudo, além de consultas a bancos de teses e dissertações (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES), órgãos de classe ligados à área de enfermagem e pediatria.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No decorrer dos anos políticas vêm sendo desenvolvidas no Brasil para contribuir com a melhoria da assistência à saúde, sendo que algumas delas refletem nos serviços de urgência e emergência com a finalidade de qualificá-los.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 2001, teve como principal objetivo mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, resultando na melhoria da qualidade e na eficácia dos serviços prestados por estas instituições (BRASIL, 2001).

Por conseguinte, em 2003, é criada a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS que tem como finalidade efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de saúde, trazendo em sua proposta à ideia do humano protagonista e autônomo (FAUST; VERDI, 2014) Esta política também foi elaborada para evidenciar a interface entre o cuidado e a gestão dos serviços de saúde, potencializando os profissionais e os usuários dos serviços de saúde como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde.

O Humaniza SUS traz como um dos seus dispositivos a Classificação de risco, que objetiva organizar as filas de espera, propondo uma ordem de atendimento conforme o grau de risco (BRASIL, 2009). Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum, a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado. Ainda, prevê espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo. E como acolher é o ponto chave desta política, a criação de espaços de encontros entre os sujeitos, espaços de escuta e que possibilitem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e entre os próprios usuários (BRASIL, 2009).

O termo humanizar abrange a condição de colocar-se no lugar do outro, respeitando os sujeitos e sua autonomia, bem como a garantia de saúde e o acesso aos serviços, efetivando os princípios do SUS que são responsáveis por sustentar e disparar um determinado movimento no âmbito das políticas públicas.

Na Política Nacional de Humanização, dentre os dispositivos desenvolvidos que visa promover mudanças nos modelos de atenção e gestão, encontra-se o acolhimento com classificação de risco que propõe os processos de trabalho na saúde pública para atender a população que procura esses serviços, oportunizando de forma equânime o atendimento

(BRASIL, 2004). Também é considerado um modo de representar o processo de triagem, no qual se esgota na recepção do paciente, tornando todo processo uma ação de inclusão que transpassa todos os espaços e momentos do cuidado nos serviços de saúde (HERMIDA *et al.*, 2018).

Dentre os princípios da Política Nacional de Humanização tem-se a transversalidade, sugerindo a ampliação da comunicação entre sujeitos e serviços para transformação nas relações de trabalho e compartilhamento dos saberes; indissociabilidade entre atenção e gestão, partindo da ideia de que há uma relação indivisível entre o cuidar e o gerir, apropriando-se do trabalho; e a consolidação do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (FAUST; VERDI, 2014). Para viabilização dos seus princípios, a PNH opera com diretrizes e dispositivos.

Dessa maneira, na Rede de Atenção as Urgências de 2011, o ACCR (Acolhimento com Classificação de Risco) integra a base do processo e dos fluxos assistenciais, condição de todos os pontos de atenção por ser conhecido como um dispositivo tecnológico relacional de intervenção, o mesmo proporciona escuta qualificada, garantia do acesso com responsabilização, construção de vínculo, resolutividade dos serviços de saúde e priorização dos pacientes mais graves para atendimento. O ACCR é considerado um modo de representar o processo de triagem, onde se esgota na recepção do paciente, tornando todo processo uma ação de inclusão que transpassa todos os espaços e momentos do cuidado nos serviços de saúde (HERMIDA *et al.*, 2018).

Por outro lado, os costumes adquiridos do modelo de saúde antecedente ao SUS, que faz jus de uma abordagem curativa e hospitalocêntrica, ainda está presente na sociedade. Com isso, a própria população busca um pronto atendimento que seja satisfatório a sua necessidade, ou seja, de forma centralizada e rápida, independente da gravidade do problema. Ainda assim, além do pronto atendimento ser utilizado como porta de entrada ao serviço de saúde, a população procura serviços que sejam resolutivos, mesmo que estes não concedam a continuidade do cuidado (ALMEIDA, 2018).

Os serviços de emergência e urgência estão saturados devido a superlotação e sofrem com o desequilíbrio simultâneo entre a procura por cuidados de saúde e a capacidade de resposta do sistema. Também representa uma dificuldade que afeta a maioria dos países, independentemente do nível socioeconômico, refletindo negativamente na gestão do sistema hospitalar, tornando-se um problema de saúde pública cada vez mais importante. A alta demanda de pacientes acarreta no atraso do atendimento, dificultando a assistência adequada

ao paciente, especialmente quando a rapidez e agilidade entre a definição do diagnóstico e o início do tratamento é uma condição primordial (GUINTA *et al.*, 2017).

A grande procura nos serviços de emergências e urgências gera grandes filas e o único critério de organização do atendimento é a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo, às vezes, até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado (BRASIL, 2009). O acolhimento exige a presença de um protocolo sistemático a fim de identificar os pacientes que necessitam ser visto primeiro e aqueles que podem esperar por atendimento em segurança (HAGEMANN, 2014).

2.2 INSTRUMENTOS PARA O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

No Brasil, os estudos que abordam a utilização de instrumentos para auxiliar à conduta dos profissionais, principalmente na prática dos profissionais enfermeiros é considerado escasso. Dentre esses instrumentos destacam-se os protocolos que são considerados de suma importância na área da saúde, pois conferem embasamento científico ao profissional e promovem melhora significativa do atendimento. Também é considerado uma tecnologia em saúde e um instrumento para o fundamento da prática de enfermagem, além de auxiliar na tomada de decisão durante a classificação de risco (VIEIRA *et al.*, 2016).

Alguns benefícios são apresentados na utilização de protocolos de assistência, como: redução da variabilidade de ações de cuidado, maior segurança aos usuários e profissionais, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, inovação do cuidado, maior transparência e controle dos custos e uso mais racional dos recursos disponíveis. Destaca-se, também, que os protocolos possibilitam a disseminação do conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado, além de facilitar o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados da assistência (PIMENTA, 2017).

Ainda segundo Pimenta (2017), o protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência, no qual contém detalhes operacionais e especificações em relação ao que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Também tem a possibilidade de prever ações de avaliação/diagnóstico ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e

farmacológicas, que a enfermagem exerce de maneira independente ou compartilhada com outros profissionais de saúde. Os protocolos podem conter vários procedimentos e devem apresentar algumas características como serem de fácil leitura, e ter boa qualidade formal, ser válidos, confiáveis, corretamente utilizados, comprovadamente efetivos, com implementação e adaptação a realidade local, além de apresentarem conteúdo baseado em ênfases científicas. Sendo assim, a construção de protocolos envolve processos rigorosos, evidenciando indicadores em saúde e efetividade dos resultados.

Na pediatria, o acolhimento com classificação de risco é uma tarefa complexa e um desafio para os serviços de emergência e urgência, considerando a especificidade das crianças e/ou adolescentes, principalmente em relação à limitada capacidade de comunicação e subclínicas com variabilidade na normalidade dos sinais vitais nas diferentes fases do crescimento e desenvolvimento (MAGALHÃES-BARBOSA *et al.*, 2018).

Diante desse contexto, a utilização do Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria implica na necessidade de determinar a prioridade de atendimento de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência e emergência. O enfermeiro deve ser treinado para a aplicação de tecnologias em saúde, com inteligência emocional e objetiva, e utilizar da sua habilidade, conhecimento e atitude durante uma avaliação que seja voltada à queixa principal e ao grau de complicações e risco de morte, principalmente nas filas de espera que se formam nas portas de entrada do sistema de saúde (MAGALHÃES, 2016).

Na literatura há estudos sobre os instrumentos de classificação de risco em emergência pediátrica, sendo que os instrumentos disponíveis são aplicados em várias realidades, tanto no âmbito nacional como no internacional. O estudo de Baracat (2016) apresentou instrumentos mais utilizados em Pediatria, sendo eles: *The Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale – (PaedCTAS)*, *The Manchester Triage System (MTS)*, *Emergency Severity Index (ESI)* e *Australian Triage Scale (ATS)*. Em sua maioria, estes instrumentos são estratificados em cinco níveis ou categorias de urgência e emergência, validados com a inclusão de parâmetros fundamentais da resposta pediátrica em agravos agudos. Entre esses parâmetros, os dados vitais do paciente como frequência respiratória, frequência cardíaca, nível de consciência, temperatura corporal e saturação transcutânea de oxigênio, além da queixa principal, são os principais componentes. Os instrumentos PaedCTAS, MTS e ESI contêm partes específicas para a população pediátrica, sendo que o estudo de Green *et al.* (2012) apontou que PaedCTAS e MTS apresentam uma melhor confiabilidade e eficácia para aplicação em emergências pediátricas. Outro aspecto que vale ressaltar é que estes protocolos de classificação de risco não estão disponíveis de forma acessível e gratuita.

A escala *Australian Triage Scale* (ATS©) foi desenvolvida na Austrália e está regulamentada pelo órgão *Australasian College for Emergency Medicine* (ACEM). É utilizada nos serviços hospitalares de emergência desde 1994 e sua classificação segue cinco níveis de acordo com a gravidade do caso, estabelecendo o tempo máximo para avaliação dos pacientes. O enfermeiro baseia-se em uma lista de descritores clínicos para atribuir uma categoria de urgência, sendo eles (AUSTRALIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2014):

- Categoria 1: imediata ameaça a vida – imediato;
- Categoria 2: iminente ameaça a vida – 10 minutos;
- Categoria 3: potencial ameaça a vida – 30 minutos;
- Categoria 4: pacientes sérios potencialmente – 60 minutos;
- Categoria 5: pacientes menos urgentes – 120 minutos.

A escala *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS©) foi desenvolvida no Canadá e implementada em 1999. Sua finalidade consiste em classificar os pacientes de acordo com a gravidade de seus sinais e sintomas e garantir que os casos mais graves sejam atendidos prontamente (CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE WORKING GROUP, 2014). Possui cinco níveis, no qual o nível 1, na cor azul, corresponde ao nível com maior gravidade e o nível 5, na cor branca, corresponde ao nível com menor gravidade, como dispostos a seguir:

- Nível 1: reanimação – azul: imediato;
- Nível 2: emergente – vermelho: 15 minutos;
- Nível 3: urgente – amarelo: 30 minutos;
- Nível 4: menos urgente ou semiurgente – verde: 60 minutos;
- Nível 5: não urgente – branco: 120 minutos.

A Escala *Emergency Severity Inde* (ESI©) apresenta um sistema de triagem utilizado nos Estados Unidos, desde 1999. Tem como finalidade produzir a estratificação do risco dos pacientes e está baseada na condição física, necessidade comportamental e psicossocial, além de fatores que influenciam o acesso do usuário aos cuidados de saúde. A mesma apresenta cinco níveis de prioridade (HAGEMANN, 2014):

- Nível 1: emergente: avaliação médica imediata;
- Nível 2: urgente: recomenda-se não mais que 10 minutos para o atendimento;
- Nível 3: os sintomas relacionam-se a doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida;

- Nível 4: pacientes com queixas crônicas, sem ameaça a função de órgãos vitais;
- Nível 5: os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos.

A escala de **Manchester (MTS©)** foi criada na Inglaterra, em 1994 e teve sua segunda edição traduzida para o português em 2002 (NOVAES; NASCIMENTO; AMARAL, 2016). Sua finalidade é desenvolver uma nomenclatura comum, com uma sólida metodologia de triagem, além de ser um programa de formação e um guia de auditoria para a triagem (GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM, 2019). Utiliza fluxogramas que contém discriminadores gerais e específicos para obter a prioridade clínica, definindo o nível de urgência, a cor correspondente e o tempo-alvo de atendimento, são eles:

- Nível 1: emergente, vermelho, imediato;
- Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;
- Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;
- Nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos;
- Nível 5: não urgente – azul: 240 minutos.

No Brasil utilizam-se diversos protocolos de classificação de risco, sendo a maioria fundamentada no **Modelo Australian Triage Scale (ATS)**, o qual utiliza tempo de espera de acordo com gravidade e no Modelo de Manchester, que simboliza o tempo de espera por cores (MAGALHÃES *et al.*, 2016). Torna-se importante destacar que os sistemas de classificação desenvolvidos na Europa, América do Norte e Austrália são complexos e tornam sua utilização uma questão problemática para o contexto de saúde tão desigual como o brasileiro. Além disso, as versões pediátricas desses modelos carecem de muitas especificidades para essa faixa etária e de literatura suficiente sobre sua validade e confiabilidade (MAGALHÃES-BARBOSA *et al.*, 2016).

Alguns sistemas de classificação de risco foram apresentados nesta revisão, mas até o momento, foram encontrados apenas dois instrumentos para emergências pediátricas no contexto de saúde brasileiro, sendo um deles o **CLARIPED**. Este desenvolvido em 2013, no Rio de Janeiro, e apresenta cinco categorias de urgência: Vermelha (emergência), Laranja (muito urgente), Amarela (urgente), Verde (pouco urgente) e Azul (sem urgência). A primeira etapa da classificação inclui a aferição de quatro sinais vitais (escore Vipe) e a segunda etapa consiste na avaliação de discriminadores de urgência. Cada etapa resulta na atribuição de uma cor, seleciona-se a de maior urgência para a classificação final. Cada cor corresponde a um tempo máximo de espera pelo atendimento médico e ao encaminhamento à área física mais adequada à condição clínica do paciente (MAGALHÃES-BARBOSA *et al.*, 2016). Os

autores destacam que o desenvolvimento deste instrumento para classificação de risco em emergências pediátricas resultou em um instrumento simples, objetivo e de fácil uso, cujos pré-testes recomendam boa confiabilidade e validade. Indicam que estudos em maior escala sobre sua validade, confiabilidade e aplicação em diferentes contextos de saúde estão sendo realizados e podem contribuir para a adoção de um sistema de classificação de risco pediátrico em âmbito nacional.

O segundo instrumento referido é o **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza-Ceará**. A primeira edição deste protocolo foi elaborada por Mafra *et al.* (2008) em conjunto com a Secretaria de Saúde de Fortaleza/CE, passou por um processo de validação de conteúdo e aparência realizado no estudo de Magalhães (2012). Em seguida foi realizada a elaboração e validação quanto ao conteúdo e aparência, além da validação clínica da segunda edição do Protocolo, com a prática (MAGALHÃES, 2016). Em 2018, este protocolo foi lançado em E-book (MAGALHÃES; LIMA, 2018). Este protocolo tem como objetivo determinar a prioridade de atendimento da criança ou adolescente em situação de urgência/emergência, o qual se utiliza de cinco cores para classificar o risco e determinar o tempo previsto para atendimento médico, sendo eles: vermelho (prioridade I), com atendimento médico imediato; laranja com atendimento médico em até 15 minutos, podendo ser reavaliado pelo(a) enfermeiro(a) a cada 15 minutos; amarelo, atendimento médico em até 30 minutos, podendo ser reavaliado pela enfermeira a cada 30 minutos; verde, atendimento médico em até 60 minutos, podendo ser reavaliado pela enfermeira a cada 60 minutos; e azul, atendimento médico por ordem de chegada ou direcionado à unidade de atenção primária com garantia de atendimento.

Alguns sistemas de classificação de risco foram descritos e vale destacar a importância de sua utilização como uma tecnologia em saúde para organizar os serviços de emergência e urgência, seja adulto ou pediátrico. Neste sentido, cabe destacar a Portaria no 675/GM de março de 2006, que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Neste documento está assegurado que todo o cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde, envolvendo a promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo SUS. Nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional e em qualquer unidade do sistema. Desse modo, será garantido o atendimento com a utilização de tecnologia apropriada, além de um atendimento acolhedor e com condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde (COREN, 2010).

Neste contexto, no âmbito da pediatria, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) traz referência aos direitos da criança e do adolescente em relação às ações em saúde,

destacando no seu artigo 11º que deve ser garantido o acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Também merece destaque a Resolução COFEN Nº 423/2012, que normativa a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco. O Art. 1º desta resolução traz que, no âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do enfermeiro. Por sua vez, este deverá ter conhecimentos e competências para garantir rigor técnico-científico ao procedimento (COFEN, 2012). Assim, o acolhimento com classificação de risco está respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem, destacando o enfermeiro como o profissional competente e capacitado para a determinação desta tecnologia em saúde, de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.

Também foi realizado consulta aos sites das sociedades representativas da área de pediatria e enfermagem pediátrica, sendo elas: Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras e Sociedade Catarinense de Pediatria, com intuito de buscar informações sobre estes setores em relação classificação de risco, mas nenhuma informação foi encontrada sobre o assunto. Cabe destacar que, tanto a Sociedade Brasileira como a Catarinense de Pediatria, possuem Departamentos Científicos de Emergência. Já no site da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP), não havia disponível nenhuma informação acerca da temática.

Em síntese, para a assistência em emergência e urgência pediátrica, considerando a reorganização do fluxo da criança e do adolescente no serviço, desde a sua entrada até a consulta médica, destaca-se o acolhimento com classificação de risco como uma tecnologia em saúde para determinar a prioridade de atendimento, na perspectiva da humanização com o acesso em saúde rápido e eficaz.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Optou-se para desenvolver este estudo do tipo transversal e descritivo, de natureza quantitativa.

A pesquisa em delineamento transversal dá-se com a coleta de dados em um único momento, ou seja, retrata a situação em um só momento, uma vez que os fenômenos estudados são obtidos durante um período de coleta de dados determinado. Também são apropriados para descrever a situação, as relações entre os fenômenos em um ponto fixo e tem a vantagem de ser econômico e fácil de controlar (POLIT; BECK, 2019).

Em relação à pesquisa descritiva, Gil (2007) define como um estudo que descreve as características de um determinado grupo, como exemplo características de faixa etária, sexo, renda familiar, nível de escolaridade, dentre outros. De acordo com Polit e Beck (2019), a pesquisa quantitativa ressalta a prevalência, o tamanho, além de outros aspectos que podem ser mensurados dos fenômenos, envolvendo a coleta e a análise das informações numéricas.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Emergência Pediátrica de um hospital público da região Sul do Brasil, cujo atendimento à saúde é totalmente via SUS. Atende a população da grande Florianópolis e de outros municípios do estado de Santa Catarina.

O atendimento do serviço se baseia nos diferentes níveis de complexidade. O público alvo tem idade de zero a quatorze anos, onze meses e vinte e nove dias. Os casos de alta complexidade são avaliados, estabilizados e encaminhados para hospitais de referência, pois a instituição não dispõe de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, porém há uma unidade de internação pediátrica, composta por 15 leitos.

Atualmente, o serviço está em uma área nova e anexa à emergência adulta, no térreo e primeiro andar. A recepção e a sala de espera são compartilhadas com a emergência adulta que está no andar térreo. Também neste andar está um consultório e uma sala de reanimação. No primeiro andar tem três consultórios, uma sala de procedimentos, um espaço de inaloterapia, um posto de enfermagem e três leitos de observação. O serviço possui uma equipe médica com especialidades clínica, e de enfermagem, sendo estas responsáveis por prestar atendimento de Urgência e Emergência ao paciente pediátrico 24 horas/dia.

As crianças e/ou adolescentes que necessitam de avaliação cirúrgica são encaminhados à clínica cirúrgica da Emergência adulta para pequenas intervenções como suturas. Nos casos de cirurgia são encaminhados para um serviço de referência.

As crianças e/ou adolescentes vêm encaminhados das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e através do Serviço de Atendimento Móvel de Saúde (SAMU). Também são provenientes do ambulatório de pediatria, de outras instituições hospitalares e por demanda espontânea.

Em 201 foram realizados 25.991 atendimentos no serviço de Emergência Pediátrica, sendo 6.209 no período matutino (8:00 – 12:00), 7.946 no período vespertino (12:00 – 16:00), 9.923 no período noturno (16:00 – 20:00) e 1.913 no período das 20:00 às 8:00 (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2019).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída por enfermeiros que atuam no serviço de emergência pediátrica. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ter vínculo empregatício na instituição, atuar na Linha de Cuidado na Saúde da Criança e do Adolescente e ter participado da capacitação sobre Classificação de Risco e do Protocolo de Classificação de Risco. Os critérios de exclusão foram: estar em período de férias, licença ou atestado médico no período da coleta de dados. Assim, das 8 enfermeiras que atuam na emergência pediátrica, 6 participaram da capacitação e destas 4 participaram do estudo, considerando que duas estavam afastadas por licença.

A amostra da pesquisa foi intencional, com cálculo de intervalo de confiança (IC) de 95%. Construir um IC em torno de uma amostra é estabelecer uma faixa de valores para o valor da população e a probabilidade de acerto. Por convenção, os pesquisadores costumam usar um IC de 95 ou 99% (POLIT; BECK, 2019). Utilizou-se para este cálculo amostral a estimativa de crianças e adolescentes atendidas no serviço no ano de 2018, de acordo com o Sistema Operacional para Ensino e Aprendizagem de Estatística (Sestatnet).

O *website* Sestatnet® é um ambiente flexível de ensino-aprendizagem de estatística por meio da *internet*, que disponibiliza e aplica procedimentos de descrição, estimação, testes de hipóteses e modelos de regressão para variáveis qualitativas e quantitativas (NASSAR; WRONSCKI, 2019). Assim, com um nível de confiança de 95%, o tamanho da amostra foi calculado em 379 atendimentos de crianças e adolescentes no serviço, conforme figura 1.

Figura 1 - Sistema SEstatnet® para cálculo da amostra

 Tamanho Mínimo da Amostra	
Estimação de Percentual	
Tamanho da População	25991
Precisão da Estimativa	50 ± 5%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	379
Perda Amostral	Nenhuma
Para outros Níveis de Confiança	
Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	1039
99%	647
90%	268

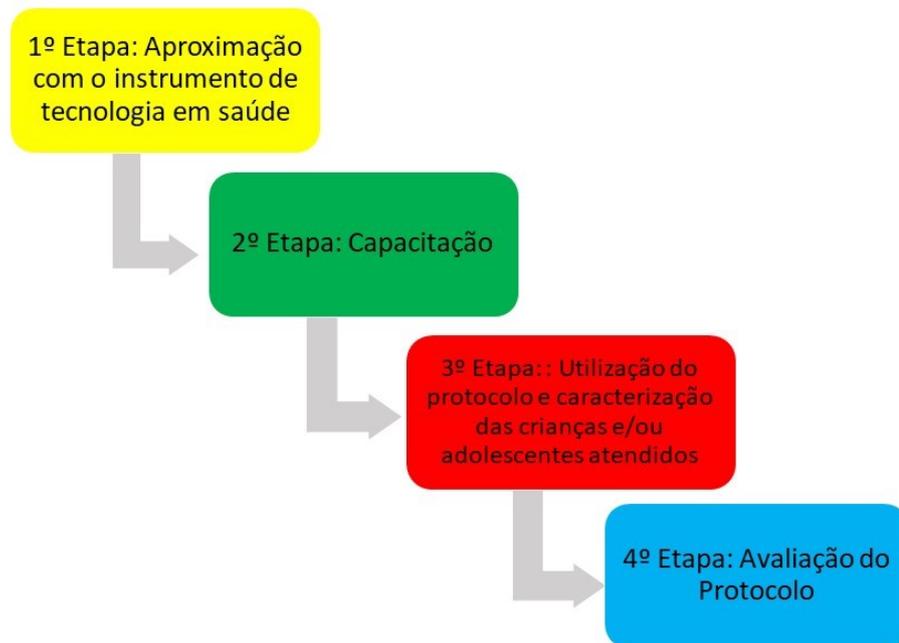
Fonte: Sestatnet.

3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Inicialmente a proposta foi apresentada aos profissionais de saúde de referência da Linha de Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente e à direção da instituição.

A seguir, será descrito a operacionalização do estudo, a qual ocorreu em 4 etapas, de acordo com a figura 2:

Figura 2 - Fluxograma de etapas do estudo.



Fonte: Dados da pesquisa.

3.4.1 Primeira etapa: aproximação com o instrumento de tecnologia em saúde

Em revisão de literatura realizada, para identificar na produção científica, instrumentos de tecnologia em saúde utilizados no Acolhimento da Classificação de Riscos (ACCR) de crianças e adolescentes, foram identificados 6 instrumentos relacionados: *The Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale - PaedCTAS*, *The Manchester Triage System - MTS*, *Emergency Severity Index – ESI*, *Australian Triage Scale – ATS*, *Clariped* e o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Fortaleza/CE. Há um número significativo de instrumentos de classificação de risco em nível internacional, sendo alguns deles já validados para a realidade brasileira, porém não são acessíveis e disponibilizados de forma gratuita, conforme citado anteriormente. Diante da importância de utilizar um instrumento aplicado e validado em um serviço de emergência e urgência pediátrica no Brasil, baseado nas políticas públicas, no que concerne a Política Nacional de Humanização e os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), elegeram-se o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Magalhães e Lima (2018), como instrumento para classificação de risco para este estudo, considerando que possibilita a caracterização, avaliação e a

classificação do grau de comprometimento da criança e/ou adolescente, com intuito de identificar a prioridade de atendimento no serviço de urgência/emergência (ANEXO A).

Esse instrumento foi elaborado pela Secretaria de Saúde de Fortaleza/Ceará e avaliado por juízes em Pediatria e ACCR, que o consideraram válido quanto ao conteúdo e aparência (MAGALHÃES, 2012) e validado na prática clínica (MAGALHÃES, 2016). Destaca-se, ainda que o mesmo também foi lançado em E-book em 2018 (MAGALHÃES; LIMA, 2018). Assim, é viável para ser utilizado e avaliado em outros serviços de emergência e urgência pediátrica.

Após a definição do protocolo, identificou-se a necessidade de conhecer o serviço que utiliza este instrumento, no entanto, a pesquisadora e uma médica pediatra da Linha de cuidado da criança e do adolescente realizaram uma visita técnica no serviço de emergência pediátrica de Fortaleza/CE. Esta visita proporcionou o acompanhamento da aplicação do protocolo na prática, possibilitando a compreensão da sua utilização. Nessa ocasião, também foi possível conhecer pessoalmente e dialogar com as autoras do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria, que autorizaram o seu uso no desenvolvimento deste estudo.

3.4.2 Segunda etapa: capacitação

Foi realizada uma capacitação sobre o Acolhimento com Classificação de Risco e a apresentação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (MAGALHÃES; LIMA, 2018). A sua organização ocorreu em conjunto com a Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição e teve a finalidade embasar a prática dos enfermeiros e médicos em relação ao tema, considerando, o fato de não estar institucionalizado o protocolo de acolhimento e classificação de risco, conforme relatado anteriormente.

A proposta da capacitação foi apresentada à gerência de enfermagem, direção e coordenadores da Linha de Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente da instituição, contendo: objetivo, público-alvo, temas, palestrantes e seu currículo, cronograma e carga-horária. Os locais da realização do mesmo foram em salas de aula do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e da instituição. As datas das capacitações foram 30 e 31 de maio de 2019, com duração de 20 horas/aula.

A programação da capacitação (APÊNDICE A) contemplou dois encontros com os seguintes temas: abordagem teórica da Política Pública de Saúde de Humanização e Gestão do SUS; humanização nos serviços de emergência e urgência; acolhimento com classificação de

risco; exame físico direcionado à criança e ao adolescente; criança gravemente enferma; apresentação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria por web conferência com discussão de casos clínicos com uma das autoras do protocolo e por fim, uma roda de conversa sobre a dinâmica do processo de trabalho para iniciar a coleta de dados e aplicação de um pré e pós-teste. Para avaliação do curso foi aplicado um questionário sobre o conteúdo, palestrantes e participantes. Cada item fornece quatro opções de respostas, por meio de escala Likert, na qual os participantes avaliaram se consideraram Excelente, Bom, Regular ou Ruim (APÊNDICE B).

Participaram da capacitação 10 profissionais de saúde que atuam na Linha de Cuidado da Criança e do Adolescente (08 enfermeiras e duas médicas), quatro residentes de enfermagem da instituição e ainda outras duas enfermeiras da instituição que tinham interesse na temática da capacitação, totalizando 16 pessoas.

3.4.3 Terceira etapa: Utilização do protocolo e caracterização das crianças e/ou adolescentes atendidos

O Protocolo de Classificação de Risco em Pediatria do Município de Fortaleza/CE (MAGALHÃES; LIMA, 2018) foi utilizado por quatro enfermeiras do serviço de emergência e urgência da instituição e pela pesquisadora. Para cada enfermeira foi solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B) e entregue uma cópia física do protocolo proposto.

A utilização do protocolo foi realizada no período de julho a setembro de 2019, com 379 crianças e/ou adolescentes em atendimento no serviço de emergência pediátrica, nos plantões da manhã e da tarde, conforme a escala de serviço, considerando que nestes turnos apresentavam na escala de trabalho dois enfermeiros de plantão, sendo que um deles permanecia na assistência e outro no ACCR.

Durante o atendimento de cada criança e/ou adolescente foi preenchido um formulário contendo dados referentes às características sociodemográficas e clínicas, tais como: sexo, idade, queixa principal, horário de atendimento, cor da classificação e destino do mesmo após avaliação médica. Estes dados foram para compor o perfil de atendimento das crianças e/ou adolescentes no serviço estudado.

3.4.4 Quarta Etapa: avaliação do protocolo

A avaliação do protocolo de Classificação de Risco em Pediatria do Município de Fortaleza/CE (MAGALHÃES; LIMA, 2018) foi realizado a partir da aplicação de um questionário, que seguiu um roteiro constando duas partes: a primeira se refere a caracterização dos enfermeiros e a segunda à avaliação acerca da utilização do protocolo proposto, vantagens e/ou desvantagens em na utilização da estrutura, fluxos e a possibilidade da utilização do mesmo no serviço (APÊNDICE B). Para avaliar os itens da segunda parte do questionário foi utilizada uma Escala Likert como técnica de escalonamento, que é a escala de maior aplicação nas ciências sociais e consiste na atribuição de números associados a níveis de concordância com determinada afirmação relativa a um construto. São diversas as variações nas escalas Likert, mas usualmente as mais comuns são de 5 (de 1 a 5), 7 (de 1 a 7), 10 (de 1 a 10) e 11 (de 0 a 10) pontos (BARBOZA *et al.*, 2013). Cada item fornece cinco opções de respostas, de acordo com a avaliação dos participantes em 1. Discordo Totalmente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo Totalmente e 5. Não tenho dados suficientes para responder ou não sei responder.

3.4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do programa estatístico SPSS versão 2.5. As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa e as proporções das variáveis estudadas foram comparadas entre as cores de classificação de risco pelo teste de qui-quadrado. No caso de significativa a análise local foi verificada pela análise de resíduos padronizados ajustados, testando os valores maiores ou iguais que 1,96. A variável idade foi representada por média e desvio-padrão e pela mediana, mínimo e máximo. A idade foi comparada entre as cores das fichas pelo teste não paramétricos de Kruskal-Wallis. Também foi realizada a descrição das queixas por categorização e o nível de significância adotado foi de $P \geq 0,05$.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando os aspectos éticos, de acordo com as diretrizes que regulamentam as pesquisas com seres humanos, este projeto obteve parecer favorável pelo Comitê de Ética em

Pesquisa em Seres Humanos da referida Instituição, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 07454919.1.0000.0121 e Parecer nº 3.228.022 (ANEXO B).

O estudo foi fundamentado nos preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos, especialmente no que se refere à autonomia, anonimato, sigilo, beneficência, não maleficência e justiça social (BRASIL, 2012). Também foi solicitado para a operacionalização das etapas do estudo a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada enfermeiro participante (APÊNDICE C). Este consentimento informado foi uma condição indispensável na relação entre pesquisador e participantes da pesquisa. Para assegurar o anonimato das enfermeiras, as falas foram identificadas pela letra C, de Classificador, seguida de numeral arábico.

4 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho de conclusão de curso serão apresentados na forma de um manuscrito e um produto técnico, desenvolvidos de acordo com a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 que define os critérios para a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Modalidade Mestrado Profissional (MPENF, 2014).

MANUSCRITO I: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA POPULAÇÃO DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

PRODUTO DESENVOLVIDO: AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

4.1 MANUSCRITO I: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA POPULAÇÃO DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

RESUMO: O objetivo foi identificar o perfil sociodemográfico e clínico das crianças e/ou adolescentes atendidos em um serviço de emergência pediátrica do sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, de natureza quantitativa. Os dados foram coletados através do levantamento de informações de 379 atendimentos de crianças e/ou adolescentes durante o acolhimento e classificação de risco. A análise dos dados foi realizada pelo programa estatístico SPSS v.25. Os resultados mostraram predomínio de crianças e/ou adolescentes do sexo masculino (50,1%), com idade variando de 0 a 15 anos. Dentre as queixas encontradas, prevaleceram as respiratórias (31,7%), seguidas de dor (24%). A classificação de risco foi prevalente na coloração verde com 65% dos atendimentos, seguida da cor amarela com 20%. Sendo que, 92,1% das crianças atendidas foram liberadas após atendimento médico. As internações, observações e transferências, foram prevalentes nas crianças classificadas com a cor amarela, laranja e vermelha. O turno vespertino apresentou 4,6 vezes mais atendimentos em relação ao turno matutino. Conclui-se que a classificação de risco prioriza o atendimento das crianças e/ou adolescentes mais graves, trazendo mais segurança ao paciente pediátrico, que busca corretamente o serviço de emergência pediátrica por apresentar-se um quadro clínico que necessite atendimento rápido, seguro e de qualidade.

DESCRITORES: Enfermagem Pediátrica. Triage. Acolhimento. Classificação de risco. Serviços Médicos de Urgência.

INTRODUÇÃO

A superlotação dos serviços de emergência, em decorrência do desequilíbrio entre a procura por cuidados de saúde e os recursos disponíveis, apresenta-se em muitos países como um relevante problema de gestão do sistema hospitalar e de saúde pública. A alta demanda de pacientes causa demora no atendimento, dificulta o cuidado seguro ao paciente e traz efeitos negativos, tais como o atraso entre a definição do diagnóstico e o início do tratamento, aumento da morbidade e mortalidade, prolongamento da permanência hospitalar e, conseqüentemente, o alto de custo com a saúde (GUINTA *et al.*, 2017).

Um dos grandes desafios da área da saúde é estabelecer estratégias para a busca da qualidade da assistência nos serviços de emergências. Dentre estas, destaca-se a classificação de risco, que consiste em classificar o paciente de acordo com o grau de urgência, definindo a fila de espera por este critério, e não pela ordem de chegada (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

No Brasil, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização com intuito de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando a união entre gestores, trabalhadores e usuários para tornar os serviços de saúde mais humanizados e eficientes (BRASIL, 2004). Em 2009, o Ministério da Saúde também lança o texto base sobre Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, propondo uma ferramenta de atendimento que não considera a ordem de chegada, mas o grau de necessidade, buscando a garantia de atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado (BRASIL 2009).

A Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, foi reformulada pela Portaria nº 1.600 de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS. Em 2013 foi lançado o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde, que se trata de um consolidado de estratégias para a implementação da RUE, assegurando ao usuário um conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno. Este manual traz como uma das principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE, a classificação de risco (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, para melhoria do cuidado prestado no Serviço de Emergência Pediátrica, é indispensável a prestação de um cuidado eficaz, que determine a prioridade do atendimento baseado nas condições clínicas da criança e/ou adolescente, sendo necessário considerar que estes pacientes apresentam características peculiares e podem evoluir de forma negativa rapidamente. Portanto, faz-se necessário a utilização de um protocolo de

Acolhimento e Classificação de Risco em Pediatria para auxiliar a avaliação dos pacientes que chegam ao serviço e que tenham o seu risco devidamente classificado, com um determinado tempo de espera com atendimento seguro.

É importante conhecer as particularidades das crianças/adolescentes atendidos para o planejamento das ações em saúde estabelecendo estratégias para promoção da segurança de acordo com a realidade do serviço. Neste sentido, a questão que norteou este estudo foi: qual o perfil de crianças e adolescentes que procuram atendimento de saúde em um serviço de emergência pediátrica do sul do Brasil? Este estudo teve como objetivo: identificar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças e adolescentes atendidos em um serviço de emergência pediátrica do sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, de natureza quantitativa, desenvolvido em um serviço de emergência pediátrica de um hospital do sul do Brasil. Utilizou-se para este cálculo amostral o intervalo de confiança (IC) de 95% a partir da estimativa de crianças e adolescentes atendidas no serviço no ano de 2018, de acordo com o Sistema Operacional para Ensino e Aprendizagem de Estatística (Sestatnet). Assim, a amostra foi constituída pelos formulários preenchidos durante o acolhimento e classificação de risco de 379 crianças e/ou adolescentes que foram atendidas.

Este formulário contém dados referentes às características sociodemográficas e clínicas, tais como: sexo, idade, queixa principal, horário de atendimento, cor da classificação e destino da criança e/ou adolescente após avaliação médica. A coleta de dados foi realizada de julho a setembro de 2019.

Destaca-se que o acolhimento e classificação de risco como estratégia para organizar a fila por critério clínico estão em fase de implementação no serviço com a utilização do protocolo em pediatria de Lima e Magalhães (2018), foi realizado somente nos períodos matutino e vespertino, uma vez que no plantão noturno não havia enfermeiro classificador disponível em escala.

A análise dos dados foi realizada por meio do programa estatístico SPSS v.25. As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. As proporções das variáveis estudadas foram comparadas entre as cores de classificação de risco pelo teste de qui-quadrado. Quando o dado se apresentou significativo, foi verificado pela análise de resíduos padronizados ajustados testando os valores maiores ou iguais que 1,96. A variável idade foi representada por média e desvio-padrão e pela mediana, mínimo e máximo. A idade

foi comparada entre as cores das fichas pelo teste não paramétricos de Kruskal-Wallis. Também foi realizada a descrição das queixas por categorização e o nível de significância adotado foi 0,05.

A pesquisa respeitou as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos conforme Resolução no466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (CAAE 07454919.1.0000.0121 e Parecer no 3.228.022).

RESULTADOS

Ao analisar a idade por faixa etária com a classificação de risco, identificou-se prevalência de atendimentos na idade entre 1 e 3 anos, com 37% (n=140), apenas uma criança foi classificada na cor vermelha, 4 crianças na cor laranja, 27 crianças na cor amarela, 90 crianças na cor verde e 17 crianças na cor azul. Em relação a faixa etária entre 5 a 8 anos representou 18,8% dos atendimentos (n=71) e destes 47 atendimentos foram classificados na cor verde, 15 na cor amarela e 9 na cor azul. Na faixa etária de 3 a 5 anos houve o atendimento de 60 crianças (15,9%), sendo 43 crianças classificadas na cor verde, 9 na cor amarela e 8 na cor azul; na faixa etária entre 11 e 14 anos, foram classificados 49 adolescentes (13%), sendo 31 classificados na cor verde, 12 na cor amarela, 5 na cor azul e uma na cor laranja. Entre 8 a 11 anos, foram classificadas 30 crianças, sendo 22 classificações em verde, quatro em amarelo e quatro em azul. E, por fim, a faixa etária menos prevalente, foi a de lactentes até um ano de vida, com total de 28 crianças, no qual foram classificadas 13 na cor verde, 10 na cor amarelo, três na cor azul e duas na cor laranja (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação da amostra por idade e comparação das variáveis por cor de ficha de atendimento na emergência pediátrica. Florianópolis – SC.

Idade	TOTAL n=378	COR DA FICHA DE ATENDIMENTO						P
		VERMELHO n=1 (0,3)	LARANJA n=7 (1,8)	AMARELO n=77 (20,4)	VERDE n=247 (65,1)	AZUL n=46 (12,2)	EVADIU-SE n=1 (0,3)	
0 |-- 1	28 (7,4)	0 (0)	2 (7,1)	10 (35,7)	13 (46,4)	3 (10,7)	0 (0)	0,707
1 |-- 3	140 (37)	1 (0,7)	4 (2,9)	27 (19,3)	90 (64,3)	17 (12,1)	1 (0,7)	
3 |-- 5	60 (15,9)	0 (0)	0 (0)	9 (15)	43 (71,7)	8 (13,3)	0 (0)	
5 |-- 8	71 (18,8)	0 (0)	0 (0)	15 (21,1)	47 (66,2)	9 (12,7)	0 (0)	
8 |-- 11	30 (7,9)	0 (0)	0 (0)	4 (13,3)	22 (73,3)	4 (13,3)	0 (0)	
11 |-- 14	49 (13)	0 (0)	1 (2)	12 (24,5)	31 (63,3)	5 (10,2)	0 (0)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Da amostra de 379 atendimentos, 189 (49,9%) foram do sexo feminino, sendo que 68,8% (n=130) foram classificados na cor verde, 18% (n=34) na cor amarelo, 11,6%(n=22) na cor azul, na cor laranja 1,1% (n=2) e na cor vermelha 0,5% (n=1). Já para o sexo masculino 190 (50,1%) foram atendidos, com 61,6% (n=117) classificados na cor verde, 22,6% (n=43) na cor amarelo, 12,6% (n=24) na cor azul, 2,6% (n=5) na cor laranja e nenhum atendimento na cor vermelha (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação da amostra por sexo e comparação das variáveis por cor de ficha de atendimento na emergência pediátrica. Florianópolis – SC.

	TOTAL	COR DA FICHA DE ATENDIMENTO					EVADIU-SE	P
		VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL		
SEXO	n=379	n=1 (0,3)	n=7 (1,8)	n=77 (20,3)	n=247 (65,2)	n=46 (12,1)	n=1 (0,3)	
Feminino	189 (49,9)	1 (0,5)	2 (1,1)	34 (18)	130 (68,8)	22 (11,6)	0 (0)	0,384**
Masculino	190 (50,1)	0 (0)	5 (2,6)	43 (22,6)	117 (61,6)	24 (12,6)	1 (0,5)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao turno que foram atendidos, 68 foram no período matutino e 311 no período vespertino (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação da amostra por turno e comparação das variáveis por cor de ficha de atendimento na emergência pediátrica. Florianópolis – SC.

	TOTAL	COR DA FICHA DE ATENDIMENTO					EVADIU-SE	P
		VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL		
TURNO	n=379	n=1 (0,3)	n=7 (1,8)	n=77 (20,3)	n=247 (65,2)	n=46 (12,1)	n=1 (0,3)	
Matutino	68 (17,9)	<u>1 (1,5)</u>	0 (0)	8 (11,8)	<u>56 (82,4)</u>	3 (4,4)	0 (0)	0,004**
Vespertino	311 (82,1)	0 (0)	7 (2,3)	69 (22,2)	191 (61,4)	<u>43 (13,8)</u>	1 (0,3)	

**Teste qui-quadrado. Em destaque a análise de resíduos padronizados ajustados maiores que 1,96.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação às queixas, congregadas por semelhança, com 31,7% (n=120) aparecem as queixas relacionadas ao sistema respiratório, das quais 66,7% (n=80) foram classificadas na cor verde, 25,8% (n=31) na cor amarela, 4,2% (n=5), na cor azul, 2,5% (n=3) na cor laranja e 0,8% (n=1) evadiu-se. Seguidas pelas queixas de dor, com 24% (n=91), na qual destas, 75,8% (n=69) foram classificadas na cor verde, 13,2% (n=12) na cor amarela e 11% (n=10) na cor azul.

As queixas do sistema gastrointestinal apareceram com 12,4% (n=47), com 72,3% (n=34) classificadas na cor verde, 14,9% (n=7) na cor azul e 12,8% (n=6) na cor amarela.

As queixas de febre e lesões de pele aparecem na mesma porcentagem, com 10,3% (n=39), destacando que a febre apareceu com 69,2% (n=27) classificada na coloração verde, 30,8% (n=12) na coloração amarela e lesão de pele, com 53,8% (n=21) na coloração azul, 41% (n=16) na coloração verde e 5,1% (n=2) na coloração amarela.

As queixas de trauma com 4,5% (n=17), com 58,8% (n=10) classificou-se na cor verde, 29,4% (n=5) na cor amarela e 11,8% (n=2) na cor laranja. Relatos de presença secreção ocular, apareceram com 2,1% (n=8), dos quais 62,5% (n=5) classificaram-se na cor verde, 25% (n=2) na cor amarela e 12,5% (n=1) na cor azul. Queixas do sistema neurológico apareceram com 1,6% (n=6), com 50% (n=3) classificados na cor amarela, 33,3% (n=2) na cor verde e 16,7% (n=1) na cor laranja. Relato de icterícia e busca do serviço para reavaliação aparecem também na mesma porcentagem com 1,1% (n=4), na qual icterícia aparece 100% (n=4) na cor amarela e as reavaliações, com 50% (n=2) na cor verde e 50% (n=2) na cor azul.

Apareceram queixas ginecológicas com 0,5% (n=2), classificadas na cor verde. Por fim, queixas de intoxicação exógena e do sistema urinário com 0,3% (n=1). A intoxicação exógena foi classificada na cor vermelha e queixa do sistema urinário na cor laranja (Tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação da amostra por queixas e comparação das variáveis por cor de ficha de atendimento na emergência pediátrica. Florianópolis – SC.

QUEIXAS	TOTAL	COR DA FICHA DE ATENDIMENTO						P
		VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL	EVADIU-SE	
	n=379	n=1 (0,3)	n=7 (1,8)	n=77 (20,3)	n=247 (65,2)	n=46 (12,1)	n=1 (0,3)	
Dor	91 (24)	0 (0)	0 (0)	12 (13,2)	<u>69 (75,8)</u>	10 (11)	0 (0)	<0,001**
Febre	39 (10,3)	0 (0)	0 (0)	12 (30,8)	27 (69,2)	0 (0)	0 (0)	
Gastrointestinal	47 (12,4)	0 (0)	0 (0)	6 (12,8)	34 (72,3)	7 (14,9)	0 (0)	
Ginecológico	2 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	
Icterícia	4 (1,1)	0 (0)	0 (0)	<u>4 (100)</u>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Intoxicação exógena	1 (0,3)	<u>1 (100)</u>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Neurológico	6 (1,6)	0 (0)	<u>1 (16,7)</u>	3 (50)	2 (33,3)	0 (0)	0 (0)	
Pele	39 (10,3)	0 (0)	0 (0)	2 (5,1)	16 (41)	<u>21 (53,8)</u>	0 (0)	
Reavaliação	4 (1,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (50)	2 (50)	0 (0)	
Respiratório	120 (31,7)	0 (0)	3 (2,5)	31 (25,8)	80 (66,7)	5 (4,2)	1 (0,8)	
Secreção ocular	8 (2,1)	0 (0)	0 (0)	2 (25)	5 (62,5)	1 (12,5)	0 (0)	
Trauma	17 (4,5)	0 (0)	<u>2 (11,8)</u>	5 (29,4)	10 (58,8)	0 (0)	0 (0)	
Urinário	1 (0,3)	0 (0)	<u>1 (100)</u>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

**Teste qui-quadrado. Em destaque a análise de resíduos padronizados ajustados maiores que 1,96.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao destino das crianças e/ou adolescentes atendidos, o percentual de 92,1% (n=349) das crianças classificadas foram liberadas após atendimento médico, destas 68,8% (n=240) foram classificadas na cor verde, 17,8% (n=62) foram classificadas na cor amarela, 12,3% (n=43) na cor azul, 0,9% (n=3) na cor laranja e 0,3% (n=1) evadiu-se do serviço. Foram internadas na Unidade de Internação Pediátrica 4,2% (n=16) das crianças. Destas, 43,8% (n=7) foram classificados na cor amarelo, 25% (n=4) na cor verde, 18,8% (n=3) na cor laranja, 6,3% (n=1) na azul e 6,3% (n=1) na cor vermelha. Permaneceram em observação 2,9% (n=11) das crianças e/ ou adolescentes e após receberem alta, destas, 45,5% (n=5) foram classificadas na cor amarela, 27,3% (n=3) foram classificados na cor verde, 18,2% (n=2) foram classificados na cor azul e 9,1% (n=1) foram classificados na cor laranja. Também 0,5% (n=2) das crianças foram internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 100% destas foram classificadas na cor amarelo. Somente 0,3% (n=1) foi transferida para outro hospital pediátrico de referência e classificado na cor amarela (Tabela 5).

Tabela 5 – Avaliação da amostra segundo o destino após atendimento médico e comparação das variáveis por cor de ficha de atendimento na emergência pediátrica. Florianópolis – SC.

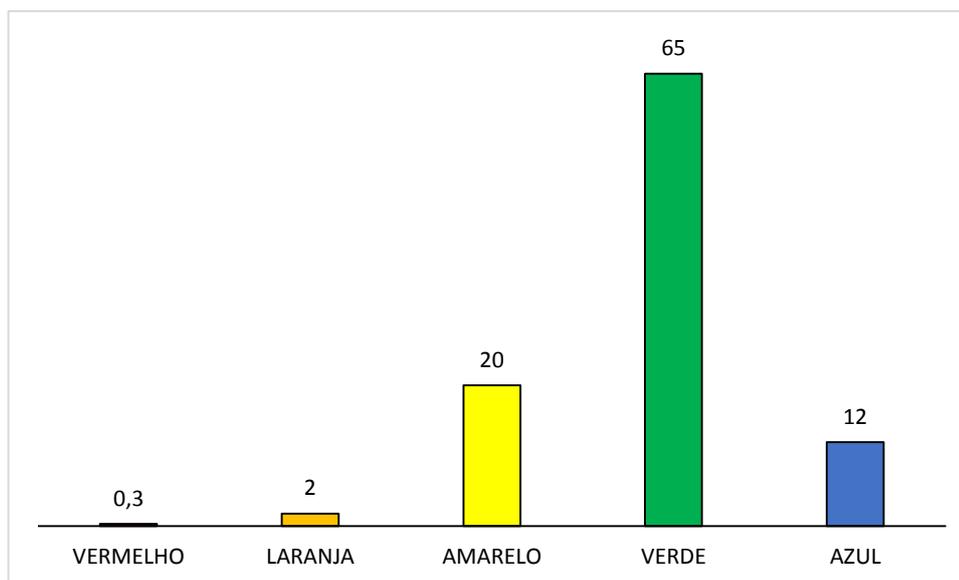
DESTINO	TOTAL	COR DA FICHA DE ATENDIMENTO						P
		VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL	EVADIU-SE	
	n=379	n=1 (0,3)	n=7 (1,8)	n=77 (20,3)	n=247 (65,2)	n=46 (12,1)	n=1 (0,3)	
Internou	16 (4,2)	<u>1 (6,3)</u>	<u>3 (18,8)</u>	<u>7 (43,8)</u>	4 (25)	1 (6,3)	0 (0)	<0,001**
Internou Neonatal	2 (0,5)	0 (0)	0 (0)	<u>2 (100)</u>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Liberado	349 (92,1)	0 (0)	3 (0,9)	62 (17,8)	<u>240 (68,8)</u>	43 (12,3)	1 (0,3)	
Observação	11 (2,9)	0 (0)	1 (9,1)	<u>5 (45,5)</u>	3 (27,3)	2 (18,2)	0 (0)	
Transferido	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	<u>1 (100)</u>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

**Teste qui-quadrado. Em destaque a análise de resíduos padronizados ajustados maiores que 1,96.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na figura 3 observa-se que 65% dos atendimentos foram classificados na cor verde, ou seja, com pouca urgência, no qual o atendimento médico pode esperar até 2 horas. Destaca-se que 20% dos atendimentos foram classificados na cor amarela, que significa urgência e atendimento médico em até 30 minutos; seguido de 12% na cor azul, que corresponde à ausência de urgência. Os atendimentos de maior urgência correspondem a 2% (cor laranja) e somente 0,3% de atendimento de emergência, identificado na cor vermelha.

Figura 3 – Classificação de risco das crianças e adolescentes atendidas na emergência pediátrica de um hospital do Sul do Brasil. Florianópolis-SC.



Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 6 está apresentado as queixas registradas na coleta de dados, sendo que várias vezes as crianças/adolescentes apresentaram mais de uma queixa, sendo assim, as queixas foram relatadas associadas, na qual a criança e/ou adolescente e seu familiar relataram muitas vezes, vários motivos ao procurarem o serviço de emergência. Assim, as queixas de tosse junto com a febre aparecem como queixas associadas mais prevalentes, configurando em 13,2% (n=50); seguido de queixa de febre, com 10% (n=38); lesão de pele 7,4% (n= 28); tosse 5% (n=19) e queixa de dor de garganta associada com febre 3,7% (n=14) entre as cinco queixas mais prevalentes.

Tabela 6 – Avaliação das queixas associadas na Classificação de Risco. Florianópolis – SC.

Queixa	n (%)	Queixa	n (%)	Queixa	n (%)
Febre+Tosse	50 (13,2)	Diarréia+Febre+Vômito	3 (0,8)	Dor de Garganta+Dor de Ouvido	1 (0,3)
Febre	38 (10,0)	Dor de Cabeça+Vômito	3 (0,8)	Dor de Garganta+Dor de Ouvido+Febre	1 (0,3)
Lesão de Pele	28 (7,4)	Edema de Face	3 (0,8)	Dor de Garganta+Febre+Vômito	1 (0,3)
Tosse	19 (5,0)	Febre+Sintomas Gripais	3 (0,8)	Dor de Ouvido+Tosse	1 (0,3)
Dor de Garganta+Febre	14 (3,7)	Ictéricia	3 (0,8)	Dor na Mão	1 (0,3)
Dispneia	13 (3,4)	Tce	3 (0,8)	Edema na Mão	1 (0,3)
Diarréia	12 (3,2)	Tosse+Vômito	3 (0,8)	Engoliu Corpo Estranho	1 (0,3)
Dor Abdominal	11 (2,9)	Diarréia+Febre	2 (0,5)	Febre+Gemência	1 (0,3)
Dispneia+Tosse	10 (2,6)	Dor no Peito	2 (0,5)	Febre+Mordedura de Animal que Morreu	1 (0,3)
Dor de Garganta	8 (2,1)	Dor+Dormência MI	2 (0,5)	Febre+Tosse+Vômito	1 (0,3)
Dor de Ouvido+Febre	8 (2,1)	Queda	2 (0,5)	Ferimento Corto Contuso	1 (0,3)
Secreção Ocular	8 (2,1)	Trauma no Pé	2 (0,5)	Hemiplegia+Hipocorado	1 (0,3)

Dispneia+Febre	7 (1,8)	Acidente de Trânsito	1 (0,3)	Intoxicação Exógena	1 (0,3)
Dor Abdominal+Febre	7 (1,8)	Anúria	1 (0,3)	Irritabilidade	1 (0,3)
Dor de Cabeça+Febre	7 (1,8)	Atraso Menstrual	1 (0,3)	Lesões na Boca	1 (0,3)
Sinais Gripais+Tosse	7 (1,8)	Ferimento corto-contuso	1 (0,3)	Mordedura Canina	1 (0,3)
Dor de Ouvido	6 (1,6)	Corpo Estranho na Narina	1 (0,3)	Perda de Peso	1 (0,3)
Dor MI	6 (1,6)	Coto Umbilical com Odor+Ictéricia	1 (0,3)	Prostração	1 (0,3)
Febre+Vômito	6 (1,6)	Desmaio	1 (0,3)	Sangramento na Boca	1 (0,3)
Constipação	5 (1,3)	Diarréia+Dor Abdominal+Vômito	1 (0,3)	Sangramento nas Fezes	1 (0,3)
Diarréia+Vômito	5 (1,3)	Dor	1 (0,3)	Sangramento Nasal	1 (0,3)
Dispneia+Febre+Tosse	5 (1,3)	Dor Abdominal+Tosse	1 (0,3)	Sangramento Vaginal	1 (0,3)
Lesão de Pele com Prurido	5 (1,3)	Dor ao Urinar+Febre	1 (0,3)	Sintomas Gripais	1 (0,3)
Dor Abdominal+Vômito	4 (1,1)	Dor ao Urinar+Vômito	1 (0,3)	Sonolência	1 (0,3)
Dor ao Urinar	4 (1,1)	Dor Cervical	1 (0,3)	Tontura	1 (0,3)
Dor de Cabeça	4 (1,1)	Dor de Cabeça+Dor de Ouvido	1 (0,3)	Trauma	1 (0,3)
Reavaliação	4 (1,1)	Dor de Cabeça+Mialgia	1 (0,3)	Trauma MI	1 (0,3)
Vômito	4 (1,1)	Dor de Cabeça+Tosse	1 (0,3)	Total	379 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 7 está descrito as queixas isoladas, sendo que foram registradas 554 queixas. Nesta descrição a febre representa a queixa com maior prevalência, sendo descrita 156 vezes (28,2%); seguido de tosse, com 98 vezes (17,7%); dispneia, com 35 vezes (6,3%); vômito, 32 vezes (5,8%); lesão de pele, 18 vezes (5,1%) e diversas outras queixas caracterizando menos que 5% prevalência.

Tabela 7 - Avaliação das queixas isoladas na Classificação de Risco. Florianópolis – SC.

Queixa	N (%)	Queixa	N (%)	Queixa	N (%)
Febre	156 (28,2)	Dor	3 (0,5)	Intoxicação Exógena	1 (0,2)
Tosse	98 (17,7)	Edema na Face	3 (0,5)	Irritabilidade	1 (0,2)
Dispneia	35 (6,3)	TCE	3 (0,5)	Lesões na Boca	1 (0,2)
Vômito	32 (5,8)	Dor no Peito	2 (0,4)	Mordedura Canina	1 (0,2)
Lesão de Pele	28 (5,1)	Queda	2 (0,4)	Perda de Peso	1 (0,2)
Dor de Garganta	25 (4,5)	Trauma no Pé	2 (0,4)	Prostração	1 (0,2)
Dor Abdominal	24 (4,3)	Dormência MI	2 (0,4)	Sangramento na Boca	1 (0,2)
Diarréia	23 (4,2)	Acidente de Trânsito	1 (0,2)	Sangramento nas Fezes	1 (0,2)
Dor de Ouvido	18 (3,2)	Anúria	1 (0,2)	Sangramento Nasal	1 (0,2)
Dor de Cabeça	17 (3,1)	Atraso Menstrual	1 (0,2)	Sangramento Vaginal	1 (0,2)
Secreção Ocular	8 (1,4)	Contuso	1 (0,2)	Sonolência	1 (0,2)
Sintomas Gripais	7 (1,3)	Corpo Estranho na Narina	1 (0,2)	Tontura	1 (0,2)
Dor ao Urinar	6 (1,1)	Coto Umbilical com Odor	1 (0,2)	Trauma	1 (0,2)
Dor MI	6 (1,1)	Desmaio	1 (0,2)	Trauma MI	1 (0,2)

Constipação	5 (0,9)	Dor Cervical	1 (0,2)	Ferimento	1 (0,2)
Lesão de Pele com Prurido	5 (0,9)	Dor na Mão	1 (0,2)	Mialgia	1 (0,2)
Ictéricia	4 (0,7)	Edema na Mão	1 (0,2)	Mordedura de Animal Que Morreu	1 (0,2)
Reavaliação	4 (0,7)	Engoliu Corpo Estranho	1 (0,2)	Gemência	1 (0,2)
Sintomas Gripais	4 (0,7)	Ferimento Corto Contuso	1 (0,2)	Hipocorado	1 (0,2)
		Hemiplegia	1 (0,2)	Total	554 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A faixa etária de 1 a 3 anos apareceu como a mais prevalente. Outros estudos mostram a mesma prevalência desta faixa etária (VALE *et al.*, 2015; MAGALHÃES *et al.*, 2017; SALGADO; AGUERO, 2010). Os pré-escolares e os lactentes constituem uma parcela da população biologicamente vulnerável à aquisição de doenças, devido, sobretudo, a imaturidade do sistema imune e ao rápido crescimento (PEDRAZA, 2014). Sendo que 57% das classificações em cor laranja, consideradas muito urgentes e a única criança classificada em vermelho, que significa emergência, apareceram nesta faixa etária. Portanto, é necessário que a equipe de saúde esteja atenta ao risco que representa esta referida idade, tanto na hora da classificação quanto na continuidade do atendimento.

Vários estudos apontam maior procura dos serviços de emergência pediátrica para o sexo masculino (SALGADO; AGUERO, 2010; MIRANDA *et al.*, 2013; SIMONS *et al.*, 2010; VALE *et al.*, 2015; MAGALHÃES *et al.*, 2017; MAGALHÃES-BARBOSA *et al.*, 2018; AMTHAUER; CUNHA, 2016). Contudo, neste estudo não houve diferença significativa entre os sexos, uma vez que a proporção de atendimento para o sexo masculino foi de 50,1%. Já nas distribuições de idade ($p=0,162$) e nos percentuais de sexo ($p=0,384$) entre as cores de classificação de risco não foi encontrado diferença entre as crianças classificadas.

Em relação ao turno, o vespertino apresentou 4,6 vezes mais atendimentos em relação ao turno matutino, confirmando a estatística do hospital, que há um número maior de atendimentos no turno vespertino (Hospital Universitário, 2019) e de outros estudos (SIMONS *et al.*, 2010). Porém, tem estudos que ilustram uma maior procura pelo serviço no turno matutino (VALE *et al.*, 2015). No período vespertino, as unidades básicas de saúde ainda estão em pleno funcionamento, o que não justificaria a procura pelas emergências hospitalares, considerando que 65% dos atendimentos foram na coloração verde, o que indica pouca gravidade.

Quanto ao motivo de procura ao serviço de emergência, em consonância com o estudo de Salgado e Agüero (2010), sendo que a principal queixa foi relacionada ao sistema

respiratório, especificamente, tosse e febre, aparecendo com 31,7%. As queixas relacionadas ao sistema respiratório foram prevalentes. Já em outros estudos, aparece o sistema respiratório como a segunda queixa mais prevalente (VALE *et al.*, 2015; SIMONS *et al.*, 2010).

Ao estudar as queixas isoladamente, encontra-se a febre em praticamente 30% das crianças/adolescentes e corrobora com o estudo de Vale *et al.* (2015), que também demonstra prevalência de febre como queixa principal. Assim, considerando a importância de medicar para febre, o risco de convulsão febril e a deterioração clínica durante o estado de febre, fazem-se necessários estudos futuros que elaborem um protocolo de medicação em situações de febre, para facilitar o processo de trabalho do serviço de emergência pediátrica, uma vez que para cada criança acolhida e classificada com febre, será necessário procurar o médico para prescrever a medicação, para posteriormente administrá-la.

Após a consulta médica, 92,1% das crianças e/ou adolescentes atendidos foram liberados, ou seja, foram encaminhados para tratamento no domicílio, considerando que somente 7,9% ficou em observação, internado ou transferido para outra instituição, considerando que no serviço estudado não há Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e outras especialidades como cirurgia e ortopedia pediátrica. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Salgado e Agüero (2010) e Vale *et al.* (2015). Já o estudo de Hansen *et al.* (2017), 64% das crianças retornaram para sua casa após atendimento médico, enquanto 36% permaneceram internadas.

Com relação às internações, foram prevalentes nas crianças/adolescentes classificadas nas cores vermelha, laranja e amarelo. As crianças que receberam classificação na cor amarela foram são as que vieram de internações na unidade de terapia intensiva neonatal ou que permaneceram em observação na emergência ou que foram transferidas para o hospital pediátrico de referência. As crianças liberadas após atendimento médico, foram classificadas, na sua maioria, na cor verde ($p < 0,001$). Isso significa que, em se tratando de um serviço de emergência pediátrica, na maioria das vezes, a população infantil procura o atendimento não somente nos casos de urgência e emergência, superlotando um serviço que deveria ser destinado somente para os casos graves. Conota-se aí, a fragilidade na procura pelo serviço de atenção básica.

Os dados mostram que 20% das crianças que buscaram atendimento apresentavam urgência clínica e permaneceram aguardando atendimento por ordem de chegada com outros 65% de pacientes com mínima urgência classificadas em verde e outras 12% classificadas em azul, não urgentes. Este é um indicativo de que os serviços de emergência dos hospitais tem sido a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e também demonstra, que há prioridade

de procura por tais unidades ao invés de se dirigirem para atendimento nas unidades de atenção primária de saúde (SALGADO; AGUERO, 2010; MAGALHÃES *et al.*, 2017; MAGALHÃES-BARBOSA *et al.*, 2018).

Os acompanhantes ao decidirem sobre a procura pelo serviço de emergência pediátrica sentem-se confiantes e seguros nos cuidados prestados às crianças e adolescentes, além do fácil acesso e recursos diagnósticos (RODRIGUES, 2012; MAGALHÃES *et al.*, 2017). Outros estudos também identificaram maior prevalência do nível de complexidade da cor verde (menor urgência) seguida da classificação de cor amarela, caracterizando os atendimentos como demandas apropriadas de urgência (SIMONS *et al.*, 2010; VERAS *et al.*, 2015; MAGALHÃES *et al.*, 2017).

Os dados demonstram que o serviço do estudo tem absorvido atendimentos da atenção primária de saúde e das unidades de pronto atendimento. Diante do exposto, é necessário vislumbrar políticas de saúde, no que tange a referência e contra referência nas redes de atenção à saúde, possibilitando a comunicação e a produção de estratégias que minimizem estas discrepâncias nos atendimentos dos serviços de saúde.

Além do que, os dados mostram que as crianças/adolescentes classificados em amarelo, laranja e vermelho, apresentaram maior percentual de internação, portanto a prioridade nestes atendimentos faz-se imprescindível devido ao risco de complicações e morte. Com relação ao quantitativo de profissionais, gerencialmente é necessário quantitativo de recursos humanos maior, no turno vespertino, que apresentou 4,6 vezes mais atendimentos, do que o turno matutino, conforme já apontava o senso hospitalar. O período noturno não foi estudado devido às limitações do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das crianças e/ou adolescentes atendidos em um serviço de emergência pediátrica. Dentre os 379 atendimentos, constata-se que a classificação de risco mais prevalente foi na cor verde, ou seja, pouco urgente, obtendo 65% de atendimentos. Em contrapartida, vale destacar que 20% foram na cor amarela, na qual as crianças e/ou adolescentes classificadas necessitam de atendimento breve, seguro e de qualidade.

Com relação a queixa principal foi de tosse e febre, na grande maioria, sendo que 92,1% das crianças foram liberadas após atendimento médico, o que significa que o serviço de emergência é uma porta de entrada de escolha no município, em detrimento da atenção primária que deveria estar absorvendo esta demanda.

Desta forma, conclui-se que a classificação de risco prioriza o atendimento das crianças e/ou adolescentes mais graves, trazendo maior segurança ao paciente pediátrico que busca corretamente o serviço de emergência. A utilização de um protocolo de acolhimento e classificação de risco faz valer os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de atenção a urgência/emergência.

REFERÊNCIAS

- AMTHAUER, C; CUNHA, M.L.C. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2779, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100402&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#aff02. Acesso: 15 out. 2019.
- BARACAT, E.C.E. Protocolos de triagem e classificação de risco em emergência pediátrica. **Rev Paul Pediatría**, v. 34, n. 3. p. 249-250, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.06.005>. Acesso em: 24 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466/12**. Brasil, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- GUINTA, D.H. *et al.* Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva. **Rev Med Chile**, v. 145, p. 557-563, 2017. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n5/art01.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2019.
- HANSEN, L.H. *et al.* The danish regios pediatric triage model has a limited ability to detect both critically ill children as well as children to be sent home without treatment- a study of diagnostic accuracy. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**. v. 55, 2017.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO (HU-UFSC). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br>. Acesso em: 16 set. 2019.

MAGALHÃES-BARBOSA, M.C. *et al.* Validade e confiabilidade de um novo sistema de classificação de risco para emergências pediátricas: Clariped. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 36, n. 4, Oct./Dec. 2018.

MAGALHÃES, F.J. **Validação na Prática Clínica do Protocolo de acolhimento com Classificação de risco em pediatria.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MAGALHÃES, F.J. *et al.* Sistema de triagem numa unidade de urgência pediátrica portuguesa: experiência em mobilidade-acadêmica internacional Brasil-Portugal. **Atas CIAIQ 2016.** 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/998/974>. Acesso em: 26 out. 2017.

MAGALHÃES, F.J. *et al.* Protocolo de acolhimento com Classificação de risco em pediatria: confiabilidade interobservadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, n.3, v.30, 2017, p.262-270.

MAGALHÃES, F.J.; LIMA, F.E.T. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria.** Fortaleza: Imprensa Universitária, 2018.

MIRANDA, N.A. *et al.* Caracterização de crianças atendidas no pronto socorro de um hospital universitário. **Revista eletrônica Gestão & Saúde.** v. 04, n. 01, p.1531-1645, 2013.

PEDRAZA, D.F.; QUEIROZ, D.; SALES, M.C. Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 511-528, Feb. 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.09592012>. Acesso em: 12 dez. 2016.

RODRIGUES, S.S.O.F. Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço e urgência pediátrica. **Revista de enfermagem referencia**, v. III, n. 7, jul. 2012.

SALGADO, R.M.P.; AGUERO, F.C.M. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. **Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 90-97, 2010.

SIMONS, D.A. *et al.* Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na unidade de emergência em Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev. Bras. Saude Matern.** Recife, v. 10, n. 1, p. 59-67, jan/mar. 2010.

VALE, A.P.F. *et al.* Caracterização do perfil de atendimento no serviço de emergência pediátrica de um hospital no interior de goiás. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, São Luís de Montes Belos, v. 8, n. 4, p. 34-202, 2015.

VERAS, J.E. *et al.* Competências de enfermeiras para a promoção da saúde durante atendimentos pediátricos em unidade de emergência. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 5, p. 467-474, 2015.

4.2 PRODUTO DESENVOLVIDO: AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

APRESENTAÇÃO

No âmbito da urgência e emergência, o acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das ações primordiais para a reestruturação da rede assistencial de saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde retrata a importância do acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2004).

O acolhimento, de acordo com esta política, é um processo que implica responsabilização da equipe pelo usuário, desde o momento da sua chegada até sua saída, ouvindo suas queixas, considerando suas preocupações e angústias, utilizando uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio da articulação interna dos serviços, como de outras instituições de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

A classificação de risco é uma ferramenta para organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não seja a de chegada, garantindo que o usuário com um grau de risco elevado seja atendido imediatamente; informar sobre o tempo provável de espera aos usuários com pouco risco; promover o trabalho em equipe com avaliação contínua do processo; melhorar as condições; aumentar a satisfação dos usuários e instigar a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Somando a isso, para Magalhães *et al.* (2016) afirma que a classificação de risco é o ato de identificar a queixa principal manifestada ou relatada por pacientes e/ou seus respectivos acompanhantes, visando estabelecer uma prioridade de atendimento baseada no risco clínico e não na ordem de chegada. Assim, propõe-se direcionar a realização da anamnese e do exame físico, identificando os sinais e sintomas expressos e determinando a prioridade de atendimento em virtude das condições relacionadas às complicações e ao risco de morte. Torna-se importante destacar que para a sua realização, os serviços utilizam tecnologias em saúde, dentre elas os protocolos de atendimento (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

A Portaria nº 354, de 2014 que discorre sobre as Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência, destacando a importância destes serviços para o funcionamento do sistema de saúde e da utilização do acolhimento com classificação de risco como uma ferramenta de apoio à decisão clínica. A classificação de

risco ocorre de acordo com os protocolos clínicos do serviço e deve ser realizada por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas, seja criança e/ou adulto (BRASIL, 2014).

Diante deste contexto, evidencia-se o acolhimento com classificação de risco como uma das principais ferramentas para a qualificação dos processos de entrada dos serviços de urgência e emergência. Desta maneira, é proposta para o serviço de emergência pediátrica de um hospital do sul do Brasil a utilização do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria de Fortaleza-Ceará (MAGALHÃES, 2016).

Este protocolo é considerado uma tecnologia em saúde confiável e com validade na prática clínica, sua utilização assegura uma estratégia apropriada, possibilitando ao enfermeiro classificador determinar a prioridade de atendimento de crianças e adolescentes no serviço de urgência e emergência. Assim, o seu objetivo é orientar o profissional classificador na identificação dos indicadores clínicos de saúde das crianças e adolescentes em situação de urgência/emergência e também favorecer o julgamento clínico e a tomada de decisão na determinação da prioridade de atendimento, a partir das cinco cores Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul, que indicam o tempo de espera para o atendimento médico, descrito abaixo (MAGALHÃES; LIMA, 2018):

Prioridade I - VERMELHO - emergência e atendimento médico imediato, com acionamento de sinal sonoro, cuidado de enfermagem contínuo;

Prioridade II – LARANJA - maior Urgência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 15 minutos;

Prioridade III - AMARELO - urgência, avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 30 minutos;

Prioridade IV - VERDE - menor urgência, avaliação médica em até 60 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 60 minutos;

Prioridade V – AZUL - ausência de urgência, avaliação médica no mesmo dia ou encaminhado para atenção primária com garantia de atendimento.

A autora destaca em relação aos critérios de classificação, que o exame físico deve ser considerado e direcionado a partir da apresentação usual da doença, de acordo com o discriminador (situação/queixa), os indicadores clínicos de saúde (manifestações clínicas), a intuição e a experiência da vivência clínica do profissional. Também deve ser realizada a avaliação dos sinais vitais e parâmetros, como: frequência cardíaca; pressão arterial;

temperatura; frequência respiratória; saturação de oxigênio; escala de dor, escala de coma de Glasgow; glicemia e avaliação da superfície corporal queimada. Todos estes parâmetros estão descritos no protocolo, considerando as diversas faixas etárias do público pediátrico (ANEXO A).

O protocolo é composto por 23 domínios, listados por ordem alfabética, sendo eles: abstinência grave de álcool e drogas; alteração dos sinais vitais; alteração hidroeletrólítica; alteração no nível de consciência; alteração respiratória; comprometimento hemodinâmico; doença psiquiátrica ou comportamental; dor; dor abdominal; dor de cabeça (cefaleia); dor torácica; gravidez superior a 20 semanas; hemiparesia aguda; hemorragia; história de diabetes mellitus; imunossupressão; infecção; intoxicação exógena e/ou anafilaxia; parada cardiorrespiratória; queimadura e/ou lesões de pele; trauma torácico; trauma craniano e situações especiais (MAGALHÃES; LIMA, 2018).

DESENVOLVIMENTO

Primeira etapa: Aproximação com o instrumento de tecnologia em saúde.

Em revisão de literatura realizada, para identificar, na produção científica, instrumentos de tecnologia em saúde utilizados no Acolhimento da Classificação de Riscos (ACCR) de crianças e adolescentes. Foram identificados 6 instrumentos relacionados a ACCR, sendo eles: *The Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale - PaedCTAS*, *The Manchester Triage System - MTS*, *Emergency Severity Index – ESI*, *Australian Triage Scale – ATS*, *CLARIPED* e o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Fortaleza – CE. Destaca-se um número significativo de instrumentos de classificação de risco em nível internacional, sendo alguns deles já validados para a realidade brasileira, porém não são acessíveis e disponibilizados de forma gratuita, conforme citado anteriormente. Diante da importância de utilizar um instrumento aplicado e validado em um serviço de emergência e urgência pediátrica no Brasil, baseado nas políticas públicas, no que concerne a Política Nacional de Humanização e os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), elegeu-se o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Magalhães (2018), como instrumento para classificação de risco para este estudo, considerando que possibilita a caracterização, avaliação e a classificação do grau de comprometimento da criança e/ou adolescente, com intuito de identificar a prioridade de atendimento no serviço de urgência/emergência e encontra-se em ANEXO A.

Este instrumento foi elaborado pela Secretaria de Saúde de Fortaleza/Ceará e foi avaliado por juízes em Pediatria e ACCR, sendo considerado válido quanto ao conteúdo e aparência (MAGALHÃES, 2012), bem como validação na prática clínica (MAGALHÃES, 2016). Destaca-se, ainda que este protocolo também foi lançado em E-book em 2018 (MAGALHÃES; LIMA, 2018). Assim, este protocolo é viável para ser utilizado em outros serviços, bem como sua avaliação em diferentes cenários de emergência e urgência pediátrica. Destaca-se que as autoras autorizaram o seu uso no desenvolvimento deste estudo.

Após a definição do protocolo identificou-se a necessidade de conhecer o serviço que utiliza este instrumento, considerando que no serviço deste estudo não é realizado o acolhimento com classificação de risco em pediatria. Assim, a pesquisador e uma médica da Linha de Cuidado na Saúde da Criança e do Adolescente realizaram uma visita técnica no Serviço de Emergência do Hospital Infantil Dra. Lúcia de Fátima Ribeiro Guimarães Sá de Fortaleza/CE, no período de 03 e 05 de abril de 2019, totalizando 20 horas. Esta visita proporcionou o acompanhamento da aplicação do protocolo na prática, possibilitando uma capacitação para sua utilização na nova realidade. Nesta ocasião, também foi possível conhecer pessoalmente e dialogar com as autoras do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

O hospital de pequeno porte, dispendo às crianças e adolescentes, atendimento clínico de urgência, emergência e internamento 24 horas, com acolhimento e classificação de risco. Esta visita proporcionou o acompanhamento da aplicação do protocolo em questão na prática, possibilitando compreensão da sua utilização. Nesta ocasião, também foi possível conhecer pessoalmente e dialogar com as autoras do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

Segunda etapa: Capacitação

A capacitação sobre o Acolhimento com Classificação de Risco e a apresentação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria (MAGALHÃES; LIMA, 2018) foi organizada em conjunto com a Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição, com a finalidade de instrumentalizar os enfermeiros e médicos em relação ao tema, considerando que não há a classificação de risco institucionalizada no serviço de emergência e urgência pediátrica.

A proposta da capacitação foi apresentada a gerência de enfermagem, direção e coordenadores da Linha de Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente da instituição,

contendo: o objetivo, o público-alvo, os temas, os palestrantes e seu currículo, o cronograma, a carga-horária. O local da realização foi em salas de aula do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e da instituição. Foi realizado nos dias 30 e 31 de maio de 2019, com duração de 20 horas/aula.

Participaram da capacitação 10 profissionais de saúde que atuam na Linha de Cuidado da Criança e do Adolescente (08 enfermeiros e dois médicos), 4 residentes de enfermagem da instituição e ainda, outros dois enfermeiros da instituição que solicitaram participar da capacitação pelo interesse na temática da capacitação, totalizando 16 participantes.

A programação da capacitação contemplou dois encontros e com os respectivos temas, sendo eles: Política Pública de Saúde de Humanização e Gestão do SUS; humanização nos serviços de emergência e urgência; acolhimento com classificação de risco; exame físico direcionado à criança e ao adolescente; a criança gravemente enferma; Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria (MAGALHÃES; LIMA, 2018). Esta programação encontra-se na íntegra, em ANEXO A. Destaca-se que no início e término da capacitação foi aplicado um pré e pós-teste com questões relacionadas a acolhimento com classificação de risco, os participantes, com intuito de apresentar um panorama do conhecimento dos participantes, antes e depois da capacitação sobre a temática.

Em relação à apresentação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria (MAGALHÃES; LIMA, 2018) foi realizado por web conferência, com a participação da Profa Dra Francisca Elisângela Teixeira Lima. Nesta apresentação foi explanado os 23 domínios, respeitando a sequência de discriminadores clínicos em saúde, de modo a favorecer a comparação entre as características clínicas com as cores de classificação de risco. No final da web conferência foi realizada discussão de casos clínicos.

Ao término da capacitação foi realizado uma roda de conversa sobre a dinâmica do processo de trabalho para a iniciar a coleta de dados e a avaliação do curso. Todos os participantes receberam declaração de participação de 20 horas.

O pré-teste evidenciou que os profissionais apresentavam déficit de conhecimento em relação ao tema, com erros nas respostas de 49% dos participantes. No pós-teste observou-se que houve uma melhora significativa dos acertos, configurando em 92% dos participantes com respostas corretas. Mesmo que esta avaliação não seja foco do estudo, destaca-se que a capacitação apresentou um resultado positivo e que contribuiu para potencializar a atuação dos profissionais, bem como na aquisição de conhecimentos em relação ao acolhimento e classificação de risco na emergência pediátrica.

Terceira etapa: utilização do Protocolo e caracterização das crianças e/ou adolescentes atendidos.

O Protocolo de Classificação de Risco em Pediatria do Município de Fortaleza/CE (MAGALHÃES, 2018) foi utilizado no período de julho a setembro de 2019, nos plantões da manhã e da tarde, conforme a escala de serviço, considerando que nestes turnos apresentavam na escala de trabalho dois enfermeiros de plantão, sendo que um deles permanecia na assistência e outro no ACCR. Participaram do estudo quatro enfermeiras do serviço de emergência e urgência da instituição e a pesquisadora. Para cada enfermeira foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e entregue uma cópia física do protocolo proposto.

A utilização do protocolo foi realizada com 379 crianças e/ou adolescentes em atendimento no serviço de emergência pediátrica. Também após cada atendimento foi preenchido um formulário contendo dados referentes a sexo, idade, queixa principal, horário de atendimento, a cor da classificação e o destino do paciente após a avaliação médica.

Antes de iniciar esta etapa, foi realizada uma reunião com a coordenação da Linha de Cuidado na Saúde da Criança e do Adolescente e a cada turno matutino e vespertino foi explanado sobre a proposta do estudo para a equipe de enfermagem e médica do serviço de emergência e urgência pediátrica. No serviço foram colocados cartazes sobre início da utilização da classificação de risco, com intuito de informar a população atendida sobre a nova dinâmica de funcionamento do serviço. Também foram providenciadas canetas coloridas e carimbos nas 5 cores de classificação de risco, ou seja, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, a fim de identificar a ficha de atendimento com a cor da classificação.

O acolhimento e classificação de risco das crianças/adolescentes foram realizados no consultório do andar térreo e foram colocadas caixas acrílicas nas cores amarela, verde e azul no Hall de entrada do serviço para colocar as fichas de atendimentos das crianças e/ou adolescentes classificadas. Todo processo de acolhimento com classificação de risco foi realizado manualmente, com anotações na ficha de atendimento.

Nas primeiras vezes que o protocolo foi utilizado, a pesquisadora classificou as crianças e/ou adolescentes em junto com as enfermeiras, aproveitando este momento para discutir e tirar dúvidas sobre a classificação dos atendimentos e se colocando à disposição para eventuais dúvidas ou contribuições acerca da proposta.

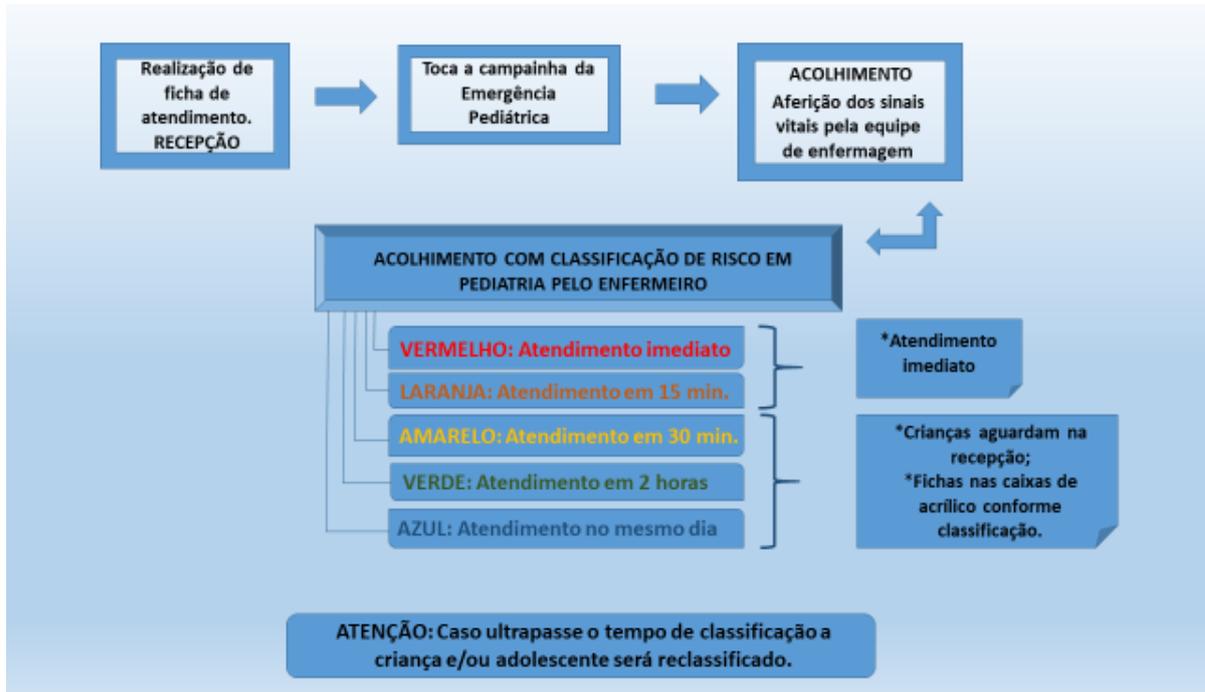
O fluxo de atendimento das 379 crianças e/ou adolescentes que foram atendidas no serviço de emergência pediátrica aconteceu da seguinte forma: a criança e/ou adolescente

junto com seu acompanhante dirigiam-se ao guichê dentro da recepção do serviço, onde era realizada a ficha de atendimento. Neste momento eram orientados a tocar a campainha na porta da emergência pediátrica e o técnico de enfermagem realizava o acolhimento, com mensuração dos sinais vitais e peso. Em seguida, a criança e/ou adolescente e acompanhante eram encaminhados para a classificação de risco e após classificada pela enfermeira, a ficha de atendimento era pintada ou carimbada de acordo com a prioridade de atendimento e colocada na caixa acrílica com a mesma cor, de acordo com a classificação era solicitado para aguardarem na recepção. Após, a enfermeira ou técnico de enfermagem chamava-os para o atendimento médico, conforme a ordem de classificação de risco. Este fluxo acontecia desta forma para as crianças e/ou adolescentes classificados nas cores amarela, verde ou azul.

Para as crianças e/ou adolescentes classificados na cor vermelha, a dinâmica era tocar o sinal sonoro e imediatamente encaminhava-os para sala de emergência. Já as crianças e/ou adolescentes classificados na coloração laranja, o encaminhamento para atendimento médico era imediato. Foi fundamental a presença do técnico de enfermagem no acolhimento das crianças e/ou adolescentes, para verificação dos sinais vitais, para medicar com antitérmico se necessário conforme prescrição médica, para auxiliar no atendimento e encaminhamento das diversas demandas administrativas do serviço. Em algumas situações não foi possível o apoio do técnico de enfermagem no acolhimento, dificultando o processo de trabalho.

As crianças e/ou adolescentes em atendimento e acompanhante(s) também eram informadas sobre o objetivo da classificação de risco, bem como a cor recebida após a classificação e o que significava, em especial, em relação ao tempo de espera e grau de prioridade. Na figura 4, está descrito o fluxo de atendimento que foi construído segundo o Protocolo de Classificação de Risco em Pediatria para a utilização no serviço.

Figura 4 - Fluxo de atendimento durante o ACCR



Fonte: Dados da pesquisa.

Durante o atendimento das crianças e/ou adolescentes também foi preenchido um formulário contendo dados relacionados ao sexo, idade, queixa principal, horário de atendimento, cor da classificação e destino do paciente após a avaliação médica. Estes serão utilizados para caracterizar as crianças e/ou adolescentes atendidas no serviço.

Com relação à ambiência, o consultório utilizado para a classificação de risco, está localizado no andar térreo e no hall de acesso da emergência pediátrica, ao lado da sala de emergência (ou sala vermelha). Este consultório possui uma maca com armário embaixo, uma mesa com computador e impressora, uma pia e rota de fuga para dentro da emergência adulta. As únicas mudanças realizadas neste consultório foram relacionadas a troca do suporte de luva para facilitar o acesso de entrada e saída e a colocação de um relógio de parede, para controle do tempo de atendimento e reclassificação.

Quarta etapa: avaliação do protocolo

Após a utilização do protocolo com os 379 atendimentos de crianças e/ou adolescentes no serviço, foi entregue para cada enfermeira um questionário para avaliar o Protocolo de Classificação de Risco em Pediatria do Município de Fortaleza/CE (MAGALHÃES; LIMA, 2018). Este seguiu um roteiro constando de duas partes: **a primeira** – caracterização das

enfermeiras e a **segunda** com perguntas acerca da utilização do protocolo proposto ao serviço (APÊNDICE B).

Foi entregue para os participantes do estudo um envelope contendo o instrumento de coleta de dados, para que fosse preenchido. Antes de completar o questionário, a pesquisadora explicava para cada enfermeira os objetivos do estudo, como responder o instrumento e o tempo aproximado para respondê-lo (média de 15 minutos). Esta etapa ocorreu no mês de setembro de 2019.

Para resguardar o sigilo e o anonimato dos participantes do estudo, optou-se por identificá-los como Classificador (C), seguida pela ordem alfanumérica.

Primeira etapa do questionário: Caracterização dos participantes

Todas as enfermeiras participantes do estudo eram do sexo feminino, com média de idade de 40,3 anos. Em relação ao tempo que atuam na Enfermagem a média é de 15,3 anos de atuação na enfermagem, e na instituição, o tempo médio de trabalho foi de 10,8 anos. Na instituição, o tempo a médio de trabalho foi de 10,8 anos, sendo a média de atuação na emergência pediátrica de 2,5 anos. Já a experiência na área da enfermagem pediátrica a média foi de 6,2 anos. Quanto a titulação, uma é graduada em enfermagem e três possuem especialização.

Segunda etapa do questionário: Avaliação da utilização do protocolo

Na tabela 5 contempla as 16 questões contempladas no questionário (Apêndice B, de acordo com as respostas dos participantes em relação a sua concordância ou não).

Tabela 5 - Distribuição das respostas e médias das respostas da escala Likert

Avaliação do Protocolo de ACCR em pediatria	Respostas					média (DP)
	1	2	3	4	NS R	
1. Determina a prioridade de atendimento da criança ou adolescente em situação de urgência/emergência				4		4,0 (0,00)
2. Determina a prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade				4		4,0 (0,00)
3. Organiza o processo de trabalho e o espaço físico da unidade.			1	3		3,8 (0,50)
4. Reduz a ocorrência de superlotação.			1	3		3,8 (0,50)
5. Esclarece à comunidade sobre a forma de atendimento e o tempo de espera.				4		4,0 (0,00)

6. É uma tecnologia em saúde de referência para o Ministério da Saúde na determinação do atendimento dos casos de urgência/emergência em pediátrica.				4		4,0 (0,00)
7. Reduz o risco de mortes evitáveis nas filas de espera.				4		4,0 (0,00)
8. Aumenta a eficácia do atendimento, com redução do tempo de espera.			1	3		3,8 (0,50)
9. Prioriza o atendimento conforme critérios clínicos e não por ordem de chegada.				4		4,0 (0,00)
10. Garante acesso à rede de atenção em saúde, garantindo continuidade do cuidado.			2	2		3,5 (0,58)
11. Encaminha para serviços especializados e de referência, quando necessário.			1	2	1	2,8 (0,58)
12. Possibilita que a classificação de risco seja realizada por profissional competente ou habilitado para tal prática.				4		4,0 (0,00)
13. Diminui ansiedade do usuário e seus acompanhantes.		1		3		3,5 (1,00)
14. Aumenta a satisfação dos profissionais e usuários.		1		3		3,5 (1,00)
15. Tem estrutura, formato e fluxos que facilitam a utilização do mesmo.			1	3		3,8 (0,50)
16. Adequa-se a realidade desta emergência pediátrica, priorizando o atendimento das crianças e/ou adolescentes com maior gravidade.			1	3		3,8 (0,50)

NSR = não sabe responder

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às questões 1, 2, 5, 6, 7, 9 e 12, todos concordaram totalmente que o protocolo determina a prioridade de atendimento da criança e/ou adolescente em situação de urgência/emergência, a partir da utilização de cinco classificações, com redução dos riscos de complicações e morte; determina a prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade; à comunidade quanto à forma de atendimento e o tempo de espera; é uma tecnologia em saúde de referência do Ministério da Saúde na determinação do atendimento dos casos de urgência/emergência em pediátrica; reduz o risco de mortes evitáveis nas filas de espera; prioriza o atendimento conforme critérios clínicos e possibilita que a classificação de risco seja realizada por profissional competente ou habilitado para tal prática. As enfermeiras não registraram nenhum comentário em relação a estas questões.

Nas questões 3 e 4, três enfermeiras responderam que concordam totalmente e uma concorda que o protocolo organiza o processo de trabalho e o espaço físico da unidade e reduz a ocorrência de superlotação, as quais teceram os seguintes comentários:

Em alguns momentos houve fila para classificação, na recepção não ficou bem organizado, quem já estava classificado, e quem ainda aguardava [...] Nem sempre. As pessoas continuam aguardando o seu atendimento. A classificação não diminui quantidade de pessoas a serem atendidas. (C1)

Percebi que muitas vezes foi um critério para os familiares perceberem que ali, não era, onde deveriam procurar tal atendimento. Muitas vezes não aguardando pelo atendimento. (C2)

O propósito do ACCR é organizar as filas de espera, estabelecendo como prioridade de atendimento os casos mais graves. O fato de o serviço apresentar porta de entrada para o atendimento de crianças e/ou adolescente 24 horas por dia, com recursos diagnósticos, realizado por profissionais especializados e com uma rede no qual os fluxos de contra referência são frágeis, acarretará ainda em superlotação. Porém, haverá uma espera segura para quem procura o serviço de urgência e emergência, mesmo com indicação de atendimento na atenção primária de saúde. Portanto, para casos não urgentes poderá aumentar o tempo de espera, uma vez que a prioridade são os casos de saúde mais crítico, será atendido em tempo seguro, para que não haja deterioração do seu estado de saúde na sala de espera.

O oitavo item pergunta se o protocolo aumenta a eficácia do atendimento com redução do tempo de espera. Três enfermeiras responderam que concordam totalmente com as afirmações e uma que concorda e registra um comentário: *“Reduz para casos críticos. Diminui para amarelo. Não reduz o tempo de espera para todos”*. (C1).

O item 11 questiona se o protocolo encaminha para serviços especializados e de referência quando necessário, apresentou a menor média de concordância (2,8). Porém não houve nenhuma resposta discordando ou discordando totalmente. Um participante concordou, dois participantes concordaram totalmente e um participante respondeu que não tinha dados suficientes para responder. *“O serviço de contrarreferência ainda não está sendo realizado. Ainda não estão sendo encaminhados para as redes de atenção”*. (C3).

Não temos referência e contrarreferência com as unidades básicas de saúde. Ainda temos muitos retornos para avaliar a criança na própria emergência. Por exemplo: Quando o pediatra prescreve antibiótico para algumas crianças, muitos pedem para retornar na própria emergência para reavaliar. Se existisse contrarreferência isso poderia ser diferente. (C1)

A política nacional de atenção integral a criança, em seus eixos estratégicos, discorre que as doenças prevalentes na infância, precisam estar organizadas em toda a Rede de

Atenção à Saúde, para que o cuidado ocorra de forma coordenada, pronta e resolutiva em todos os serviços que a compõem (BRASIL, 2018). Porém, a realidade é que estas redes ainda estão em construção, e a comunicação entre os níveis de atenção a saúde ainda é insuficiente.

Os itens 13 e 14 perguntam se a utilização do protocolo diminui ansiedade do usuário e seus acompanhantes e se aumenta a satisfação dos profissionais e usuários respectivamente. Nestas questões três enfermeiras responderam que concordam totalmente com as afirmativas e uma enfermeira respondeu que discorda, tecendo um comentário:

Na maioria dos casos não (diminuía ansiedade), pois na cultura da população ainda falta conhecimento. Para o profissional produz satisfação/confiabilidade/segurança. Para os usuários, só se sentem satisfeitos quando são imediatamente atendidos, quando demanda espera causa angústia. (C4)

É imprescindível que a organização do atendimento de urgência e emergência, por meio do acolhimento com classificação de risco seja divulgada aos usuários (BRASIL, 2009) Assim, a população atendida compreenda a segurança que traz a avaliação do risco de vida, realizada por profissional competente e com a utilização de um protocolo confiável.

As questões 15 e 16 que se refere respectivamente a estrutura, formato e fluxos que facilitam a utilização do protocolo e se o mesmo se adequa a realidade desta emergência pediátrica, priorizando o atendimento das crianças e/ou adolescentes com maior gravidade, três enfermeiras concordam totalmente e uma que concorda. Estas respostas representam um nível total de concordância. A enfermeira que referiu concordância realizou o seguinte comentário:

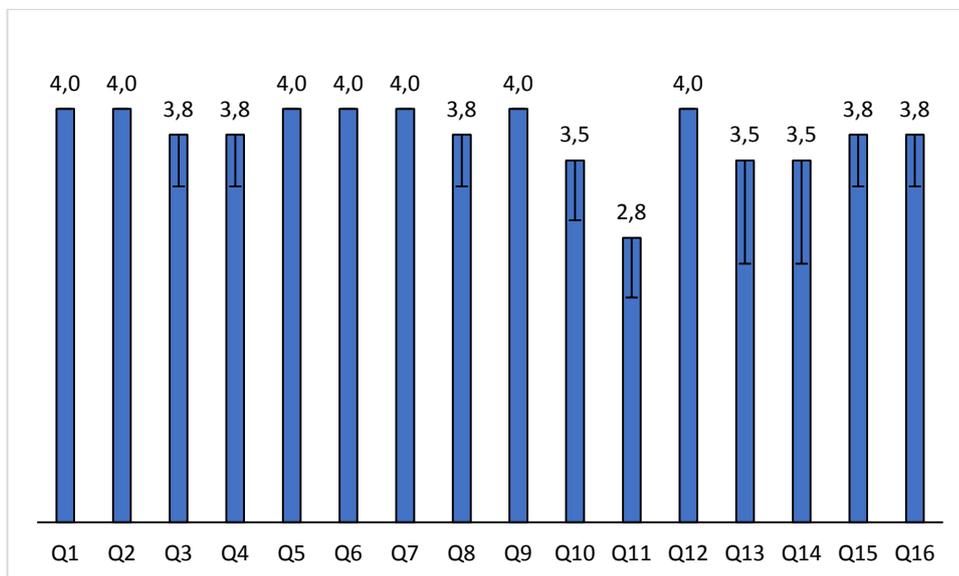
Observo que, para nossa realidade, algumas situações não ficam claras, tendo o profissional que fazer julgamento da necessidade. Exemplo: Nas situações envolvendo a pele; os traumas num bloco só (torácico). O protocolo utilizado para teste, enquadra-se /abrange as necessidades da unidade (emergência pediátrica), para dinamizar e atender as crianças e adolescentes em situações de agravo durante o período de espera, mesmo se percebendo a necessidade (de melhoria) das situações citadas. (C4)

Uma das enfermeiras que concordou totalmente que o protocolo se adequa a realidade da emergência pediátrica comentou:

Senti dificuldade em classificar algumas situações relacionadas a alterações em pele, como por exemplo, prurido leve/intenso, sugiro um item que seja abordado algumas alterações de pele, incluindo prurido intenso e leve, história de prurido, lesões que podem estar relacionadas a reações alérgicas, picadas de inseto. Ainda, precisava separar em dois domínios, trauma de trauma torácico ou colocar o domínio trauma torácico como trauma. (C2)

Na figura 5, considerando que 4,0 representa 100% de concordância total, em 15 dos 16 questionamentos, foi obtido a nota maior ou igual a 3,5. As questões 10, 13 e 14, obtiveram média de 3,5 que corresponde a 87,5% de concordância entre as enfermeiras. A média das questões 3, 4, 8, 15 e 16 foi de 3,8, correspondendo a um nível de concordância de 95%. A única questão que atingiu nível de concordância de 70% foi a de número 11, porém esta questão refere-se mais aos aspectos estruturais dos serviços de saúde do que em relação ao protocolo avaliado propriamente dito.

Figura 5 - Distribuição e médias das respostas



Fonte: Dados da pesquisa

De maneira geral, o nível de concordância entre as participantes do estudo foi acima de 80% em 15 das 16 questões e não houveram respostas discordando ou discordando totalmente da utilização do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco de Fortaleza/CE.

Vislumbrando a implantação do acolhimento com classificação e de acordo com a utilização e avaliação do protocolo, fica evidenciado que algumas adaptações no serviço foram necessárias para o sucesso desta proposta. Assim, algumas das mudanças sugeridas serão descritas, a seguir.

No domínio Queimadura e/ou Lesões de pele, foram sugeridas alterações por duas enfermeiras. Considerando que na caracterização das crianças/ou adolescentes a queixa lesão de pele foi a quinta mais prevalente nos 379 atendimentos realizados durante a utilização do

protocolo. Destaca-se que esta queixa estava relacionada às lesões urticariformes, exantema, eritema, rush cutâneo, máculas, pápulas, placas, vesículas, bolhas, pústulas com a presença ou não de prurido. O prurido é um sintoma que causa importante desconforto para o paciente, principalmente dependendo da sua extensão corporal e intensidade, caracterizando agilidade do atendimento médico. Estas queixas não estão descritas nos domínios no protocolo e como foi uma queixa prevalente no estudo será sugerido para as autoras do protocolo a sua inclusão nas manifestações na pele. Assim, destaca-se em negrito esta inclusão no protocolo, de acordo com cada prioridade de atendimento:

AMARELO

- **Exantema, eritema, rush cutâneo, máculas, pápulas, placas, vesículas, bolhas, pústulas; disseminadas pela superfície corporal ou com prurido intenso;**

VERDE

- **Exantema, eritema, rush cutâneo, máculas, pápulas, placas, vesículas, bolhas, pústulas. Concentradas em uma ou duas partes do corpo com prurido leve;**

AZUL

- **Exantema, eritema, rush cutâneo, máculas, pápulas, placas, vesículas, bolhas, pústulas. Concentradas em uma ou duas partes do corpo sem prurido;**

Em relação ao domínio 12 do protocolo, denominado Gravidez superior a 20 semanas, este não foi destacado ou realizado nenhum comentário. Porém é importante ressaltar que este domínio não será utilizado no serviço, considerando que é um hospital geral e possui serviço de ginecologia e obstetrícia 24 horas, de forma que a criança e/ou adolescente grávida ou com suspeita de gravidez será encaminhada para consulta na especialidade. Este encaminhamento será diferente da realidade que o protocolo foi construído, considerando um hospital pediátrico.

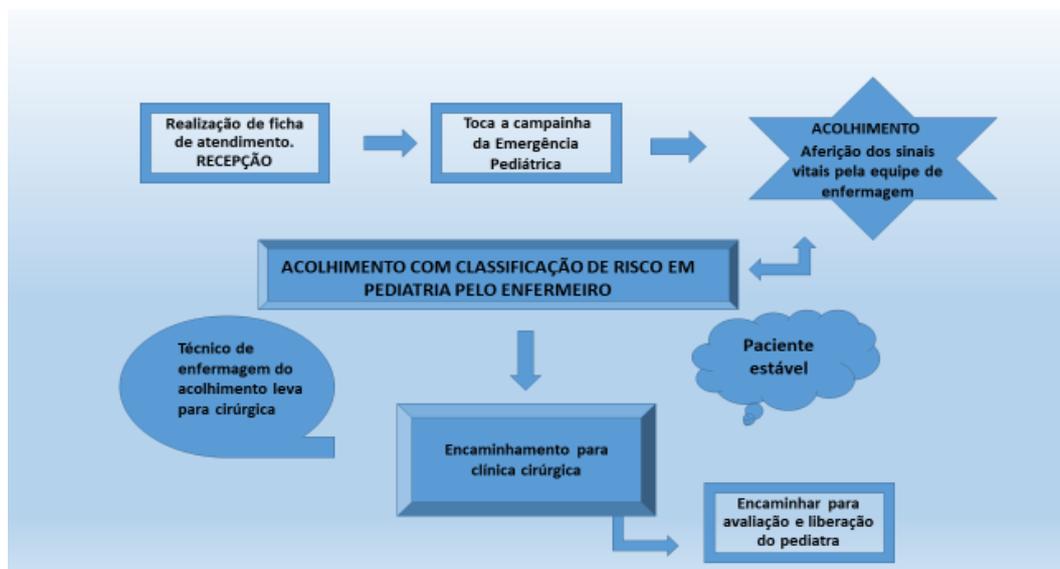
O domínio 21, que é intitulado Trauma, contém manifestações clínicas referentes a trauma em geral, conforme sugestão de um participante do estudo seria mais viável deixar o domínio com título Trauma apenas.

Em relação às crianças e/ou adolescentes que aguardam a classificação de risco permanecem na recepção junto com as que já foram classificadas nas cores amarelo, verde e azul que aguardam o atendimento médico, de acordo com a estrutura física do serviço. Esta situação dificulta identificação do fluxo de atendimentos e uma forma de minimizar esta situação seria identificar as crianças e/ou adolescentes classificadas com uma pulseira com a respectiva cor classificada.

As crianças e/ou adolescentes que necessitam de avaliação cirúrgica, ortopédica ou outras especialidades, além de internação em uma unidade de terapia intensiva cirúrgica são encaminhados para hospital pediátrico de referência que apresentam estas especialidades. Outra questão que foi apontada está relacionada ao encaminhamento para as unidades básicas de saúde, unidades de pronto-atendimento, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Estes encaminhamentos não funcionam de forma adequada, prejudicando a continuidade da assistência.

Torna-se necessário a reorganização do fluxo das crianças e/ou adolescentes com ferimento corto-contuso. Desde que estejam em bom estado geral e necessitem apenas de sutura, na classificação de risco a enfermeira realiza o seu encaminhamento para clínica cirúrgica da emergência adulta, sem a necessidade de avaliação pelo pediatra, como acontece no fluxo atual. Este fluxo está descrito na figura 6.

Figura 6 - Fluxo de atendimento para crianças e/ou adolescentes com ferimento corto-contuso



Fonte: Dados da pesquisa

Destaca-se a importância de manter um técnico de enfermagem como apoiador do acolhimento e membro da equipe de assistência do serviço no andar térreo do serviço de emergência, pois os consultórios médicos e o posto de enfermagem encontram-se no segundo andar. Salienta-se que as crianças e/ou adolescentes que chegam ao serviço com febre, precisam ser medicadas. Ainda, é no andar térreo que serão fornecidas informações e entrega de documentos.

O sistema de referência e contra referência é um dos pontos fundamentais para propiciar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível. De acordo com Alves *et al.* (2015) este sistema caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelos usuários que procuram os serviços de saúde. Porém, na prática há alguns obstáculos que precisam ser superados, dentre eles a comunicação efetiva entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção em saúde.

Desta forma, quando ocorre o encaminhamento da criança e/ou adolescente para a unidade básica de saúde, não há a garantia da continuidade de assistência e uma maior probabilidade que o problema será solucionado. Isto reflete no serviço de urgência e emergência, pois as crianças e/ou adolescentes classificadas na cor azul poderiam ser encaminhadas com segurança e garantia de atendimento na atenção básica de saúde. Outro aspecto relevante é a atuação do profissional do serviço social no âmbito das emergências e seu auxílio neste processo de encaminhamentos.

Na realidade estudada não há assistente social específica no serviço e este profissional seria importante para auxiliar nas questões frente o contra referenciamento. Destaca-se que na instituição os profissionais do serviço social, psicologia e nutrição atendem as demandas de todos os setores e só comparecem na emergência, quando solicitados, em situações mais críticas como evasão, óbito e violência.

A informatização da classificação de risco é um aspecto facilitador do processo de classificação de risco, propiciando também os registros de dados que poderão gerar os indicadores para melhoria da assistência. O sistema informatizado que vem sendo implantado recentemente na instituição, não possui o módulo emergência desenvolvido. A emergência adulta já utiliza o sistema antigo de informatização para classificação e atendimento dos pacientes. Assim, sugere-se que o protocolo proposto seja incluído no banco de dados deste sistema, facilitando o processo de classificação de risco e gerando indicadores em saúde.

Considerando o exposto até então, as enfermeiras que utilizaram e avaliaram o Protocolo de Classificação de Risco em Pediatria do Município de Fortaleza/CE

(MAGALHÃES; LIMA, 2018) afirmaram que é válido para ser implementado no serviço de emergência da referida instituição. A fim de subsidiar e fortalecer a equipe de saúde para a futura implantação deste protocolo, teço algumas considerações que estão justificadas pelas diretrizes sobre acolhimento com classificação de risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), conforme quadro 1:

Quadro 1 - Ações realizadas e justificativas embasadas nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

AÇÕES	JUSTIFICATIVA
<p>1. Utilizar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria do Município de Fortaleza/CE (Magalhães; 2018). Este protocolo apresenta 5 cores de classificação, representando 5 níveis, do mais grave ao sem nenhuma gravidade e foi avaliado pelas enfermeiras do serviço de forma positiva.</p>	<p>O protocolo de classificação de risco pode ser construído a partir daqueles existentes e disponíveis na bibliografia. Entretanto, precisa estar adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto onde está inserido na rede de saúde. É uma oportunidade de facilitar a interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência. Também é considerado uma ferramenta de inclusão, de forma a organizar e garantir o atendimento de todos. Recomenda-se o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco e uso preferencial de cores, para a classificação de risco do mais grave ao menos grave.</p>
<p>2. Basear-se no Fluxograma do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria do Município de Fortaleza/CE (Magalhães; 2018). Também avaliado pelas enfermeiras positivamente. Este fluxograma encontra-se no anexo 1.</p>	<p>A elaboração e a análise do fluxograma de atendimento dos serviços de urgência e emergência, de forma a identificar os pontos de problemas e promover uma reflexão sobre o processo de trabalho. O fluxograma é uma ferramenta bastante útil, de forma que traz desenho dos fluxos percorridos pelos usuários, das entradas no processo, das etapas percorridas, das saídas e dos resultados alcançados, identificando a cada etapa o funcionamento.</p>
<p>3. Prever recursos humanos, ou seja, enfermeiros capacitados para compor a equipe da emergência pediátrica, considerando um profissional a mais em cada turno, destinado para a classificação de risco.</p>	<p>A classificação de risco é uma atividade que deve ser realizada por profissional de enfermagem de nível superior e de preferência, com experiência em serviço de urgência/emergência e capacitado para tal.</p>
<p>4. Capacitar novos enfermeiros em classificação de risco, além de treinamento em serviço afim de que os enfermeiros tenham habilidade no atendimento às crianças e/ou adolescentes.</p>	<p>É necessária a realização de capacitação específica para que os enfermeiros possam utilizar o protocolo de classificação de risco e que esta classificação inclua suporte básico e suporte avançado de vida para todos os profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência.</p>

<p>5. Formar um grupo de implantação, envolvendo gestores e equipe de trabalho da emergência pediátrica, de forma que possam se encontrar mensalmente, nos seis primeiros meses de implementação, com o objetivo de analisar as dificuldades e facilidades encontradas, bem como os indicadores de tempo de atendimento, melhorias na ambiência, entre outras questões que se fizerem necessárias.</p>	<p>A construção do ACCR requer o envolvimento das três esferas de governo – municipal, estadual e federal – além da articulação entre os gestores, trabalhadores e a sociedade civil em todas as instâncias de participação e de controle social do SUS no contexto, de maneira que aconteça a construção coletiva de propostas desde a equipe local até a rede de serviços e gerências em todos os níveis da assistência à saúde.</p> <p>Destaca-se que a realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. Assim, torna-se necessário a construção de pactuações internas e externas que viabilizem o processo, com a construção de fluxos claros, que considerem o grau de risco e que estes sejam traduzidos na rede de atenção.</p>
<p>8. Elaborar manuais de normas e rotinas internas (além dos existentes) que favoreçam o fluxo de atendimento e agilizem a rotatividade de pacientes em casos de superlotação. Sugere-se: Procedimento Operacional Padrão para: internação dos pacientes, antibioticoterapia precoce em casos de infecção bacteriana e manejo de febre. Também construir um consenso de ação em casos de superlotação.</p>	<p>O serviço de urgência se relaciona diretamente com outras unidades do hospital e estabelece processos de trabalho entre vários setores que influenciam diretamente nos processos da emergência pediátrica e inversamente também, sendo eles as unidades de internação, a radiologia. No setor de urgência as respostas rápidas dos serviços de laboratório, radiologia, internação hospitalar, tem relação imediata com a resolutividade das unidades de urgência e emergência.</p>
<p>9. Divulgar nos meios de comunicação da referida instituição a implementação do acolhimento com classificação de risco.</p>	<p>É fundamental que a organização do atendimento na urgência por meio do acolhimento com classificação de risco seja divulgada com clareza para os usuários.</p>
<p>10. Realizar encontro/reunião com a equipe de saúde que atua no serviço seja em lócus (em passagens de plantão) ou de forma geral, a fim de que a mudança no processo de trabalho, com a implantação da classificação de risco seja compreendida por todos os profissionais da saúde. Ainda, que seja colocada uma caixa de relatos e sugestões, para que a equipe possa contribuir para melhorias nas avaliações deste processo.</p>	<p>Nos serviços em que as equipes trabalham muitas vezes em regime de plantão, torna-se indispensável a construção de estratégias de mobilização, como rodas de conversa com a equipe multidisciplinar a serem realizadas nos diversos turnos, a fim de que se analise e a produção de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A avaliação dos enfermeiros que utilizaram o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria do Município de Fortaleza/CE (MAGALHÃES; LIMA, 2018) foi um aspecto essencial para reconhecer a aplicabilidade desta tecnologia em saúde para o serviço, uma vez que corresponde às expectativas das enfermeiras que atuam neste cenário e considerando que organizará a porta de entrada do serviço, onde as crianças e/ou adolescentes serão atendidos por critério clínico e não por ordem de chegada.

A avaliação dos enfermeiros que utilizaram o protocolo reflete a necessidade de um instrumento de tecnologia em saúde consistente e eficaz para uma classificação de risco segura, com um nível de concordância acima de 80% em 15 das 16 perguntas avaliativas. A única questão que atingiu índice de concordância de 70% está relacionada ao fato do serviço não estar estruturado com uma rede de contra referência para a atenção básica. Contudo, poucas adaptações necessitam ser realizadas a fim de instituir este protocolo de acordo com a necessidade dos profissionais e a realidade do serviço estudado. Para tanto, foi proposto acréscimo nas cores amarelo, verde e azul do domínio Queimaduras e/ou Lesões de Pele, alterado o título de Trauma torácico para Trauma e a exclusão do domínio Gravidez superior a 20 semanas, uma vez que a instituição estudada possui emergência obstétrica.

Embora somente quatro enfermeiras tenham participado do estudo, considerando que são apenas 8 enfermeiras no serviço, ainda sim, apresentam experiência em pediatria e conhecem as reais condições do processo de trabalho ali existentes, uma vez que o profissional que realmente domina as particularidades de cada serviço é quem ali atua, e a participação da equipe no processo de decisão, facilita a criação de fluxos e a dinâmica do serviço, uma vez que o trabalhador sente-se parte do processo de construção.

Assim, conclui-se que, este protocolo trata-se de uma tecnologia em saúde válida para sua utilização neste serviço, considerando a avaliação positiva e a sua contribuição para aplicação no serviço de emergência pediátrica estudado, além de estar pautado com as diretrizes do Ministério da Saúde.

E, por fim, saliento o desafio desta construção, uma vez que a classificação de risco não é implementada, não tem espaço físico específico para isso e nem recursos humanos necessários. As participantes do estudo, usaram de empatia, boa vontade, comprometimento, para encararem uma função a mais no seu processo de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Classificação de Risco surge como uma proposta da Política Nacional de Humanização sendo uma ferramenta eficaz para garantir a segurança das crianças e/ou adolescentes que buscam o serviço de emergência pediátrica, uma vez que serão avaliados por um enfermeiro capacitado e classificados de acordo com um instrumento de tecnologia em saúde, tendo como base a sua condição clínica e o atendimento médico em um tempo seguro, sem que haja agravamento de sua atual condição de saúde.

Considerando ainda, que o acolhimento deve permear todo processo que a criança e/ou adolescente percorrem no serviço de emergência pediátrica, desde a sua chegada, até o momento em que são liberados, de forma que se garanta a escuta qualificada e a comunicação efetiva.

Desta maneira, ao longo deste estudo, traçando os passos metodológicos, foi possível alcançar os objetivos propostos, sendo que primeiro foi definido o protocolo a ser utilizado, em seguida capacitando as enfermeiras para a utilização do o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria de Fortaleza na realidade inserida, para apreender na prática as potencialidades do ACCR e registrando dados com a finalidade de conhecer o perfil das crianças e/ou adolescentes atendidos no serviço e por fim, foi avaliada a utilização do protocolo, considerando seus objetivos, resultados esperados, fluxos, domínios e se ela era adequado para a realidade estudada.

Diante do exposto, foi possível tecer algumas considerações que auxiliarão na futura implantação do ACCR neste serviço, baseado nos fluxos e desafios encontrados durante o período de utilização do protocolo, considerando que algumas discussões foram realizadas e possíveis soluções construídas coletivamente com as enfermeiras do serviço, durante as etapas do estudo.

Um grande dos desafios neste estudo foi propor que as enfermeiras do serviço aceitassem incluir em seu processo de trabalho, dentro das diversas atividades que já lhe são atribuídas, a aplicação do acolhimento com classificação de risco, considerando que seria somente por um período de tempo e se encorajar a mudar a rotina ali imposta. Também, decidir que fluxos seriam seguidos, sem que interferisse significativamente no processo de trabalho, uma vez que o ACCR aconteceria somente em alguns períodos e por um curto espaço de tempo, de forma também que os usuários não se confundissem.

Uma limitação deste estudo foi que apenas quatro enfermeiras participaram e tiveram a oportunidade de avaliar o protocolo. Destaca-se que ao todo são 8 enfermeiras no serviço de

emergência pediátrica da instituição, sendo que apenas quatro adequaram-se aos critérios de inclusão e exclusão.

Deste modo, com a avaliação do Protocolo de ACCR proposto para utilização na emergência pediátrica da instituição, bem como as considerações tecidas para a sua implantação, considerando a construção de fluxos internos que facilitem o processo de trabalho, espera-se resultados positivos em relação a diminuição do risco de mortes evitáveis, a extinção da triagem por portaria por profissional não qualificado, a priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada, a redução do tempo de espera, a detecção de casos de agravamento, dentre outros benefícios.

Porém, ainda se faz necessário, que as linhas de atendimento em todos os âmbitos do SUS sejam fortalecidas, mediante pactuações de responsabilidades, definições de contra referência, de forma a garantir atendimento respaldado pelas políticas do Ministério da Saúde, bem como na segurança da criança e/ou adolescente que busca atendimento nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K.L.S. **Perfil de uma unidade de pronto atendimento e ferramentas educativas relativas ao acolhimento com classificação de risco**. Dissertação UEP. Bocatú, 2018.
- ALVES, F.; BITTENCOURT, R. **Canção da Criança**. Brasil, 1952. Disponível em: <http://bonavides75.blogspot.com/2011/10/cancao-da-crianca-1952.html>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- ALVES, M.L.F. *et al.* Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 469-475, 2015.
- AMTHAUER, C; CUNHA, M.L.C. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2779, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100402&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#aff02. Acesso: 15 out. 2019.
- AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE (ACEM), Página inicial de Apresentação. Australia, 2014. Disponível em: <https://www.acem.org.au/>. Acesso em: 06 nov. 2018.
- BARACAT, E.C.E. Protocolos de triagem e classificação de risco em emergência pediátrica. **Rev Paul Pediatria**, v. 34, n. 3. p. 249-50, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.06.005>. Acesso em: 24 out. 2017.
- BARBOZA, S. I. S. *et al.* Variações de Mensuração pela Escala de Verificação: uma análise com escalas de 5, 7 e 11 pontos. **Rev Teoria e Prática em Administração**, n. 3, v. 2, p. 99-120, 2013.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: Casa Civil, 1988.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: Casa Civil, 1990.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466/12**. Brasil, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo**

norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE (CTAS) WORKING GROUP. **Página inicial de Apresentação**. Canadá, 2014. Disponível em: <http://caep.ca/resources/ctas>. Acesso em: 07 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 423/2012**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html. Acesso em: 18 set. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN-DF). Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco em urgência **PARECER COREN-DF Nº 005/2010** ASSUNTO: Atribuição do profissional de enfermagem. 2010. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos/>. Acesso em: 05 ago. 2019.

FAUST, S.B.; VERDI, M. Potencialidades e Limitações das Práticas de Saúde Desenvolvidas por Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 117-119, nov. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. 8. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GREEN, N.A. *et al.* Emergency Severity Index version 4: a valid and reliable tool in pediatric emergency department triage. **Pediatr Emerg Care**. v. 28, p. 753-757, 2012.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. **História da Triagem de Manchester**. 2019.

Disponível em:

http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=109. Acesso em: 14 set. 2019.

GUINTA, D.H. *et al.* Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva. **Rev Med Chile**, v. 145, p. 557-563, 2017. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n5/art01.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2019.

HAGEMANN, L. B. **Acurácia da classificação de risco por enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar**. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

HANSEN, L.H. *et al.* The danish regions pediatric triage model has a limited ability to detect both critically ill children as well as children to be sent home without treatment- a study of diagnostic accuracy. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**. v. 55, 2017.

HERMIDA, P.M.V. *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, e 03318, 2018.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO (HU-UFSC). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br>. Acesso em: 16 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017. **Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Brasil: IBGE, 2017.

MAFRA, A.A. *et al.* **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza, 2008.

MAGALHÃES-BARBOSA, M.C. *et al.* Validade e confiabilidade de um novo sistema de classificação de risco para emergências pediátricas: Clariped. **Rev. paul. pediatr**. São Paulo, v. 36, n. 4, Oct./Dec. 2018.

MAGALHÃES-BARBOSA, M.C. *et al.* CLARIPED: a new tool for risk classification in pediatric emergencies. **Rev Paul Pediatr**, v. 34, n. 3, p. 254-262, 2016.

MAGALHÃES, F.J. **Validação do Protocolo de acolhimento com Classificação de risco em pediatria**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.

MAGALHÃES, F.J. **Validação na Prática Clínica do Protocolo de acolhimento com Classificação de risco em pediatria**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MAGALHÃES, F.J.; LIMA, F.E.T. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2018.

MAGALHÃES, F.J. *et al.* Protocolo de acolhimento com Classificação de risco em pediatria: confiabilidade interobservadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 3, v. 30, p. 262-270, 2017.

MAGALHÃES, F.J. *et al.* Sistema de triagem numa unidade de urgência pediátrica portuguesa: experiência em mobilidade-acadêmica internacional Brasil-Portugal. **Atas CIAIQ 2016**. 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/998/974>. Acesso em: 26 out. 2017.

MIRANDA, N.A. *et al.* Caracterização de crianças atendidas no pronto socorro de um hospital universitário. **Revista eletrônica Gestão & Saúde**. v. 04, n. 01, p. 1531-1645, 2013.

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM UFSC (MPENF/UFSC). **Instrução Normativa 01 de 03 de dezembro de 2014**. Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, MPENF, 2014.

NASSAR, S.M.; WRONSCKI, V.R. **SEstatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis, SC. Disponível em: <http://www.sestat.net>. Acesso em: 20 ago. 2019.

NOVAES, G.P.M.; NASCIMENTO, P.A.; AMARAL, S.H.R. Protocolos de classificação de risco utilizados nas unidades de pronto atendimento (upas) 24 horas: uma questão de humanização. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n. 5, jul/dez. 2016.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODM). Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 27 jan. 2020.

PEDRAZA, D.F.; QUEIROZ, D.; SALES, M.C.. Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 511-528, Feb. 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.09592012>. Acesso em: 12 Dez. 2016.

PIMENTA, C.A.M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso: 04 nov. 2018.

PIVA, P.J. *et al.* Emergência pediátrica no Brasil: a consolidação da área de atuação para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 1, p. 68-74, nov. 2017.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RODRIGUES, S.S.O.F. Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço e urgência pediátrica. **Revista de enfermagem referencia**, v. III, n. 7, jul. 2012.

ROMANI, H.M. *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

SALGADO, R.M.P.; AGUERO, F.C.M. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. **Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 90-97, 2010.

SILVA, S.M. Proposta de implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em um Hospital Público do Piauí. TCC (especialização) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

SIMONS, D.A. *et al.* Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na unidade de emergência em Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev. Bras. Saude Matern.** Recife, v. 10, n. 1, p. 59-67, jan/mar. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Disponível: <https://www.sbp.com.br/>. Acesso: 18 out. 2019.

SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA. Disponível em: <http://www.scp.org.br/>. Acesso: 18 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS PEDIATRAS. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/>. Acesso: 19 out .2019.

TOMÁS, S. *et al.* La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del programa semes-seguridad paciente. **Emergencias**, v. 24, p. 225-233, 2012. Disponível em: http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf. Acesso em: 27 out. 2017.

VALE, A.P.F. *et al.* Caracterização do perfil de atendimento no serviço de emergência pediátrica de um hospital no interior de Goiás. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, São Luís de Montes Belos, v. 8, n. 4, p. 34-202, 2015.

VERAS, J.E. *et al.* Competências de enfermeiras para a promoção da saúde durante atendimentos pediátricos em unidade de emergência. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 5, p. 467-474, 2015.

VIEIRA, A.C. *et al.* Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1 e1830014, 2016.

WEYKAMP, J.M. *et al.* Welcom in gwith risk classification in urgent and emergency services: applicability in nursing. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 327-336, 2015.

APÊNDICE A - Cronograma da capacitação



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HU - SEÇÃO CAPACITAÇÃO TÉCNICA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 3721-9119
E-mail: capacitacao@hu.ufsc.br

PLANEJAMENTO INSTRUCIONAL

I- IDENTIFICAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO

1. **Título do curso:** Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria
2. **Área de abrangência:** Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Psicologia e residentes da Residência Médica Pediatria e da Residência Multiprofissional.
3. **Modalidade:** Presencial
4. **Turma:** 01
5. **Carga Horária:** 20 horas
6. **Período de Realização:** 30 a 31/05/2019
7. **Horário de Realização:** 08:00 às 12:00 horas e 13:30 às 17:30 horas
8. **Local de Realização:** Miniauditório CCS 010/ Sala Rute HU
9. **Número de Participantes:** 20
10. **Público-alvo:** servidores que ocupam os cargos de enfermeiro e médico da linha de cuidado da saúde da criança e adolescente, residentes de pediatria, residentes de enfermagem
11. **Pré-Requisito do público-alvo:** não há.

II- IDENTIFICAÇÃO DOS INSTRUTORES

Nome: Prof. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima
Telefone: (85)999722828
Endereço Eletrônico: felisangela@yahoo.com.br
Carga horária: 5 horas

Nome: Fábio Schneider (médico pediatra)
Telefone: (48)99152-1386
Endereço Eletrônico: fabio.schneider2014@gmail.com
Carga horária: 3 horas

Nome: Ilia Aragão (médica pediatra)
Telefone: (48)99616-1634
Endereço Eletrônico: iliaaragao@hotmail.com
Carga horária: 6 horas

Nome: Prof. Dra Katia Cilene Godinho Bertoncello
Telefone: (48)999199084
Endereço Eletrônico: kbertoncello@yahoo.com.br
Carga horária: 2 horas

Nome: Enf Tatiana Tarkina Vieira
Telefone: (48)984260927
Endereço Eletrônico: tatitarkina@gmail.com
Carga horária: 4 horas

III- COORDENADOR DO CURSO

Nome: Tatiana Tarkina Vieira
Ramal Telefônico: (48) 3721-9866
Endereço Eletrônico: tatitarkina@gmail.com

IV- COMPETÊNCIA(S) A SER(EM) DESENVOLVIDA(S):

Aprimoramento técnico e científico com enfoque no acolhimento com classificação de risco em pediatria. Ao final do curso, o participante terá condições de reconhecer a importância da classificação de risco, aspectos que devem ser priorizados ao classificar o risco da criança e /ou adolescente que buscam atendimento no serviço de emergência pediátrica, compreender como se usa o Protocolo de Classificação de Risco em Pediatria, Fortaleza-2018.

V- OBJETIVO DO CURSO:

Promover a atualização dos profissionais de saúde que trabalham na Emergência pediátrica sobre o acolhimento com Classificação de Risco e capacitar sobre o uso do Protocolo de Classificação de Risco em Pediatria, Fortaleza-2018.

VI- EMENTA:

Classificação de Risco: Um dos grandes desafios da área da saúde relacionados ao setor de emergência é a superlotação dos hospitais e instituições que oferecem esse serviço. Como

estratégia adotada por vários países, encontra-se a classificação de risco, que consiste em classificar o paciente de acordo com o grau de urgência, definindo a fila de espera por este critério, e não pela ordem de chegada.

Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria: o protocolo de ACCR em pediatria de Fortaleza/CE contém 23 domínios e foi elaborado com o objetivo determinar a prioridade de atendimento da criança ou adolescente em situação de urgência/emergência a partir da utilização de cinco classificações:

Prioridade I - VERMELHO (emergência e atendimento médico imediato, com acionamento de sinal sonoro, cuidado de enfermagem contínuo);

Prioridade II - LARANJA (Maior Urgência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 15 minutos);

Prioridade III - AMARELO (Urgência, avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 30 minutos);

Prioridade IV - VERDE (Menor urgência, avaliação médica em até 60 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 60 minutos)

Prioridade V - AZUL (Ausência de urgência, avaliação médica no mesmo dia ou encaminhado para atenção primária com garantia de atendimento), com a finalidade de melhoria no atendimento de saúde nas unidades de Urgência/Emergência Pediátricas para reduzir os riscos de complicações e morte de crianças e adolescentes.

VII- MÉTODOS E TÉCNICAS:

Aula expositiva-dialogada.

VIII- RECURSOS DIDÁTICOS A SEREM UTILIZADOS:

Recursos áudio visuais – projetor de multimídia e vídeos.

Dinâmicas de grupo.

IX- ATIVIDADE PRÁTICA:

Discussão em grupos.

X- AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA:

Atividade avaliativa sobre a temática (pré e pós-teste), que será entregue no último dia do

curso e, posteriormente, a divulgação do gabarito será presencial.

XI- REFERÊNCIAS:

BARACAT, E.C.E. Protocolos de triagem e classificação de risco em emergência pediátrica. **Rev Paul Pediatría**, v. 34, n. 3, p. 249-50, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.06.005>. Acesso em: 24 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE (CTAS) WORKING GROUP. **Página inicial de Apresentação**. Canadá, 2014. Disponível em: <http://caep.ca/resources/ctas>. Acesso em: 07 nov. 2018.

HAGEMANN, L. B. **Acurácia da classificação de risco por enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar**. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MAGALHÃES, F.J. **Validação na Prática Clínica do Protocolo de acolhimento com Classificação de risco em pediatria**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MAGALHÃES, F.J. **Validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

MAGALHÃES, F.J.; LIMA, F.E.T. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2018.

XII- PLANEJAMENTO DAS AULAS:

CRONOGRAMA

CURSO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

DATA	CARGA HORÁRIA	CONTEÚDO
------	---------------	----------

30/05/2018 (5,5 horas) 07:00 -12:00	07:00 – 07:30	Abertura e pré-teste
	07:30 – 09:30	Política de Urgência e Emergência e Protocolos de Classificação de Risco Facilitador: Prof. Dra. Katia Cilene Godinho Bertocello – Enfermeira, Professora Dra do Departamento de Enfermagem da UFSC
	09:30 – 12:30	Exame físico da criança focado na queixa principal Facilitador: Dr Fábio Schneider - Pediatra
30/05/2019 (6 horas) 13:00– 19:00	13:00 – 19:00	A criança potencialmente grave Facilitador: Dra Ilia Aragão - Pediatra
31/05/2019 (5 horas) 07:30 – 12:00	07:30 – 09:30 09:30 – 12:30	Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria – Fortaleza/CE Facilitador: Enfermeira, Prof ^a Dra Francisca Elisângela Teixeira Lima, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará Os 23 domínios do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria – Fortaleza/CE e estudos de caso Facilitador: Enfermeira, Prof ^a Dra Francisca Elisângela Teixeira Lima, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
31/05/2019 (5,5 horas) 13:00 - 18:30	14:00 – 16:00 16:30 – 18:00 18:00 – 18:30	Estudos de caso Facilitador: Enfermeira Tatiana Tarkina Vieira Hospital Universitário - UFSC Roda de conversa: Processo de trabalho para utilização do protocolo de classificação de risco Facilitador: Enfermeira Tatiana Tarkina Vieira Hospital Universitário - UFSC Pós-teste e encerramento

OBS: As atividades do dia 31/05/2019 ocorrerão na sala Rute, via videoconferência, sob a mediação presencial da Enfermeira Tatiana Tarkina Vieira

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com Enfermeiros

SEÇÃO I: Dados de identificação

Idade: _____.
Cargo: _____.
Tempo de atuação na profissão: _____.
Tempo de atuação na instituição: _____.
Tempo de atuação na emergência pediátrica: _____.
Possui Pós-graduação? () Sim () Não
Qual: () Especialização: _____.
() Mestrado () Doutorado

INSTRUÇÕES:

Esta pesquisa pergunta sua avaliação sobre a utilização do Protocolo de Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza – CE no serviço de emergência pediátrica que atua como enfermeira.

Você levará cerca de 10 a 15 minutos para responder.

Por favor, assinale a avaliação que você faz para cada um dos quesitos abaixo, de acordo com o seguinte critério:

1. Discordo Totalmente;
2. Discordo;
3. Concordo;
4. Concordo Totalmente;
5. Não tenho dados suficientes para responder ou não sei responder.

Marque a sua resposta no círculo e **se você assinalou os critérios 1 ou 2 faça comentários que justifiquem esta escolha. Desta forma poderemos compreender melhor suas opiniões, necessidades / expectativas.**

SEÇÃO II: Avaliação do Protocolo

Na sua opinião, a utilização do protocolo proposto no serviço:

1. Determina a prioridade de atendimento da criança ou adolescente em situação de urgência/emergência a partir da utilização de cinco classificações: vermelho – Prioridade I,	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

laranja – Prioridade II, amarelo– Prioridade III, verde – Prioridade IV e azul – Prioridade V, com o intuito de melhoria no atendimento de saúde nas unidades de Urgência/Emergência Pediátricas com redução dos riscos de complicações e morte de crianças e adolescentes. Comentários:					
2. Determina a prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar com segurança. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Organiza o processo de trabalho e o espaço físico da unidade. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Reduz a ocorrência de superlotação. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Esclarece à comunidade quanto à forma de atendimento e o tempo de espera. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. É uma tecnologia em saúde de referência para o Ministério da Saúde na determinação do atendimento dos casos de urgência/emergência em pediátrica. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Reduz o risco de mortes evitáveis nas filas de espera. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Aumenta a eficácia do atendimento, com redução do tempo de espera. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Prioriza o atendimento conforme critérios clínicos e não por ordem de chegada. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
10. Garante acesso à rede de atenção em saúde, garantindo continuidade do cuidado. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11. Encaminha para serviços especializados e de referência, quando necessário. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
12. Possibilita que a classificação de risco seja realizada por profissional competente ou habilitado para tal prática. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
13. Diminui ansiedade do usuário e seus acompanhantes.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Comentários:					
14. Aumenta a satisfação dos profissionais e usuários. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
15. Tem estrutura, formato e fluxos que facilitam a utilização do mesmo. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
16. Adequa-se a realidade desta emergência pediátrica, priorizando o atendimento das crianças e/ou adolescentes com maior gravidade. Comentários:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

SEÇÃO III: Outros Comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever algum outro comentário sobre a utilização do protocolo proposto no serviço

OBRIGADA POR RESPONDER ESTA PESQUISA!

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, RG _____,
residente na rua _____

abaixo assinada(o), fui informada(o) e convidada(o) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: UTILIZAÇÃO DE UM PROTOCOLO”, que tem como objetivo geral: Avaliar a utilização pelo enfermeiro do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, de Fortaleza/Ceará, em um Serviço de Emergência Pediátrica e objetivos específicos: Identificar e analisar os dados sócio demográficos das crianças e/ou adolescentes atendidos em um Serviço de Emergência Pediátrica do Sul do país e Utilizar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, de Fortaleza/Ceará, em um Serviço de Emergência Pediátrica do Hospital Universitário Polydoro Ernane de São Thiago, que está sendo desenvolvida pela mestranda Tatiana Tarkina Vieira sob orientação da Profa Dra Jane Cristina Anders .

Com objetivo de compreender os benefícios para os enfermeiros da utilização de um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco no Serviço de Emergência Pediátrica do Hospital Universitário Polydoro Ernane de São Thiago, a mestranda Tatiana Tarkina Vieira sob orientação da Profa Dra Jane Cristina Anders, está desenvolvendo uma pesquisa intitulada pesquisa “AVALIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: UTILIZAÇÃO DE UM PROTOCOLO” Esta pesquisa faz parte da Dissertação Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

Procedimentos da Pesquisa – mediante sua participação no estudo, em um primeiro momento você utilizará o “Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria”, de Fortaleza/Ceará, durante sua atuação enquanto enfermeiro no Serviço de Emergência

Pediátrica do HU, quando estiver escalado neste setor. Salientamos que este protocolo terá como finalidade auxiliar na designação da classificação de risco. Lembramos ainda que para utilizar este protocolo você receberá devido treinamento e todas as informações referentes ao estudo que serão fornecidos pelas pesquisadoras. O segundo momento da pesquisa contará com sua participação para avaliar qual o benefício de dispor deste Protocolo para Classificação de Risco em Pediatria. Esta avaliação se consumará com o preenchimento de um instrumento de avaliação disponibilizado pelas pesquisadoras ao final da coleta de dados. Os procedimentos inerentes à implementação do estudo requerem a sua autorização mediante assinatura ao final do documento para a utilização dos dados obtidos durante a Classificação de Risco realizada às crianças e/ou adolescentes que buscam atendimentos no Serviço de Emergência Pediátrica paciente, bem como, o registro da condição clínica deste paciente. No entanto sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir dela sem qualquer prejuízo junto às pesquisadoras ou à instituição.

Sigilo – Com sua participação na pesquisa fica garantida a confidencialidade das informações obtidas durante a classificação de risco. Sua identidade não será apontada no decorrer do estudo e em suas publicações.

Potenciais riscos – A pesquisa oferece riscos de incômodo ao participante à medida que poderá gerar constrangimento para este em recusar a participação. Desse modo, o participante será esclarecido de que sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis pela pesquisa, tampouco junto à instituição da qual é servidor. De qualquer forma será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza.

Benefícios previstos – Esta pesquisa propõe a utilização de um instrumento científico para a classificar o risco das crianças e/ou adolescentes atendidos pelos enfermeiros do Serviço de Emergência Pediátrica com o objetivo de classificar o paciente de acordo com o grau de urgência, definindo a fila de espera por este critério clínico, e não pela ordem de chegada, trazendo segurança à criança e/ou adolescente que será atendido. Os resultados desta pesquisa serão submetidos à devida aprovação, corrigidos e posteriormente enviados à divulgação como artigo científico.

Custos – Todos os custos referentes à pesquisa serão de inteira responsabilidade das pesquisadoras. Sua participação não acarretará em nenhum gasto ou gratificação.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelo telefone com a responsável pela pesquisa a seguir: Jane Cristina Anders e-mail:Fone: (48) 3721 9480 ramal 2764/3444 ou (48) 991888206 ou Tatiana Tarkina Vieira, e-mail:tatitarkina@gmail.com. Fone: 48 984260927.

Consentimento de Participação no Estudo

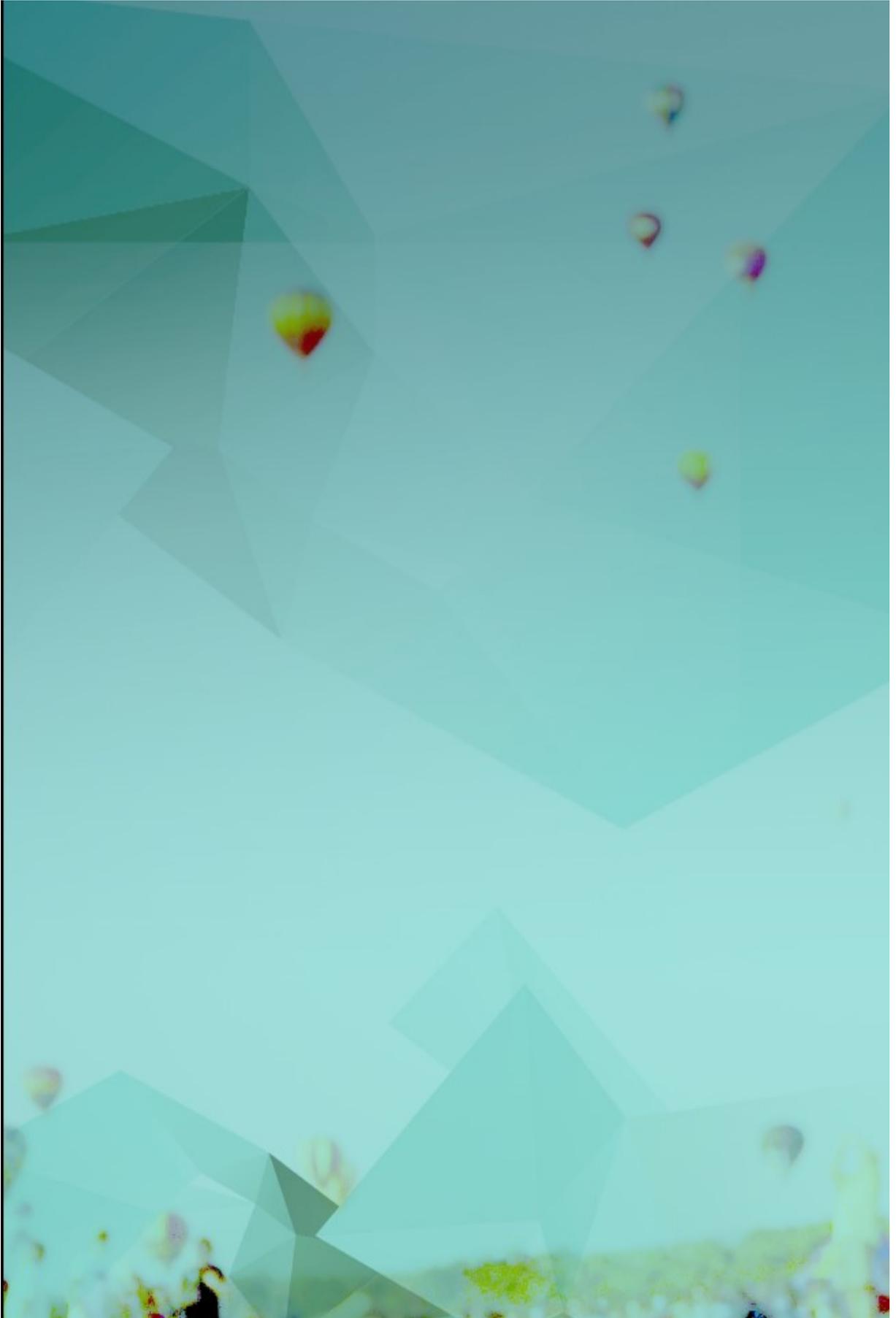
Eu, _____, declaro que li e estou de acordo em participar do estudo proposto por este documento. Fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Tatiana Tarkina Vieira dos objetivos, dados que serão obtidos, sigilo, riscos, benefícios e custos inerentes à pesquisa. Estou ciente ainda que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Florianópolis, _____

Assinatura do participante

ANEXO A – Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco – Fortaleza/CE.







Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria

Fernanda Jorge Magalhães
Francisca Elisângela Teixeira Lima



FORTALEZA
2018





DEDICATÓRIA

A Deus, toda a honra e toda a glória! Ele que confiou a mim o dom da vida, a saúde, a capacidade de compartilhar e de doar-me com a dor do outro, sofrer com ele, cuidar dele, por possibilitar aprender e caminhar até aqui, e daqui por diante... Aos meus pais e à minha irmã que tanto me incentivaram e me motivaram na concretização desse sonho, às orientações das professoras-amigas que a academia me proporcionou, aos enfermeiros atuantes na Unidade de Urgência e Emergência Pediátrica e, em especial, às crianças e suas famílias por contribuírem para a pesquisa científica e o aprimoramento do cuidado em Enfermagem.

Muito obrigada!





EPÍGRAFE

“Os meus passos são Teus,
o meu próximo minuto é Teu,
Se não for assim, não me deixe ir.
Dou minha mão para Ti,
Fecho os olhos e confio em Ti,
Leva-me Senho!”

(Juninho Casimiro)





APOIO

Universidade Federal do Ceará
Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza
Hospitais Municipais de Fortaleza

Dados Internacionais de Catalogação na publicação

Universidade Federal do Ceará

M188p Magalhães, Fernanda Jorge.
Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Em Pediatria [livro eletrônico] / Fernanda
Jorge Magalhães e Francisca Elisângela Teixeira Lima. – Fortaleza : Imprensa Universitária, 2018.- 2018.
2700 Kb. : il. color, enc. ; 27cm.

ISBN: 978-85-7485-334-5

1. Acolhimento. 2. Pediatria. 3. Classificação de risco. I. Lima, Francisca Elisângela Teixeira.
II. Título.

616





SUMÁRIO

1	Apresentação Do Protocolo	12
2	Introdução	13
3	Especialidades	14
4	Conceitos	15
5	Potenciais Utilizadores	16
6	Competências Da Equipe de Classificação	17
7	População Alvo e Grupo de Risco	18
8	Objetivo Geral	19
9	Objetivos Operacionais	19
10	Resultados Esperados	20
11	Organização Do Processo de Atendimento	21
12	Crterios De Classificação	22
13	Avaliação Da Criança E/Ou Adolescente	23
14	Fluxograma Acolhimento com Classificação De Risco	24
15	Classificação De Risco Prioridade De Atendimento	25
16	Discriminadores De Classificação De Risco	26
17	Abstinência Grave De Álcool E Drogas	26
17.1	Alteração Dos Sinais Vitais	27
17.2	Alteração Hidroeletrólítica	28
17.3	Alteração No Nível De Consciência	29
17.4	Alteração Respiratória	30
17.5	Comprometimento Hemodinâmico	31
17.6	Doença Psiquiátrica Ou Comportamental	32
17.7	Dor	33
17.8	Dor Abdominal	34
17.9	Dor De Cabeça (Cefaleia)	35
17.10	Dor Torácica	36
17.11	Gravidez Superior A 20 Semanas	37





17.12	Hemiparesia Aguda	38
17.13	Hemorragia	38
17.14	História De Diabetes Mellitus	38
17.15	Imunossupressão	39
17.16	Infecção	39
17.17	Intoxicação Exógena E/Ou Anafilaxia	39
17.18	Parada Cardiorrespiratória	40
17.19	Queimadura E/Ou Lesões De Pele	41
17.20	Trauma Torácico	42
17.21	Trauma Craniano	43
17.22	Situações Especiais	44
17.23	Anexos	45
18	Referências	53





LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma de Atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.	24
Figura 2	Escala de Dor em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.	50
Figura 3	Avaliação da Superfície Corporal Queimada em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.	51





LISTA DE ABREVIACOES

ACCR	.....	Acolhimento com Classificação de
COFEN	.....	Conselho Federal de Enfermagem
ECG	.....	Escala de Coma de Glasgow
SUS	.....	Sistema nico de Saúde
FC	.....	Frequência Cardiac
FR	.....	Frequência Respiratória
PA	.....	Pressão Arterial
Sat O2	.....	Saturação de Oxignio
SCQ	.....	Superfície Corporal Queimada
SNC	.....	Sistema Nervoso Central
T	.....	Temperatura





PREFÁCIO

O Julgamento clínico e a tomada de decisão são considerados desafios amplos e determinantes ante as diversas situações no cotidiano do profissional de saúde.

Dentre estas, destacam-se as situações de urgência/emergência, as quais priorizam as informações e as condições clínicas para determinação da gravidade e do risco de morte de usuários de saúde nas portas de entrada dos serviços de saúde.

No Brasil, em 2006 foram evidenciadas as principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, as quais compreendem a importância do acolhimento com classificação de risco (ACCR).

O acolhimento refere-se ao agir com ética, com compromisso, com reconhecimento do outro e atitude de acolher em todos os ambientes de saúde. A expressão classificação de risco é o ato de identificar a queixa principal (discriminador clínico em saúde) manifestada ou relatada pelos usuários e/ou respectivos acompanhantes, com intuito de estabelecer uma lista de atendimento com base no risco clínico e não na ordem de chegada.

Para a realização do ACCR em Pediatria, torna-se evidente que os profissionais de saúde, obtenham conhecimento, habilidade e atitude para acolher, escutar e orientar, de maneira adequada, para identificar o grau de sofrimentos e os agravos do usuário de saúde, com o intuito de tomar a atitude para a determinação da prioridade de atendimento.

Diante desse contexto, evidencia-se o uso do "PROTÓCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA" como uma tecnologia em saúde confiável e válida quanto ao conteúdo, à aparência e na prática clínica. O qual tem como objetivo orientar o profissional classificador na identificação dos indicadores clínicos de saúde (queixa principal) de crianças e adolescentes em situação de urgência/emergência, além de favorecer o julgamento clínico e a tomada de decisão na determinação da prioridade de atendimento por meio de cinco cores (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul) que indicam o tempo de espera para o atendimento médico.

Esta publicação é resultante de um trabalho coletivo em que agradeço, especialmente, a Deus, à minha família, à Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima (orientadora desta tecnologia em saúde), aos enfermeiros experts em ACCR em Pediatria, às crianças/adolescentes e seus acompanhantes que se tornaram articuladores da realização deste sonho.

Obrigada a todos!

Fernanda Jorge Magalhães
Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará





APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria trata-se de um instrumento de tecnologia em saúde baseado em discriminadores (queixa principal) e indicadores clínicos de saúde (manifestações clínicas associadas) como forma usual de apresentação de doenças e/ou agravos.

Este instrumento possibilita a classificação da prioridade de atendimento por meio de critérios de risco e por uma avaliação direcionada à gravidade ou ao grau de sofrimento da criança e/ou adolescente, identificando, prontamente, os pacientes em situação de urgências e emergências.

- **Grau de recomendação** - nível de evidência: B. (Adaptado de Projeto de Diretrizes AMB-CFM)



INTRODUÇÃO

A classificação de risco, por vezes, denominada de triagem consiste na separação e na classificação de risco do paciente a partir da determinação da prioridade de atendimento e do direcionamento ao tratamento em local apropriado. Para isso, aplicam-se critérios de risco que determinam sua probabilidade de sobrevivência a partir das condições clínicas de saúde (MAFRA, 2008; MAGALHÃES 2012).

Essa classificação deve ser feita munida de intervenções de acolhimento, por isso a denominação de Acolhimento com Classificação de Risco. O qual é considerado uma estratégia de reorganização do processo de trabalho, que favorece o atendimento ao que procuram os serviços de saúde, de modo a fortalecer a universalidade com busca da integralidade e equidade, fundamentadas na ética e na cidadania (SANTOS, 2014).

Essa expectativa de humanização quanto ao atendimento em saúde com acesso rápido e eficaz é crescente. Para tanto, as unidades de urgências/emergências necessitam de estrutura física, de recursos humanos e de equipamentos adequados para tal. Para isso, o manejo da classificação de risco requer equipes envolvidas, preparadas e capacitadas para identificar as prioridades de atendimento do paciente.

E, neste contexto pode utilizar-se do Protocolo de ACCR em Pediatria como instrumento confiável, válido e seguro para a tomada de decisão na determinação da prioridade de atendimento (MAGALHÃES et al., 2017).



ESPECIALIDADES

Urgências e
Emergências
em Pediatria



CONCEITOS

O termo **emergência** se refere à ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, cujo portador necessita de atenção imediata, a fim de se garantir a integridade das funções vitais básicas; e o termo **urgência** corresponde à condição de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, cujo portador necessita de intervenção rápida e efetiva, estabelecida por critérios médicos previamente definidos, mediante procedimentos de proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas. Ou seja, ambos os termos se referem aos agravos à saúde que necessitam de atenção médica imediata (ROMANI et al., 2009).



POTENCIAIS UTILIZADORES DO PROTOCOLO

Enfermeiros, médicos e profissionais da saúde que estejam dotados de conhecimentos e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

Sabe-se que, na prática clínica, o profissional que mais realiza a classificação de risco são os enfermeiros. Portanto, de acordo com o artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 423/2012, no âmbito da equipe de Enfermagem, refere que a classificação de risco e a priorização da assistência em serviços de urgência e emergência são privativas do enfermeiro, observando às disposições legais da profissão. Para executar essas atividades o enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento e para realização da consulta de Enfermagem no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) (COFEN, 2012).



COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO

O acolhimento com classificação de risco deve ser executado por uma equipe multiprofissional em saúde formada por: assistente social, enfermeiro, médico, auxiliar administrativo e técnico de enfermagem.

O profissional classificador ou triador precisa ter habilidade e sensibilidade para analisar as informações e as expressões do usuário de saúde à situação de urgência/emergência, além de manter uma postura ética, empatia, comunicação adequada e transmitir segurança para o usuário, acompanhante e família.

É, durante a investigação criteriosa e direcionada que o profissional classificador identifica os discriminadores e os indicadores clínicos de saúde relacionados às condições de risco para complicações ou morte nas filas de espera. Por isso, os profissionais precisam demonstrar familiaridade com o perfil da demanda, preparo técnico e emocional para avaliar e tomar a decisão, além de favorecer orientações à criança, ao adolescente e ao responsável quando necessário.



POPULAÇÃO ALVO E GRUPO DE RISCO

Crianças e adolescentes que se encontram em agravos de urgência ou emergência e procuram as portas de entrada da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).





OBJETIVO GERAL

Determinar a prioridade de atendimento da criança ou adolescente em situação de urgência/emergência a partir da utilização de cinco classificações: vermelho – Prioridade I, laranja – Prioridade II, amarelo– Prioridade III, verde– Prioridade IV e azul– Prioridade V, com o intuito de melhoria no atendimento de saúde nas unidades de Urgência/Emergência Pediátricas com redução dos riscos de complicações e morte de crianças e adolescentes.

OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Determinar a prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar com segurança;
2. Organizar o processo de trabalho e o espaço físico da unidade;
3. Reduzir ocorrência de superlotação;
4. Esclarecer à comunidade quanto à forma de atendimento e o tempo de espera;
5. Utilizar o protocolo como uma tecnologia em saúde de referência para o Ministério da Saúde na determinação do atendimento dos casos de urgência/emergência em pediatria.



RESULTADOS ESPERADOS

1. Reduzir o risco de mortes evitáveis nas filas de espera;
2. Aumentar eficácia do atendimento, com redução do tempo de espera;
3. Priorizar atendimento conforme critérios clínicos e não por ordem de chegada;
4. Garantir acesso à rede de atenção em saúde, garantindo continuidade do cuidado;
5. Encaminhar para serviços especializados e de referência, quando necessário;
6. Possibilitar que a classificação de risco seja realizada por profissional competentes ou habilitados para tal prática;
7. Diminuir ansiedade do usuário e seus acompanhantes;
8. Aumentar satisfação dos profissionais e usuários.



ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO

A criança e/ou adolescente que chegar na Instituição de saúde, acompanhado com seu responsável, deverá ser acolhido, prontamente, por toda a equipe profissional. O paciente será recepcionado pelo porteiro e direcionado à unidade de urgência/emergência ou ao setor de registro da Instituição para o preenchimento da ficha de atendimento.

A partir desse momento serão chamados para a sala de Classificação de Risco por ordem de chegada. Nesta sala, o (a) enfermeiro (a) ou um outro profissional competente e habilitado para a determinação da classificação de risco, avaliará os sinais vitais e os indicadores clínicos de saúde associados para a determinação da prioridade de atendimento.

Para essa tomada de decisão adequada, poderá utilizar-se do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, em que as reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica. Em casos de encaminhamento, solicita-se contribuição dos profissionais do serviço social, de modo a garantir o atendimento. Pessoas em situação de urgência que procurarem especialidades (odontologia, ginecologia/obstetrícia, otorrinolaringologia, oftalmologia, entre outras), serão encaminhadas aonde houver os respectivos setores. Para o registro, utilizar-se-á de uma marca colorida para identificar os critérios de classificação o qual já tem o tempo definido para atendimento médico, conforme o protocolo.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

Deve-se considerar o exame físico direcionado a partir da apresentação usual da doença, discriminador (situação/queixa), indicadores clínicos de saúde (manifestações clínicas), intuição e experiência da vivência clínica do profissional. Bem como a avaliação dos sinais vitais e demais parâmetros, a seguir:

- Temperatura (T),
- Frequência cardíaca (FC),
- Frequência respiratória (FR),
- Pressão arterial (PA),
- Saturação de oxigênio (Sat O₂),
- Escala de dor, escala de coma de Glasgow (ECG),
- Glicemia e avaliação da superfície corporal queimada (SCQ).

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA E/ OU ADOLESCENTE

- Dados de identificação da criança e/ou adolescente;
- Discriminador (queixa principal) e indicadores clínicos de saúde (manifestação clínica);
- Início, evolução e duração da doença;
- Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- Avaliação geral do paciente (aparência física, resposta emocional);
- Exame físico direcionado do paciente (baseado no discriminador de saúde);
- Sinais vitais e dados antropométricos;
- Escala de dor;
- Escala de Coma de Glasgow;
- Superfície Corporal Queimada;
- Classificação da prioridade de atendimento;
- Registro do atendimento com o nome, assinatura e carimbo com número do conselho do(a) enfermeiro(a) e/ou profissional competente e habilitado para a realização da classificação de risco;
- Reavaliações da classificação da prioridade de atendimento, quando necessário.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

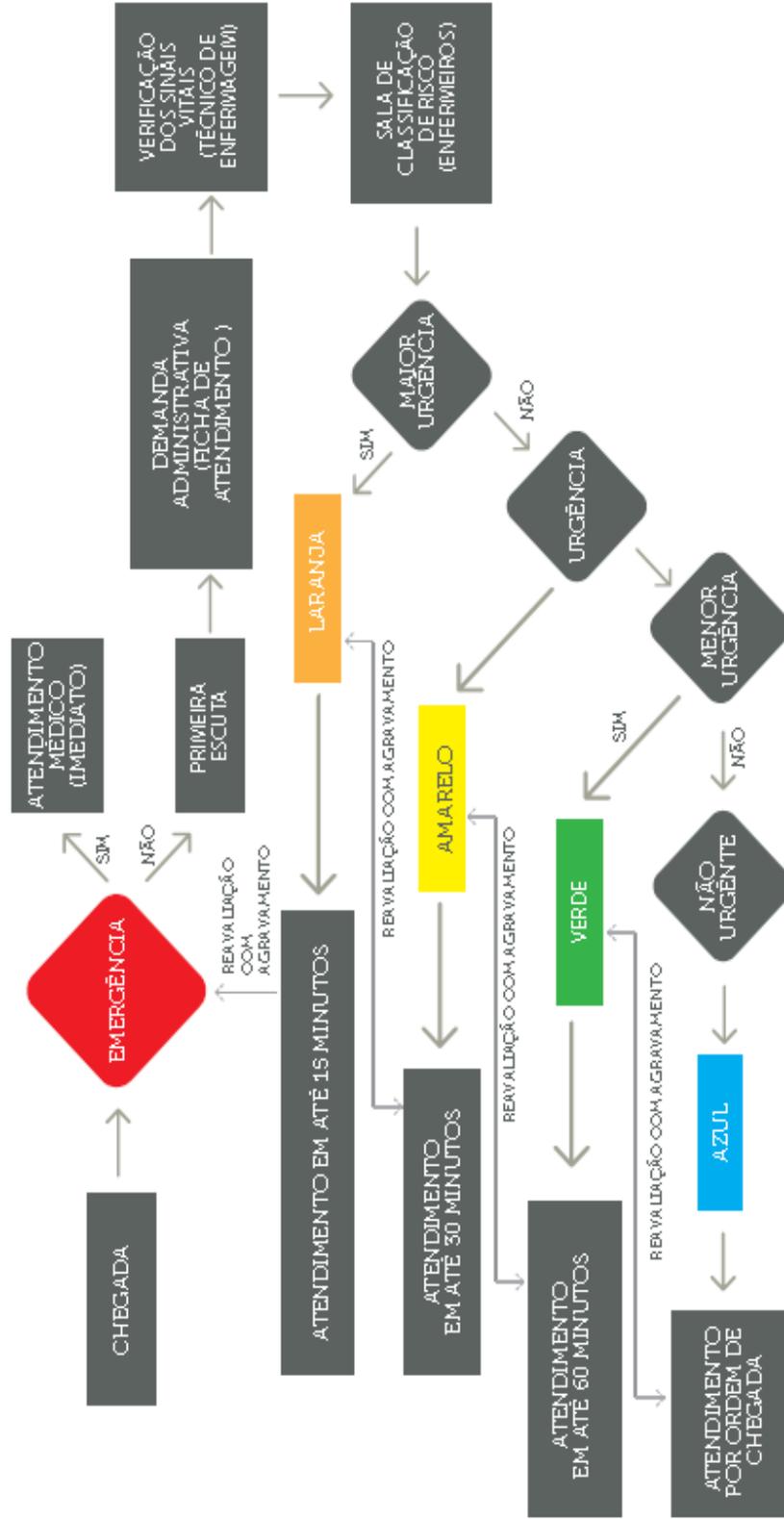


Figura 1 - Fluxograma de Atendimento com Classificação de Risco em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

VERMELHO Emergência, atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro, cuidado de enfermagem contínuo
LARANJA Maior Urgência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 15 minutos
AMARELO Urgência, avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 30 minutos
VERDE Menor urgência, avaliação médica em até 60 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 60 minutos
AZUL Ausência de urgência, avaliação médica no mesmo dia ou encaminhado para atenção primária com garantia de atendimento

DISCRIMINADORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ABSTINÊNCIA GRAVE DE ÁLCOOL E DROGAS

- Convulsão
- Coma
- Alucinações
- Confusão mental
- Agitação
- Alteração dos sinais vitais (ex.: taquicardia, hipertensão, febre)
- Dor abdominal ou torácica
- Tremores
- Vômito, diarreia

ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS

- FR alterada (ANEXO A)
- FC alterada (ANEXO A)
- PAS e PAD alterada (ANEXO A)
- Temperatura axilar $< 35^{\circ}\text{C}$ ou $> 40^{\circ}\text{C}$ em qualquer idade
- Criança < 3 meses com temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Febre (ANEXO A) em usuário de saúde imunocomprometido ou com estado geral debilitado
- Palidez, sudorese pegajosa, má-perfusão periférica, má-perfusão capilar

SINAIS VITAIS ALTERADOS SEM SINTOMAS

- FC < 50 ou > 140 bpm (ANEXO A)
- T $> 38,5^{\circ}\text{C}$ e $< 40^{\circ}\text{C}$ em crianças > 3 meses
- FR alterada (ANEXO A)

SINAIS VITAIS ALTERADOS SEM SINTOMAS

- T $> 37,8^{\circ}\text{C}$ e $< 38,5^{\circ}\text{C}$ em crianças > 3 meses (ANEXO A)

SINAIS VITAIS NORMAIS

- Afebril, no momento, porém história de febre
- Sem outros indicadores clínicos de saúde

ATENÇÃO

Em casos de febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias) suspeitar de DENGUE (ANEXO E).

ALTERAÇÃO HIDROELETROLÍTICA

DESIDRATAÇÃO GRAVE (> 6 SINAIS)

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Letargia
- Dificuldade para beber
- Boca muito seca
- Olhos muito encovados
- Fontanela muito deprimida
- Prega cutânea se desfaz muito lentamente (> 10 segundos)
- Pulso muito fino e enchimento capilar muito lento (> 5 segundos)

DESIDRATAÇÃO MODERADA COM VÔMITOS E/OU DIARREIA (ENTRE 3 E 6 SINAIS)

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Irritada
- Muita sede
- Boca seca
- Olhos encovados
- Choro sem lágrimas
- Fontanela deprimida
- Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)
- Pulso fino, rápido e enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)
- Letargia com recusa alimentar
- Oligúria ou anúria acima de 6 horas

DESIDRATAÇÃO MODERADA SEM VÔMITOS E SEM DIARREIA (< 3 SINAIS)

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Irritada
- Muita sede
- Boca seca
- Olhos encovados
- Choro sem lágrimas
- Fontanela deprimida
- Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)
- Pulso fino, rápido e enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)

VÔMITOS E DIARREIA SEM DESIDRATAÇÃO

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Mucosas úmidas
- Diurese habitual
- Turgor de pele normal
- Evacuações/dia < 5 episódios
- Vômitos/dia < 5 episódios

VÔMITO OU DIARREIA SEM DESIDRATAÇÃO

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Estado mental normal

ALTERAÇÃO NO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- Paciente não responsivo ou responsivo à dor
- ECG - 3 a 8 (ANEXO B)
- Intoxicação exógena
- Eventos no SNC como convulsão em atividade
- Distúrbios metabólicos (por exemplo: hipoglicemia)
- Doença psiquiátrica com rigidez de membros

- Déficit cognitivo, agitação, letargia, confusão mental, paralisia, sonolência,
- ECG - 9 a 13 (ANEXO B)
- Febre (ANEXO A)
- Crianças pequenas (lactente e pré-escolar) com irritabilidade e recusa alimentar
- Doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação.

- Pós-comicial, mas alerta.
- ECG - 13 a 15 (ANEXO B)
- Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas
- Primeiro episódio de convulsão, porém curto (menor que 5 min)
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

DISPNEIA INTENSA COM FADIGA MUSCULAR

- Sat. O₂ < 90%
- Incapacidade de falar (até mesmo frases curtas)
- Cianose
- Letargia com confusão mental
- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Obstrução de vias aéreas

ATENÇÃO

Eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, edema agudo de pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose.

DISPNEIA INTENSA COM ASMA PRÉVIA E SIBILÂNCIA RECORRENTE

- Sat. O₂ de 90 a 92%
- Fala entrecortada
- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Alterações em vias aéreas (estridor, sialorreia)

- História de asma grave
- Pico de fluxo < 30%

DISPNEIA MODERADA A LEVE

- Sat. O₂ de 93 a 94%
- Fala frases mais longas
- Tosse frequente
- Incapacidade de dormir
- Asma com dispneia ao exercício
- Pico de Fluxo entre 30 e 50%

ATENÇÃO

Internações frequentes, intubação, UTI, história de prematuridade, diagnóstico diferencial de displasia broncopulmonar, pneumonia, infecções de vias aéreas superiores.

- Dor de garganta intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Dor de ouvido
- Tosse produtiva
- Rinorreia purulenta
- Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A)
- Mialgia
- Pico de Fluxo > 50%

ATENÇÃO: Criança e/ou adolescente eupneica.

- Coriza
- Queixas leves
- Tosse seca
- Dor de garganta moderada (4-7/10) a leve (1-3/10) (ANEXO C)
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

COMPROMETIMENTO HEMODINÂMICO

- Hipotensão, taquicardia, bradicardia (ANEXO A) ou alteração do sistema sensorial
- Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural, febre (ANEXO A), toxemia
- Ventilação ou oxigenação ineficaz com $\text{Sat O}_2 < 90\%$
- Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos

- Perfusão periférica de até 2 segundos
- Palidez
- História de sudorese
- Tontura ao levantar-se

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL

- Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão
- Risco imediato para si ou para outrem
- Agitação extrema
- Desmaio
- Necessidade de contenção
- Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação
- Alteração de glicemia capilar
- História de doença psiquiátrica (uso de antipsicóticos)

ATENÇÃO

Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

- Agitação menos intensa, mas consciente
- Risco para si ou para outrem
- Estado de pânico
- Potencialmente agressivo
- Alucinação, desorientação

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Pensamentos suicidas
- Gesticulando, mas não agitado
- Sem risco imediato para si ou para outrem

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário de saúde em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

- Depressão crônica ou recorrente
- Crise social
- Impulsividade
- Estado mental normal

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário de saúde em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

DOR

DOR INTENSA (ANEXO C)

- Aguda, central (cabeça, tórax, abdome) e intensa (8-10/10)
- Aguda, periférica (em extremidades), com sinais de isquemia
- Luxação (ortopedica)
- Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição de função em membros inferiores.

DOR MODERADA A INTENSA (ANEXO C)

- Aguda, central e moderada (4 -7/10)
- Aguda, periférica (pele e partes moles) e intensa (8-10 / 10)
- Aguda, em membros inferiores, sem sinais de trauma ou isquemia e intensa (8-10 / 10)
- Crônica, central e intensa (8 - 10 / 10)
- Cólica renal
- Lombalgia que impede deambulação ou que se irradia para membros inferiores
- Articulações ou membros com dor intensa, impotência funcional, edema, com sinais flogísticos (dor, calor e rubor) e febre associada.

DOR MODERADA A INTENSA (ANEXO C)

- Aguda, periférica e moderada (4-7/10)
- Crônica, periférica e intensa (8-10 / 10)
- Lombalgia intensa, que não impede deambulação
- Artralgia com limitações, sem sinais flogísticos (dor, calor e rubor)

DOR LEVE A MODERADA (ANEXO C)

- Crônica, central ou periférica
- Crônica, torácica superficial, piora à compressão
- Crônica, em membros inferiores, sem sinais inflamatórios
- Lombalgia crônica, não traumática
- Disúria

DOR ABDOMINAL

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Dor intensa (8-9/10) (ANEXO C) associada a náusea, vômito, sudorese, irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal ou gravidez
- Dor intensa (8 - 10 / 10) em cólica ou não (ANEXO C)
- História/suspeita de dissecação da aorta, gravidez ectópica, dengue hemorrágica (ANEXO E)

- Aguda e moderada (4 – 7/10) (ANEXO C)
- Dor moderada associada a vômitos, febre, disuria ou gravidez
- Distensão abdominal
- Retenção urinária
- Prostração
- Dor com história /suspeita de *diabetes mellitus*

- Aguda, moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Ausência de prostração
- Não toxêmico
- Sem gravidade clínica

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

- Dor aguda leve (1-3/10) (ANEXO C)
- Crônica ou recorrente
- Constipação intestinal

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

DOR DE CABEÇA (CEFALEIA)

- Cefaleia intensa (8-10 / 10) incontrolável (ANEXO C)
- Intensa desde o início, súbita ou rapidamente progressiva
- Rigidez de nuca
- Náusea ou vômito
- Alteração do estado mental
- Sinais neurológicos focais (paresia, afasia)

ATENÇÃO

Hemorragia subaracnóidea, hematoma epidural ou subdural, meningite, encefalite.

- Aguda, súbita e moderada (4 -7/10) (ANEXO C)
- Enxaqueca

- Não-súbita
- Leve a moderada (< 7 / 10) (ANEXO C)
- Não-enxaqueca
- Rinorreia purulenta
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

DOR TORÁCICA

- Alteração de sinais vitais (ANEXO A)
- Espontânea (não traumática)
- Dor torácica súbita em pontada
- Dor iniciada/acentuada com esforço físico
- Dor Torácica do tipo visceral contínua, de 30 segundos a 30 min (angina do peito) ou superior a 30 min (infarto), em peso, opressão, queimação ou como desconforto, associada a sudorese, náusea, dispnéia
- Dor torácica com irradiações para pescoço, ombros, mandíbula, braços e/ou dorso
- História/suspeita de doença coronariana
- História/suspeita de uso de Crack, cocaína e anfetamínico

ATENÇÃO

Dor do Tipo em pontada pode indicar: Problemas de parede torácica, Embolia pulmonar, Dissecção de aorta, Pneumotórax, Pneumonia.

- Localizada, em pontada
- Dor acentuada com respiração profunda, tosse, dispnéia ou palpação (Ex: dor na parede torácica, pleurite, pericardite)
- História/suspeita de angina do peito

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

- Não-aguda
- Moderada (4 – 7 / 10) (ANEXO C)
- Sem dispnéia
- Sem cardiopatia prévia

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

GRAVIDEZ SUPERIOR A 20 SEMANAS

- Sangramento vaginal
 - Gestante com exteriorização de partes fetais ou com prolapso de cordão.
- Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos)
 - Ausência de movimentos fetais
 - Hipertensão com ou sem cefaleia, edema, dor abdominal
 - Pós-parto imediato (mãe e/ou criança)
 - Grande déficit neurológico
 - Sintomas com menos de 4 horas

HEMIPARESIA AGUDA

- Grande déficit neurológico
- Sintomas com menos de 4 horas

HEMORRAGIA

- Hematêmese volumosa
- Melena com instabilidade hemodinâmica
- Hemoptise franca
- Epístaxe com PA alterada (ANEXO A)
- Sangramento vaginal com dor abdominal ou pélvica, mesmo que moderada (4-7/10) (ANEXO C), associada à hipotensão (ANEXO A)

- Hemorragia digestiva com sangramento não atual (últimas 24 horas)
- Melena sem instabilidade hemodinâmica
- Hemoptise moderada a leve
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

HISTÓRIA DE *DIABETES MELLITUS*

- Hematêmese volumosa
- Melena com instabilidade hemodinâmica
- Hemoptise franca
- Epístaxe com PA alterada (ANEXO A)
- Sangramento vaginal com dor abdominal ou pélvica, mesmo que moderada (4-7/10) (ANEXO C), associada à hipotensão (ANEXO A)

- Glicemia maior que 300 ou menor que 50 mg/dL sem sintomas associados

IMUNOSSUPRESSÃO

- Temperatura > 38,5°C (ANEXO A) e outros sintomas associado com:
- Quimioterapia
- HIV positivo/Aids/Leucose
- Uso de corticóide
- Transplante de órgãos
- Alto risco de complicações graves e rápida deterioração

INFECÇÃO

- Sepses
- Alteração mental
- Sinais vitais instáveis (ANEXO A)
- Toxemia, letargia
- Temperatura > 38,5°C, calafrios
- Eritema purpúrico (meningite)
- Eritema que não desaparece à vitropressão

INTOXICAÇÃO EXÓGENA E/OU ANAFILAXIA

- História de administração de droga ou substância com tipo e quantidade indefinidos
- Intoxicação exógena com alteração de consciência ou alteração de sinais vitais (ANEXO A)
- Anafilaxia com desconforto respiratório
- Sensação de garganta fechando, edema de glote
- Alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, hipotensão, comprometimento hemodinâmico, sibilância torácica, cianose, tosse, vômito, dor abdominal, diarreia, urticária, prurido, rash, eritema não purpúrico.
- História de evento semelhante



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

- Iminência de parada
- Não responsivo
- Ausência de movimento respiratório
- Pulso filiforme e/ou ausente

QUEIMADURA E/OU LESÕES DE PELE

QUEIMADURAS

- Grande queimado: > 25% da SCQ (ANEXO D)
- Acometimento de vias aéreas

QUEIMADURAS

- Queimaduras de 2º ou 3º grau: SCQ de 10 a 25% ou áreas críticas (face, perineo) ou circunferenciais (ANEXO D)
- Queimaduras elétricas

QUEIMADURAS E/OU LESÕES DE PELE

- Queimaduras de 2º e 3º grau: SCQ < 10% ou áreas não-críticas (ANEXO D)
- Queimaduras de 1º grau: SCQ > 10% em áreas não-críticas ou em áreas críticas (face e perineo) (ANEXO D)
- Mãos e pés
- Ferida corto-contusa em articulação ou partes moles

QUEIMADURAS E/OU LESÕES DE PELE

- Queimaduras de 1º grau: SCQ < 10% em áreas não-críticas (ANEXO D)
- Ferida e/ou lesões com febre
- Ferida e/ou lesões com necrose
- Miíase com infestação intensa

QUEIMADURA E/OU LESÕES DE PELE

- Queimaduras de 1º grau, pequenas, áreas não-críticas (ANEXO D)
- Ferida e/ou lesões limpa, sem sinais sistêmicos de infecção
- Infecção local
- Escaras sem sinais sistêmicos
- Controle de úlceras crônicas
- Retirada de pontos
- Curativos

TRAUMA TORÁCICO

TRAUMA GRAVE

- Lesão grave de único ou múltiplo sistema
- Trauma torácico ou abdominal (perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa (8-10/10) (ANEXO C), sintomas respiratórios)
- Amputação com sangramento ativo

TRAUMA GRAVE

- Dor moderada (4 – 7 /10) a intensa (8-10/10) (ANEXO C)
 - Sintomas graves em um sistema fisiológico principal
 - Sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas
 - Ferimento extenso com sangramento ativo
 - Amputação sem sangramento ativo
 - Fratura com deformidade ou sangramento
 - Fratura de bacia.
 - Estado mental normal.
- ATENÇÃO**
Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

TRAUMA MODERADO

- Hematoma traumático
 - Ferimento menor, com sangramento compressível
 - Trauma torácico com dor leve (1-3/10) ou moderada (4-7/10) (ANEXO C), sem dispneia
 - Mordedura com ferimento extenso
 - Fraturas alinhadas, luxações, distensões,
 - Dor moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C).
- ATENÇÃO**
Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

TRAUMA LEVE

- Trauma torácico sem dor de costela ou dispneia
 - Suspeita de fratura
 - Lacerações
 - Mordedura não-extensa
 - Distensões, contusões, torções
 - Dor moderada (4 – 7/10) (ANEXO C)
 - Mais de 6 horas do evento, menos que 10 dias.
- ATENÇÃO**
Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

TRAUMA LEVE

- Escoriações
 - Ferimentos que não requerem fechamento
 - Mialgia
 - Distensões ou contusões
 - Dor leve (1 – 4 / 10) (ANEXO C)
 - Curativos.
- ATENÇÃO**
Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

TRAUMA CRANIANO

TRAUMA GRAVE

- ECG 3 a 8 (ANEXO B)
- Perfuração craniana
- Alteração mental
- Alteração dos sinais vitais (por exemplo: hipotensão taquicardia) (ANEXO A)
- Dor intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Alterações respiratórias.

TRAUMA GRAVE

- ECG entre 9 e 13 (ANEXO B)
- Perfuração craniana
- Cefaleia intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Deterioração do estado mental ou sistema sensorial
- Convulsão
- Dor cervical
- Náusea e vômito
- Trauma craniano em casos de ejeção corporal, passageiro sem cinto de segurança com choque no para-brisa, atropelamento, queda de altura superior a cinco degraus, agressão com objeto rombo.

TRAUMA MODERADO

- Lesão craniana moderada
- Sem alteração do estado mental
- Alerta (ECG 14 ou 15) (ANEXO B)
- Cefaleia moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Sem dor cervical
- Náusea ou vômito

TRAUMA LEVE

- Lesão craniana leve
- Sem alteração do estado mental
- Trauma de baixo impacto
- Alerta (ECG=15)
- Sem vômito
- Sem sintomas cervicais
- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Acidente há mais de 6 horas.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Neonato: Toda criança < 7 dias de vida deve ser atendida pelo menos como prioridade II, devido ao risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cardíacas congênitas não diagnosticadas e sepse.
- Trauma com impacto a mais de 40 Km/h sem frear, ou a mais de 60 Km/h freando, ejeção corporal, capotamento, motocicleta e carro a mais de 30 Km/h, atropelamento a mais de 10 Km/h, desaceleração (queda de altura maior que duas vezes a estatura, queda de berço ou rede, explosão), perda da consciência, fraturas de 1ª e/ou 2ª costelas ou da 9ª, 10ª, 11ª ou de mais de três costelas, aspiração, contusão pulmonar, órbitas no local.
- Maus tratos: Vítimas de violência ou abuso sexual nas primeiras 4 horas; maus tratos com comprometimento de bem-estar emocional.

- Vítimas de abusos sexuais
- Escoltado pela polícia
- Mãe com outra criança internada na instituição
- Usuária ou acompanhante gestante, idosa (> 65 anos) ou deficiente físico.
- Acidente perfurocortante com material biológico
- Deficiência física ou mental
- Usuário que realiza diálise ou realizou transplante com distúrbios hidroeletrólíticos frequentes e/ou risco de arritmia e deterioração.

- Recém-nascido de 8 a 28 dias com queixas clínicas
- Impossibilidade de deambulação
- Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica
- Troca de sonda vesical de demora ou sonda nasoentérica.

- Trocas ou requisições de receitas
- Avaliações de exames (em casos de dengue ver ANEXO E)
- Imunizações
- Solicitações de atestados médicos
- Consultas de acompanhamento

ANEXO A

SINAIS VITAIS
FREQUÊNCIA CARDÍACA / FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Frequência cardíaca por faixa etária			
Idade	FC acordado	Média	FC dormindo
0-2 m	85-205	140	80-160
3-23m	100-190	130	75-160
2-10 a	60-140	80	75-160
>10 a	60-100	75	50-90

Frequência Respiratória	
<2 meses	< 60 rpm
2 -11 meses	< 50 rpm
1-5 anos	< 40 rpm
6-8 anos	< 30 rpm
>8 anos	16 – 20 rpm

Fonte: Diretrizes Asma 2011

ANEXO A

SINAIS VITAIS
TEMPERATURA

Temperatura (por local)	
Local	Referência (°C)
Axilar	35,5 a 37,0°C
Bucal	35,8 a 37,3°C (0,5°C > axilar)
Retal	36,1 a 37,8°C (0,5 a 1,0°C > axilar)
Timpânica	

Fonte: Modificado de Lowrey GH: Growth and development of children, ed8, St Louis, 1985. Mosby-Year Book.

Temperatura (por idade)	
Idade	Referência (°C)
3 meses	37,5°C
6 meses	37,5°C
1 ano	37,7°C
3 anos	37,2°C
5 anos	37,0°C
7 anos	36,8°C
9 anos	36,7°C
11 anos	36,7°C
13 anos	36,6°C

Fonte: Modificado de Lowrey GH: Growth and development of children, ed8, St Louis, 1985. Mosby-Year Book.

ANEXO A

SINAIS VITAIS / PRESSÃO ARTERIAL

Valores Normativos da Pressão Arterial (Sistólica/Diastólica),
Pressão Arterial Média Entre Parênteses

Faixa Etária	Média	90º Percentil	95º Percentil
Recém-nascido (1 a 3 dias)	65/41 (50)	75/49 (59)	78/52 (62)
1 mês a 2 anos	95/58 (72)	106/68 (83)	110/71 (86)
2-5 anos	101/57 (74)	112/66 (82)	115/68 (85)

Fonte: Modificado de Lowrey GH: Growth and development of children, ed8, St Louis, 1985. Mosby-Year Book.

Pressão Arterial Normal em Crianças Meninos

Idade	Percentual de pressão sistólica					Idade	Percentual de pressão* diastólica				
	5.0	10.0	50.0	90.0	95.0		5.0	10.0	50.0	90.0	95.0
1 dia	54	58	73	87	92	1 dia	38	42	55	68	72
3 dias	55	59	74	89	93	3 dias	38	42	55	68	71
7 dias	57	62	76	91	95	7 dias	37	41	54	67	71
1 mês	67	71	86	101	105	1 mês	35	39	52	64	68
2 meses	72	76	91	106	110	2 meses	33	37	50	63	66
3 meses	72	76	91	106	110	3 meses	33	37	50	63	66
4 meses	72	76	91	106	110	4 meses	34	37	50	63	67
5 meses	72	76	91	106	110	5 meses	35	39	52	65	68
6 meses	72	76	90	105	109	6 meses	36	40	53	66	70
7 meses	71	76	90	105	109	7 meses	37	41	54	67	71
8 meses	71	75	90	105	109	8 meses	38	42	55	68	72
9 meses	71	75	90	105	109	9 meses	39	43	55	68	72
10 meses	71	75	90	105	109	10 meses	39	43	56	69	73
11 meses	71	76	90	105	109	11 meses	39	43	56	69	73
1 ano	71	76	90	105	109	1 ano	39	43	56	69	73
2 anos	72	76	91	106	110	2 anos	39	43	56	68	72
3 anos	73	77	91	107	111	3 anos	39	42	55	68	72
4 anos	74	79	93	108	112	4 anos	39	43	56	69	72
5 anos	76	80	95	109	113	5 anos	40	43	56	69	73
6 anos	77	81	96	111	115	6 anos	41	44	57	70	74
7 anos	78	83	97	112	116	7 anos	42	45	58	71	75
8 anos	80	84	99	114	118	8 anos	43	47	60	73	76
9 anos	82	86	101	115	120	9 anos	44	48	61	74	78
10 anos	84	88	102	117	121	10 anos	45	49	62	75	79
11 anos	86	90	105	119	123	11 anos	47	50	63	76	80
12 anos	88	92	107	121	126	12 anos	48	51	64	77	81
13 anos	90	94	109	124	128	13 anos	45	49	63	77	81
14 anos	93	97	112	126	131	14 anos	46	50	64	78	82
15 anos	95	99	114	129	133	15 anos	47	51	65	79	83
16 anos	98	102	117	131	136	16 anos	49	53	67	81	85
17 anos	100	104	119	134	138	17 anos	51	55	69	83	87
18 anos	102	106	121	136	140	18 anos	52	56	70	84	88

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Heart, Lung and Blood Institute. Bethesda, MO.

Os dados foram tabulados pelo Dr. B. Rosner, 1987.

*K4 foi usado para idades inferiores a 13; K5 foi adotado para idade de 13 anos ou mais.

Pressão Arterial Normal em Crianças Meninas											
Percentual de pressão sistólica						Percentual de pressão* diastólica					
Idade	5.0	10.0	50.0	90.0	95.0	Idade	5.0	10.0	50.0	90.0	95.0
1 dia	46	50	65	80	84	1 dia	38	42	55	68	72
3 dias	53	57	72	86	90	3 dias	38	42	55	68	71
7 dias	60	64	78	93	97	7 dias	38	41	54	67	71
1 mês	65	69	84	98	102	1 mês	35	39	52	65	69
2 meses	68	72	87	101	106	2 meses	34	38	51	64	68
3 meses	70	74	89	104	108	3 meses	35	38	51	64	68
4 meses	71	75	90	105	109	4 meses	35	39	52	65	68
5 meses	72	76	91	106	110	5 meses	36	39	52	65	69
6 meses	72	76	91	106	110	6 meses	36	40	53	66	69
7 meses	72	76	91	106	110	7 meses	36	40	53	66	70
8 meses	72	76	91	106	110	8 meses	37	40	53	66	70
9 meses	72	76	91	106	110	9 meses	37	41	54	67	70
10 meses	72	76	91	106	110	10 meses	37	41	54	67	71
11 meses	72	76	91	105	110	11 meses	38	41	54	67	71
1 ano	72	76	91	105	110	1 ano	38	41	54	67	71
2 anos	71	76	90	105	109	2 anos	40	43	56	69	73
3 anos	72	76	91	106	110	3 anos	40	43	56	69	73
4 anos	73	78	92	107	111	4 anos	40	43	56	69	73
5 anos	75	79	94	109	113	5 anos	40	43	56	69	73
6 anos	77	81	96	111	115	6 anos	40	44	57	70	74
7 anos	78	83	97	112	116	7 anos	41	45	58	71	75
8 anos	80	84	99	114	118	8 anos	43	46	59	72	76
9 anos	81	86	100	115	119	9 anos	44	48	61	74	77
10 anos	83	87	102	117	121	10 anos	46	49	62	75	79
11 anos	86	90	105	119	123	11 anos	47	51	64	77	81
12 anos	88	92	107	122	126	12 anos	49	53	66	78	82
13 anos	90	94	109	124	128	13 anos	46	50	64	78	82
14 anos	92	96	110	125	129	14 anos	49	53	67	81	85
15 anos	93	97	111	126	130	15 anos	49	53	67	82	86
16 anos	93	97	112	127	131	16 anos	49	53	67	81	85
17 anos	93	98	112	127	131	17 anos	48	52	66	80	84
18 anos	94	98	112	127	131	18 anos	48	52	66	80	84

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Heart, Lung and Blood Institute. Bethesda, MO.

Os dados foram tabulados pelo Dr. B. Rosner, 1987.

*K4 foi usado para idades inferiores a 13; K5 foi adotado para idade de 13 anos ou mais.

ANEXO B

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Escore	Resposta	Resposta modificada para lactentes
Abertura ocular		
4	Espontânea	Espontânea
3	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal
2	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso
1	Ausente	Ausente
Melhor resposta motora		
6	Obedece comando	Movimentação espontânea
5	Localiza dor	Localiza dor (retirada ao toque)
4	Retirada ao estímulo doloroso	Retirada ao estímulo doloroso
3	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)
2	Extensão ao estímulo doloroso (postura descebrada)	Extensão ao estímulo doloroso (postura descebrada)
1	Ausente	Ausente
Melhor resposta motora		
5	Orientado	Balucia
4	Confuso	Choro irritado
3	Palavras inapropriadas	Choro à dor
2	Sons inespecíficos	Gemido à dor
1	Ausente	Ausente

TCE severo (escore Glasgow: 3-8); TCE moderado (escore Glasgow: 9-12); TCE leve (escore Glasgow: 13-15).
J Pediatr (Rio J) 2003;79(4):287-96



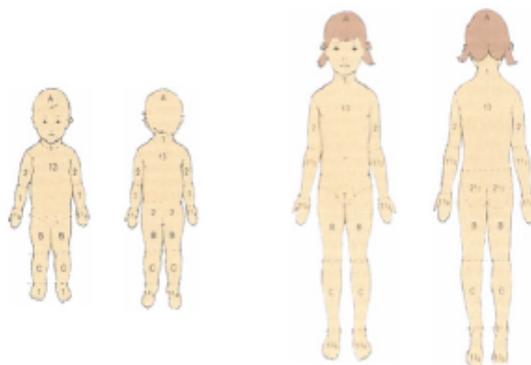
Inten sidade	Parâmetro (máximo 10)
Intensa	8-10
Moderada	4-7
Leve	1-3
Sem dor	0

Figura 2 - Escala de Dor em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.

Fonte: Irene Pais. Instrumentos de Avaliação da dor. 11 Maio, 2014. Disponível em: <<http://irenepais.pt?p=547>>

ANEXO D

AVALIAÇÃO DA SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA (SCQ)



Porcentagem Relativa das Áreas Afetadas por Idade

Área	Nascimento	1 Ano
A = 1/2 da cabeça	9 1/2	8 1/2
B = 1/2 de uma coxa	2 3/4	3 1/4
C = 1/2 de uma perna	2 1/2	2 1/2

Figura 3 - Avaliação da Superfície Corporal Queimada em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.
*Estimativa da distribuição de queimaduras em crianças.

ANEXO E

SUSPEITA DE DENGUE

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Manifestações hemorrágicas presentes
- Disfunção orgânica presente ou ausente;
- Síndrome de extravasamento plasmático;
- Presença de choque, com ou sem hipotensão

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes
- Disfunção orgânica presente ou ausente;
- Síndrome de extravasamento plasmático;
- Presença de algum sinal de alarme e/ou derrame cavitário

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Prova do laço positiva ou manifestações hemorrágicas espontâneas, sem repercussão hemodinâmica;
- Manifestação hemorrágica presente
- HT aumentado entre 10% e 20% do valor basal ou maior que 38%, com ou sem plaquetopenia
- Ausência de sinais de alarme

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Nos lactente alguma irritabilidade e choro persistente podem ser a expressão de sintomas como cefaleia e algias
- Prova do laço negativo e ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas.
- Não há hemoconcentração nem queda acentuada das plaquetas (≤ 100 mil)
- Ausência de sangramento e sinais de alarme

ATENÇÃO

Os sinais de alarme são: vômitos importantes e frequentes, dor abdominal intensa e contínua, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, sonolência ou irritabilidade excessiva, hipotermia e derrames cavitários (pleural, pericárdico, ascite).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Bibliografia

Advanced Cardiac Life Support (ACLS).

Advanced Trauma Life Support (ATLS).

Australasian Triage Scale (ATS).

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).

Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS).

Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização/MS.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Resolução COFEN Nº 423/2012. *Normatiza no Âmbito do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de riscos urgência*. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 21 abr. 2015.

Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) de Belo Horizonte.

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Projeto Acolhimento do pronto-socorro.

MAFRA, A. A. *et al. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria*. Fortaleza: Ministério da Saúde; Prefeitura de Fortaleza, 2008.

MAGALHÃES, F. J. *Validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.



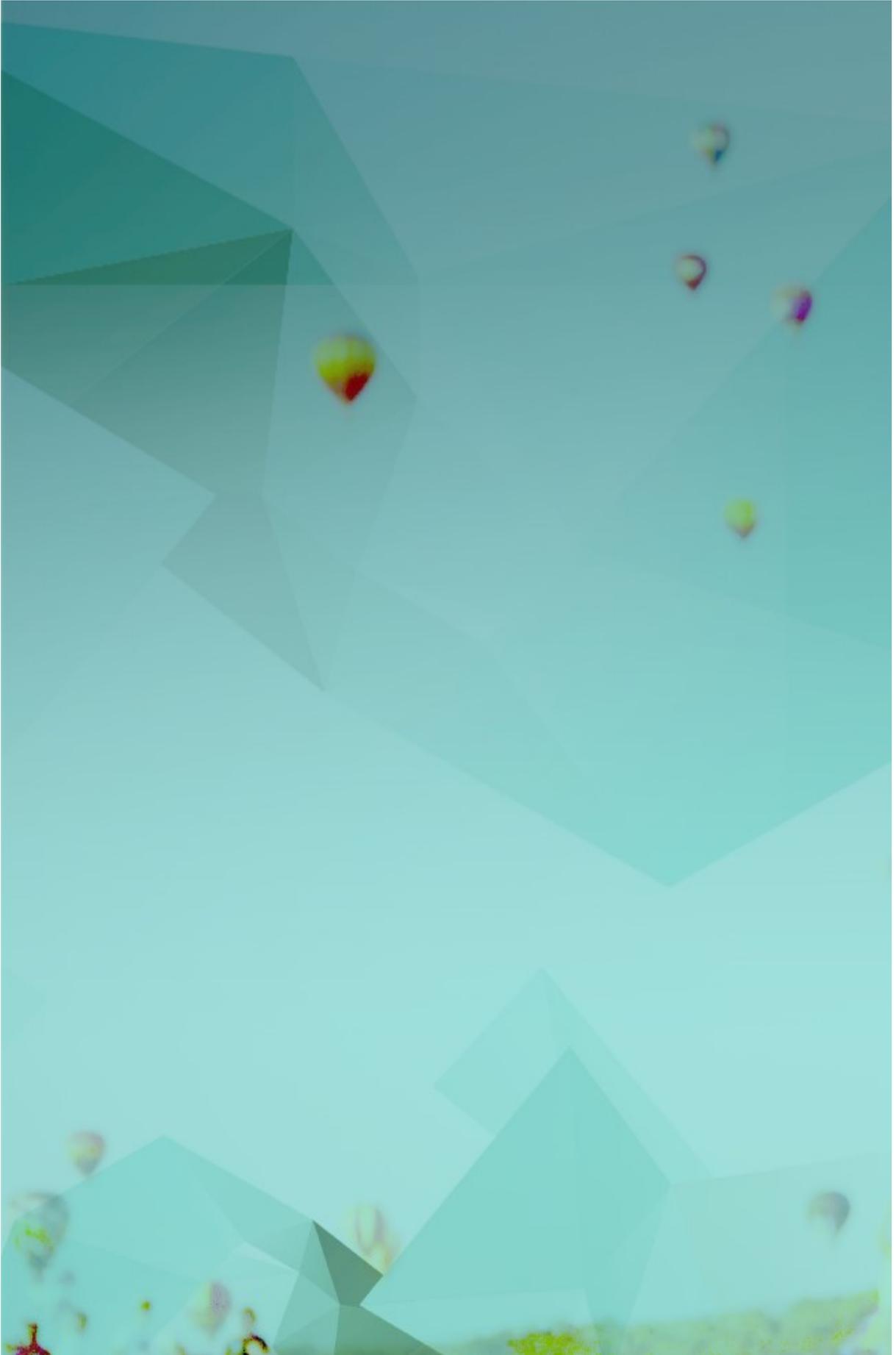
Manchester Triage System (MTS).

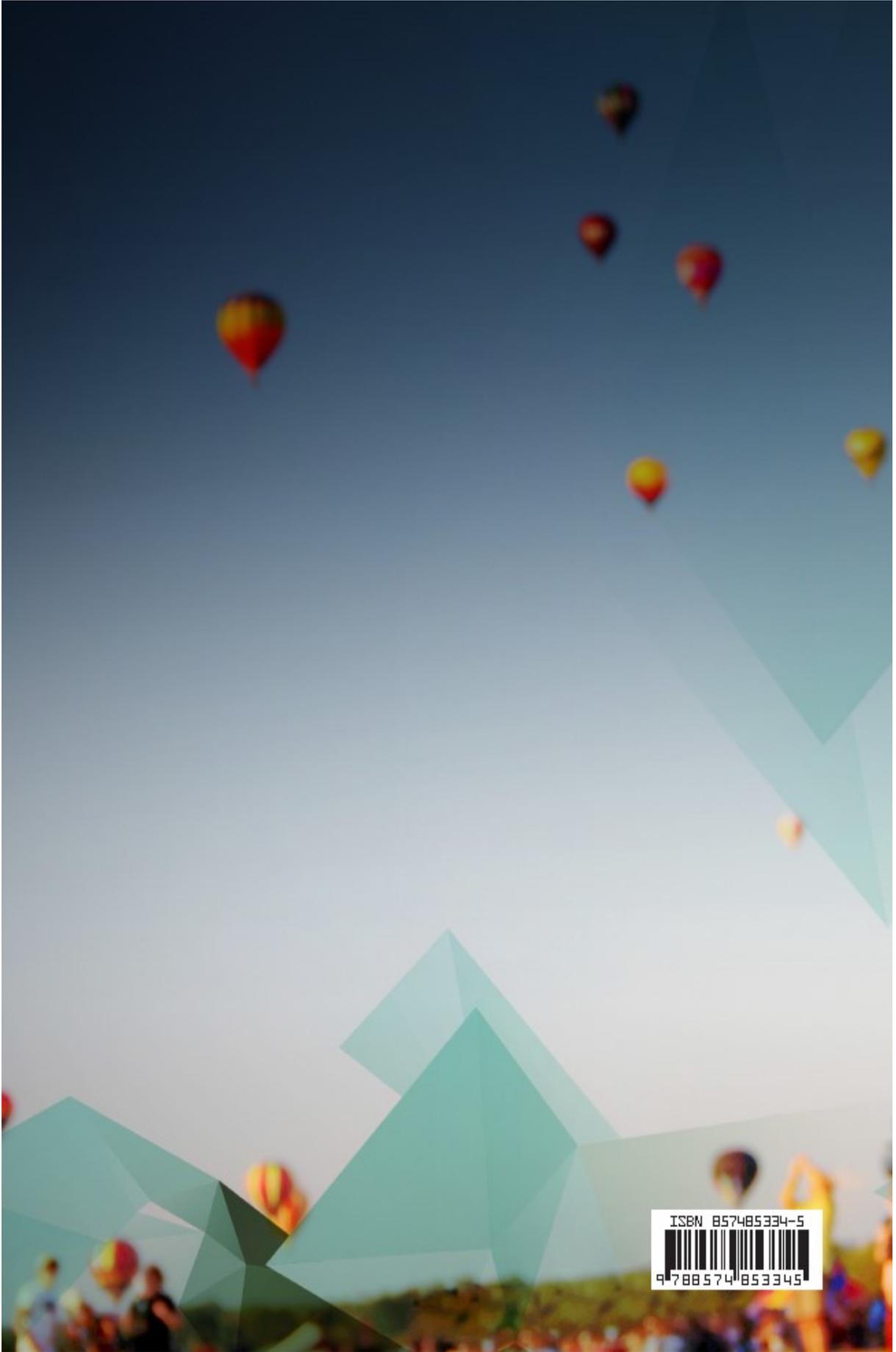
Pediatric Advanced Life Support (PALS).

Revisions to the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)

ROMANI, H. M. *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

SANTOS, M. A. Acolhimento com classificação de risco: um fio guia da administração em emergência. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba v. 6, n. 3, p. 56-69, 2014.





ISBN 857485334-5
9 788574 853345

ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da classificação de risco na emergência pediátrica: utilização de um protocolo

Pesquisador: Jane Cristina Anders

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07454919.1.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.228.022

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado de Tatiana Tarkina Vieira do Curso de Pós Graduação em Programa de Pós graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada por Profa Dra Jane Cristina Anders. É um estudo prospectivo, com previsão de 20 participantes. Como critérios de inclusão temos que os voluntários tem que ter vínculo empregatício na instituição, atuar na Linha de Cuidado na Saúde da Criança e do Adolescente e ter participado da capacitação sobre Classificação de Risco e do Protocolo de Classificação de Risco. Como critérios de exclusão eles não podem estar em período de férias, licença para tratamento de saúde, licença gestação, licença prêmio, e/ou atestado médico no período de coleta de dados.

Os participantes serão submetidos a: uma capacitação sobre Classificação de Risco e deste protocolo, para 20 enfermeiros que atuam na Linha de Cuidado da Criança e do Adolescente da instituição; seguida da aplicação do Protocolo pelas enfermeiras do serviço e a pesquisadora; avaliação da utilização do protocolo e apresentação dos resultados e discussão.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Avaliar a utilização pelo enfermeiro do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, de Fortaleza/Ceará, em um Serviço de Emergência Pediátrica.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-8094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.228.022

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar e analisar os dados sócio demográficos das crianças e/ou adolescentes atendidos em um Serviço de Emergência Pediátrica do Sul do país. Utilizar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, de Fortaleza/Ceará, em um Serviço de Emergência Pediátrica do Sul do país.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos de incômodo ao participante à medida que poderá gerar constrangimento para este em recusar a participação. Há possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, e suas potenciais consequências na vida pessoal e profissional dos participantes. Desse modo, o participante será esclarecido de que sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis pela pesquisa, tampouco junto à instituição da qual é servidor. De qualquer forma será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza.

Benefícios:

Esta pesquisa propõe a utilização de um instrumento científico para a classificar o risco das crianças e/ou adolescentes atendidos pelos enfermeiros do Serviço de Emergência Pediátrica com o objetivo de classificar o paciente de acordo com o grau de urgência, definindo a fila de espera por este critério clínico, e não pela ordem de chegada, trazendo segurança à criança e/ou adolescente que será atendido. Os resultados desta pesquisa serão submetidos à devida aprovação, corrigidos e posteriormente enviados à divulgação como artigo científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO - apresentada e assinada pela subcoordenadora do programa de pós graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina;

DECLARAÇÕES - Declaração do Hospital Universitário , autorizando-a nos termos da resolução 466/12 e 510 /12;

TCLE - Apresenta TCLE que atende todas as exigências da resolução 466/12;

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 3.228.022

CRONOGRAMA - Cronograma previsto para iniciar em Abril de 2019;

ORÇAMENTO - apresentado, dentro das condições para a pesquisa e financiamento próprio; **ROTEIRO DE ENTREVISTA APRESENTADO** - de acordo com os objetivos da pesquisa no projeto;

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1277490.pdf	15/03/2019 18:50:51		Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	15/03/2019 18:50:20	Jane Cristina Anders	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentolivre esclarecido.pdf	15/03/2019 18:03:01	Jane Cristina Anders	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/02/2019 14:57:00	Jane Cristina Anders	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	05/02/2019 14:54:04	Jane Cristina Anders	Aceito
Outros	declaracaohucomitedeetica.pdf	04/02/2019 08:16:36	TATIANA TARKINA VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.228.022

FLORIANOPOLIS, 27 de Março de 2019

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br