

IMPORTÂNCIA DE UM PROTOCOLO PARA O PACIENTE PEDIÁTRICO NA TRIAGEM NO PRONTO ATENDIMENTO

BRAMATTI, Rafaela.¹

BORGES, Gabriele.²

SANTOS, Daiana.³

RESUMO

O cuidado pediátrico por si só já se difere do cuidado ao cliente adulto e em uma situação de urgência e emergência a importância do cuidado rápido e eficaz se acentua. Por vezes, percebe-se uma dificuldade em lidar com urgência e emergência pediátrica por parte dos profissionais de enfermagem e uma possível forma de mudar a situação é o estabelecimento de uma normatização que sirva de base para a atuação assistencial. Objetivo: Demonstrar a importância do conhecimento do profissional enfermeiro e elaborar critérios de avaliação na triagem pediátrica. Metodologia: Para realização do trabalho foi levantado os artigos científicos das bases de dados Scielo e Medline publicados no período de 2010 a 2020 utilizando-se dos descritores e encontrados três. Após o levantamento e seleção de dados, elaborou-se um protocolo para a triagem pediátrica que possa ser utilizado em um Pronto Atendimento Pediátrico no oeste do Paraná.

PALAVRAS-CHAVE: triagem; pediatria; enfermeiro.

1. INTRODUÇÃO

No que diz respeito à assistência prestada ao cliente pediátrico no âmbito da urgência e emergência, inicialmente os tratamentos são os mesmos feitos ao cliente adulto, todavia, existem as modificações sutis que devem ser consideradas. (SANTOS, 2014). A abordagem na triagem pediátrica requer tomadas de decisões importantes, sendo que o ideal seria que os profissionais fossem dotados de conhecimento técnico-científico e agir com responsabilidade e plena certeza de suas ações e os resultados esperados (AMTHAUER, 2016).

No que diz respeito à função de triagem, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 423/2012 normatiza a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos como privativa (ACOSTA; DE ENFERMAGEM 2012) O enfermeiro realiza a triagem tendo em base seus conhecimentos em

¹Mestre, Enfermeira, Docente do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG). Email: rafaelabramatti@hotmail.com.

²Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitario da Fundação Assis Gurgacz (FAG). Email: Gabriele_borges7@hotmail.com.

³Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitario da Fundação Assis Gurgacz (FAG). Email: Daiana_cap@hotmail.com.

fisiopatologia e interpretando os sinais e sintomas do paciente por meio da anamnese e do exame físico. Além disso, o julgamento clínico e tomada de decisão são desafios eminentes aos profissionais da área da saúde, para auxílio à classificação de risco, serviços indicam e utilizam protocolos norteadores do atendimento (MAGALHÃES, 2017).

Há uma série de singularidades ao atendimento da criança em situações agudas, trazendo assim uma emergencial dificuldade às equipes de assistência devido as discrepâncias anatômicas e fisiológicas de cada um (SANTOS, 2014). É necessário lembrar que a criança não é um pequeno adulto, portanto, imprescindível que o profissional enfermeiro apresente além do domínio e conhecimento necessários sobre as fases do desenvolvimento da criança bem como as especificidades que correspondem a cada faixa etária, o olhar empático que pode gerar um ambiente de confiança entre cliente e profissional (COLLET, 2011).

Além disso, analisando o aspecto de superlotação dos serviços de urgência e emergência e segundo, quando a classificação é realizada de forma incorreta e o tempo de espera aumenta, pode acarretar em piora do quadro clínico, complicações e até mesmo o óbito (AMTHAUER, 2015).

Pode-se afirmar que há divergências entre os vários sistemas de triagem utilizados. No Brasil, algumas instituições utilizam de adaptação para seus próprios protocolos. Notavelmente, há falta de um protocolo único para crianças que possibilite a triagem em urgência e emergência. Evidencia-se a necessidade de uma padronização na qual conste aspectos importantes e possa ser utilizado amplamente em todo o território nacional (FELIPE, 2013).

O objetivo deste trabalho norteia-se em destacar a importância da existência de um protocolo de triagem em urgência e emergência focalizados no cuidado pediátrico bem como estabelecer um modelo adequado de triagem pediátrica. Apresentando um modelo de triagem que se aproxime do ideal esperado: a maior eficiência em todos os âmbitos da triagem pediátrica, seguindo os dados relevantes da literatura.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A criança e o cuidado em saúde: um resgate histórico

A criança possui peculiaridades de seu ser inocente, inexperiente, sensível e vulnerável que se sobressaem ao paciente adulto. Araújo (2014), destaca que por muitos anos as crianças eram vistas como adultos em miniatura e no Brasil a realidade não foi diferente, onde as crianças eram tidas como um instrumento para as famílias, agentes passivos e amedrontadas pelos castigos físicos. No período referente ao século XVIII, apesar de uma certa evolução no entendimento das particularidades do ser infantil, alguns números se mantinham assustadores: além dos dados elevados de mortalidade infantil,

a cada cem crianças livres que nasciam, cinco eram abandonadas. A proposta de uma política pública de saúde resultou de processos históricos, lutas e reivindicações entre elas a saúde da criança.

Em 1920 a criança começou a ser entendida como dependente dos trabalhadores da indústria e então as autoridades públicas e privadas demonstraram preocupação com o adoecimento infantil, relacionando ao aumento do número de faltas entre as trabalhadoras nas indústrias. Ainda de acordo com Araújo (2014), nesse contexto começou-se as discussões a respeito do aleitamento materno. Por muito tempo o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (MS) permaneceram interligados, desenvolvendo ações e estratégias para a saúde da criança, tendo sua separação somente em 1953 e então o MS assume a responsabilidade do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Foi em 1970, que o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil foi implantado apresentando como objeto a redução da morbimortalidade entre crianças e mães, iniciando as ações com caráter preventivo. Entre 1980 e 1990 houve muitas conquistas em relação à saúde e foi 13 de julho de 1990, aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que estabelecia amplos direitos de proteção física e psicológica amparados pela família e o Estado e no início dos anos 2000, foi criado e implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

A evolução histórica da participação da criança na sociedade, assim como os cuidados à saúde voltados a essa população, apresentou avanços, tendo como reflexo a redução da mortalidade infantil e implantação de diversas políticas públicas de saúde. Entretanto, como historicamente este fato é recente, muitas ações ainda precisam ser pontuadas, discutidas em profundidade, reorganizadas e pactuadas para que estes avanços possam realmente refletir as reais necessidades da população infantil. A assistência à saúde da criança ainda se encontra em processo de construção, juntamente com assistência à saúde em geral, em um movimento de mudança paradigmática do modelo centrado na patologia e na criança, para um modelo de construção de redes, em prol da inclusão da família e da integralidade do cuidado [...].

Dado as recentes mudanças no cenário de consideração ao ser infantil é compreensível haver dificuldades em lidar com o mesmo e o número diminuído de protocolos que norteiam procedimentos de saúde específicos. No entanto, em concordância com as políticas de humanização hospitalar, que visam aprimorar as relações entre profissional e usuário valorizando a dimensão humana e subjetiva é inaceitável não corroborar para que o avanço continue. E uns dos aspectos que necessitam de aprimoramento é a triagem de crianças no processo de urgência e emergência (TANCCINI, 2014).

2.2 Legislação COFEN: a triagem como serviço privativo do enfermeiro

Já no que diz respeito à função de triagem, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 423/2012 que normatiza a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos resolve, em seu artigo primeiro que:

“[...] a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão” destacando ainda em seu parágrafo único que “para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento”. RESOLUÇÃO COFEN 423/2012

O enfermeiro realizará a triagem tendo em base seus conhecimentos em fisiopatologia e interpretando os sinais e sintomas do paciente por meio da anamnese e do exame físico, envolvendo questionar queixa principal, antecedentes clínicos, hábitos, histórico patológico e afins além de aferir sinais vitais (ACOSTA, 2012). Por razões de não expor completamente o paciente mais do que uma vez e principalmente em razão da triagem ser um procedimento rápido, na grande maioria das vezes o exame físico não é realizado de modo satisfatório pelo profissional enfermeiro, pressupondo que a função será realizada pelo profissional médico, evidenciando a necessidade de uma boa relação e comunicação entre os dois profissionais visando a corroborar entre as atividades.

Com relação a anamnese na criança, os questionamentos não raramente se direcionam apenas ao acompanhante desconsiderando a autonomia da criança. No entanto, a experiência demonstra que atentar-se para o que a criança diz a respeito de sua saúde-doença traz à tona uma maior compreensão dos fatos mesmo nas mais pequenas. Um exemplo disso é pedir para que ela demonstre onde está doendo fazendo o uso do brinquedo terapêutico: um objeto com o qual a criança consegue se familiarizar e “quebrar o gelo” (KOBAYASHI, 2013). Apesar de entendível e incontestável acatar com maior confiança ao que diz o acompanhante, por ser maduro e responsável acima do infante, é considerável ouvir o que o próprio infante tem a dizer, ainda mais ao pensar que esse adulto talvez não tenha presenciado o dia a dia da criança em sua totalidade.

Assim sendo, o enfermeiro tem autonomia para, dentro de suas atribuições profissionais previstas junto aos publicados perante o órgão federal que o representa, estabelecer o ambiente de confiança profissional-cliente-acompanhante portando-se clara e objetivamente para averiguar, interpretar, orientar e principalmente – no que diz respeito ao enfermeiro que realiza a triagem – classificar o paciente (FELIPE, 2015).

2.3 Importância do enfermeiro que realiza a triagem

O julgamento clínico e tomada de decisão são desafios eminentes aos profissionais da área da saúde. Para realizar a classificação de risco, serviços indicam e utilizam tecnologias em saúde, como os protocolos de atendimento para realização do Acolhimento com Classificação de Risco (MAGALHÃES, 2017).

A classificação de pacientes na triagem realizada pelo enfermeiro possibilita a organização dos processos de atendimento, classificar os pacientes nos diferentes níveis de urgência e emergência e concentra-se em estabelecer espaço e tempo de espera do paciente para o atendimento médico. A execução da função é por vezes dificultada: a população busca os serviços de urgência erroneamente, pensando ser uma forma mais prática de atendimento, o que acaba por sobrecarregar o sistema e dificultar a triagem eficaz (DURO, 2010).

Conforme Infantini (2017), a classificação de risco embora em inúmeros momentos visualizada pelo usuário como um atrapalho é na verdade um artifício que visa gerar a melhor e mais adequada assistência possível. Por meio da triagem é que os casos em que o risco de vida é mais eminente são atendidos antes das situações onde não há risco eminente de vida. Dada a importância da função, espera-se do profissional enfermeiro que saiba realizar a triagem de forma efetiva.

Cônsono ao já comentado no tópico anterior, por meio do olhar clínico, anamnese, verificação de sinais vitais e exame físico o enfermeiro cria cominhos para a triagem eficaz. No entanto, dada a quantidade de pacientes aguardando o atendimento e a complexidade de alguns casos em detrimento de outros, muitas vezes essa triagem é feita priorizando a agilidade. Além disso, o enfermeiro é o primeiro contato com o paciente depois que este passa pela recepção, dele se espera três habilidades fundamentais de acordo com Machado (2012): avaliação, conhecimento e intuição, o último se desenvolvendo com experiência, sensibilidade e o uso da observação atentando-se para aspectos verbais, não-verbais, fisiológicos, emocionais tentando prever como será o estado do cliente nos minutos que sucedem a triagem.

Para Amthauer (2015), os riscos implicados numa classificação malfeita podem acarretar em piora do quadro clínico, complicações e até mesmo o óbito. Para Acosta (2012), as decisões podem ser simples ou complexas e apesar da intuição e da subjetividade fazer parte do trabalho, é viável utilizar mecanismos para se basear no processo.

Os sistemas de triagem em serviços de urgência e emergência iniciaram na década de 60 nos EUA, e consistem em escalas avaliadoras da condição clínica. No Brasil utilizamos o termo Acolhimento e Classificação de Risco: pressupõe a identificação das necessidades de tratamento de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (DURO, 2010).

Ainda de acordo com Duro (2010), a eficácia da triagem é relativa à experiência do enfermeiro em especial em lidar com emergências. Cabendo ao enfermeiro garantir a segurança de todos na sala de espera são imprescindíveis habilidades tanto em aspectos técnico-científicos como também em comunicação. Não obstante ao número de pacientes que passam muitas horas aguardando pelo atendimento médico e o estresse que a situação gera, por várias vezes a função ainda requer “jogo de cintura” onde pede-se acalmar o cliente mantendo o nível de confiança e orientando aos casos banais que procurem a Atenção Primária para resolução dos problemas em saúde não urgentes.

Ademais, conhecimento teórico é indispensável sendo cabível ao enfermeiro conhecer particularidades clínicas, cirúrgicas e ainda psicossociais da população bem como o perfil epidemiológico dos seus usuários. Há uma importância incontestável na habilidade do profissional em associar o conhecimento teórico recebido em sua formação acadêmica com a condição encontrada no paciente à sua frente (ACOSTA, 2012). Na prática, o trabalho do enfermeiro requer tomada de decisão fundamentada no julgamento clínico e crítico das queixas e caminhar ao raciocínio lógico que determinará a classificação. Mesmo utilizando-se de critérios de categorização, nada substitui a decisão do enfermeiro.

2.4 Dificuldades na triagem infantil

Há uma série de singularidades, ao atendimento da criança em situações agudas, trazendo assim uma emergencial dificuldade às equipes de assistência devido as discrepâncias anatômicas e fisiológicas de cada um (SANTOS; SOARES, 2014).

Atentando também a falta de experiência de algumas equipes em urgência e emergência, podem trazer sérios riscos à saúde do paciente: a inexperiência, ausência de trato adequado, somadas ao descontrole emocional, que trazem dificuldade de interação com a criança e até mesmo com os acompanhantes da mesma, tornam a assistência menos eficaz. Outrossim, é notório que a desconfiança dificulta a abordagem de uma avaliação sistêmica, rápida e meticulosa podendo até mesmo inibir a colaboração do cliente na realização do seu exame físico e qualquer outro

procedimento que caiba na abordagem. Desse modo, estar preparado para esse tipo de situação é imprescindível (SANTOS; SOARES, 2014).

Destaca-se ainda o processo de que, no cuidado infantil pós trauma sempre deve-se suspeitar de alguma vertente de violência, sendo útil analisar o ambiente social que esse infante se encontra (KLIEGMAN, 2017).

É necessário lembrar que a criança não é um pequeno adulto (COLLET; OLIVEIRA; VIERA, 2011), portanto, imprescindível que o profissional enfermeiro apresente além do domínio e conhecimento necessários sobre as fases do desenvolvimento da criança bem como as especificidades que correspondem a cada faixa etária, o olhar empático que irá convergir na relação de confiança e amizade não apenas acompanhante-profissional, mas indeclinavelmente também ao infante. Tendo em vista que complete ao enfermeiro a avaliação e a classificação de risco do paciente, orientando-se por um protocolo de classificação direcionador (AMTHAUER e CUNHA, 2016).

Neves (2016), apresenta que na assistência à criança, ela não é o único foco de atenção, se faz necessário considerar o seu acompanhante como alvo dessa assistência, que necessita de ser acalmado e ter suas dúvidas e apreensões esclarecidas. Além da figura do acompanhante ter o encargo de acalmar e dar apoio ao infante, é imprescindível que este esteja junto aos cuidados prestados. Muitas orientações necessárias podem ser realizadas nesses momentos quando não envolver o risco eminente de vida.

Ainda de acordo com Neves (2016), a falta da relação humanizada entre o acompanhante e o profissional de saúde desencadeia uma situação estressante para ambos os lados e pode repercutir em aumento da dificuldade das relações de desconfiança e, por conseguinte, piora do quadro de saúde do infante, dado estresse e a ocultação de informações sobre seu estado de saúde. Sendo assim, não se deve deixar de lado nem um nem outro, mas ambos – criança e acompanhante – devem receber a atenção que lhes é devida. Abordar corretamente, explicar sobre o tempo de espera, orientar sobre o cuidado no domicílio entre outras são ações que tranquilizam

2.5 Critérios já existentes de avaliação em triagem pediátrica

Para Santos, Santos e Silva (2020), os serviços de urgência e emergência abrangem uma infinidade de problemas de saúde apresentadas pelo usuário, houve-se então a necessidade de protocolos para que a assistência fosse adequada quanto ao nível de complexidade e tempo hábil para atendimento.

Com relação ao cuidado em pediatria, Magalhães (2017) destaca o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria como instrumento que favorece a caracterização, a avaliação e a classificação do grau de comprometimento da criança e/ou adolescente, com vistas a identificar a prioridade de atendimento no serviço de urgência/emergência. Este instrumento foi elaborado pela Secretaria de Saúde de Fortaleza-Ceará-Brasil, o qual se utiliza de cinco cores para classificar o risco e determinar o tempo previsto para atendimento médico conforme tabela 1. Foi avaliado por juízes em Pediatria e Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), sendo considerado válido quanto ao conteúdo e à aparência.

TABELA 1 – Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA	TEMPO MÁXIMO DE ESPERA
VERMELHO – PRIORIDADE I	ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO
LARANJA	ATENDIMENTO MÉDICO EM ATÉ 15 MINUTOS
AMARELO	ATENDIMENTO MÉDICO EM ATÉ 30 MINUTOS
VERDE	ATENDIMENTO MÉDICO EM ATÉ 60 MINUTOS
AZUL	ATENDIMENTO MÉDICO POR ORDEM DE CHEGADA OU DIRECIONADO À UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA COM GARANTIA DE ATENDIMENTO

FONTE: Magalhães, 2017

Felipe (2015) aponta nove instrumentos para triagem, dentre os quais: Triângulo de Avaliação Pediátrica – uma ferramenta de avaliação rápida que usa apenas pistas visuais e auditivas não necessita de equipamentos e leva de 30-60 segundos; *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* – uma ferramenta na qual o sistema em informática estabelece a triagem de acordo com os dados acrescentados pelo enfermeiro; *Emergency severity index* para pediatria – um algoritmo de triagem de cinco níveis de emergência que baseia-se na acuidade dos problemas de saúde dos pacientes e no

número de recursos que seus cuidados deverão exigir; e *Manchester Triage System* sendo esse último o implantado no Brasil em 2008 pela primeira vez como parte da política de saúde do estado de Minas Gerais.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM), conforme tabela 2, já supracitado, corresponde ao protocolo utilizado no Brasil que possibilita uma avaliação rápida e eficaz determinando o nível de assistência que deverá ser prestada e o máximo de tempo para que o paciente permaneça na espera, é usado para todos os pacientes independentemente da idade AMTHAUER (2015).

TABELA 2 – Sistema de Triagem de Manchester (STM)

SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER	COR ATRIBUÍDA	TEMPO DE ESPERA
EMERGENTE	VERMELHO	AVALIAÇÃO IMEDIATA PELO MÉDICO
MUITO URGENTE	LARANJA	AVALIAÇÃO EM ATÉ 10 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	60 MINUTOS
POUCO URGENTE	VERDE	2 HORAS
NÃO URGENTE	AZUL	4 HORAS

Fonte: AMTHAUER, 2015.

Soares (2014) aponta, no entanto, que existem adaptações necessárias na aplicação dos princípios se tratando da urgência pediátrica: “[...] apesar de útil não é suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade da criança” (SANTOS; SOARES, 2014).

Portanto, pode-se afirmar que há divergências entre os vários sistemas de triagem utilizados e que não há um que se corrobore. No Brasil, algumas instituições até adaptam os seus próprios protocolos. Notavelmente, há falta de um protocolo único para crianças que possibilite a triagem em urgência e emergência. Evidencia-se então a necessidade de uma padronização na qual conste aspectos importantes e possa ser utilizado amplamente em todo o território nacional (FELIPE, 2015).

3. METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa bibliográfica de cunho exploratório-descritiva, para a qual foi levantado os artigos científicos das bases de dados *SciELO* e *Medline* publicados no período de 2010 a 2020, utilizando-se dos descritores: triagem, pediatria, enfermeiro excluindo-se artigos repetidos e de idioma diferente do português.

Após a busca, realizou-se a leitura dos resumos e levantamento dos artigos que se encaixavam nos objetivos do trabalho. Posteriormente, se fez a leitura integral dos artigos que se encaixam nos objetivos do trabalho e análise dos sistemas de triagem apresentados nos artigos, procurando estabelecer a relação vantagem-desvantagem sobre cada um deles.

Foram encontrados na base de dados *SciELO* ao todo 104 artigos relacionados aos descritores: triagem, pediatria e enfermeiro variando para pesquisa com dois descritores: pediatria e triagem; enfermagem e triagem. Após a leitura dos resumos, onze artigos foram selecionados para a leitura integral. Após a leitura integral dos onze artigos, foi elencado para elaboração do trabalho três artigos que se encaixavam nos objetivos do estudo.

Na base de dados *Medline*, utilizando-se dos descritores: triagem, pediatria e enfermeiro não foram encontrados artigos. Quando utilizados os descritores triagem e pediatria, no entanto, foram encontrados seis artigos. Utilizando-se dos descritores triagem e enfermeiro foram encontrados nove artigos. Contudo, dos quinze artigos encontrados nessa plataforma, nenhum foi elencado para elaboração do trabalho devido os descartes de artigos que se repetiam na outra base de dados.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Ao todo, foram encontrados 119 artigos relacionados aos descritores, dos quais, três foram selecionados como relevantes para a elaboração do trabalho em questão. Os quais dispostos na tabela abaixo:

TABELA 3 – Artigos Selecionados:

Título	Autor (es)	Ano de publicação

1. Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência	FERNANDEZ, Ana; BENITO, Javier; MINTEGI, Santiago	2017
2. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica	AMTHAUER, Camila; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da	2016
3. Validade e confiabilidade de um novo sistema de classificação de risco para emergências pediátricas: CLARIPED	MAGALHÃES-BARBOSA, Maria Clara de et al	2018

Fonte: PRÓPRIOS AUTORES.

Os três artigos encontrados refletiram a preocupação em existir uma classificação específica para o cliente infantil que adentra aos serviços de urgência e emergência. No entanto, cada um tratou de sistemas que diferem entre si. Os sistemas de classificação emergidos foram: Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP); Sistema de Triagem de Manchester (STM); e CLARIPED.

O primeiro relaciona a primeira impressão ao olhar para o cliente envolvendo 3 aspectos para determinar o nível de urgência: aparência, trabalho de respiração e circulação de pele (FELIPE, 2015). Possui vantagem de ser rápido e apesar de parecer simples, acolhem sinais e sintomas refletores do estado geral do paciente. O segundo e mais conhecido permite ao enfermeiro classificar mediante queixa principal, história clínica e sinais e sintomas apresentados (AMTHAUER, 2016). Embora seja comumente utilizado independente da faixa etária os autores classificam como moderada sensibilidade e especificidade ao atendimento pediátrico.

Já o terceiro, envolvendo a associação de sinais vitais com discriminadores de urgência, trata-se do CLARIPED, desenvolvido na presente década por uma equipe médica especialista em serviço de emergência pediátrica no Brasil com a finalidade de atender as demandas em urgência e emergência especificamente do cliente pediátrico (MAGALHÃES –BARBOSA, 2016).

Diante dos achados, elencou-se quatro categorias para melhor apresentação e discussão dos dados que serão apresentadas a seguir:

Categoria 1: Níveis de urgência

Dos três, é no STM e no CLARIPED onde há uma classificação em níveis e tempo máximo para atendimento. No TAP, no entanto, o atendimento se faz de imediato a partir de avaliação detectar anormalidades importantes na aparência, respiração ou cor da pele.

Sistema de STM: cinco categorias: emergente (vermelho), avaliação imediata pelo médico; muito urgente (laranja), avaliação em até dez minutos; urgente (amarelo), 60 minutos; pouco urgente (verde), duas horas; e, não urgente (azul), quatro horas (AMTHAUER, 2016).

CLARIPED: risco iminente de vida (vermelho), atendimento imediato; muito urgente (laranja), avaliação em até dez minutos; urgente (amarelo), trinta minutos; pouco urgente (verde), 90 minutos; e, não urgente (azul), três horas (MAGALHÃES-BARBOSA, 2018).

Observando o aspecto de interpretação pessoal do avaliador, o TAP demonstra importância prática na sobrevivência de clientes graves, propiciando o atendimento imediato, porém, a classificação em situações que não demandem atendimento imediato adequa-se melhor aos outros dois sistemas.

Para, os serviços de urgência e emergência abrangem uma infinidade de problemas de saúde apresentadas pelo usuário, houve-se então a necessidade de protocolos para que a assistência fosse adequada quanto ao nível de complexidade e tempo hábil para atendimento definindo o tempo máximo adequado para a espera ao atendimento médico para cada situação (SANTOS, 2020)

No que diz respeito ao assunto, evidencia-se a semelhança entre STM e CLARIPED, embora STM estabeleça um tempo máximo para atendimento médico maior a partir em “amarelo”, “verde” e azul”. Por outro lado, as diferenças de ambos em relação ao TAP se intensificam, caracterizando-o como mais intuitivo que os anteriores.

Relacionando-se os três instrumentos de avaliação, nota-se que ambos têm importância e aplicabilidade notável. No entanto há a necessidade que os profissionais que os utilizem saibam classificar adequadamente, sugerindo a também necessidade que os profissionais sobretudo enfermeiros sejam dotados de conhecimento teórico e prático no assunto, de preferência desde sua graduação.

Categoria 2: Critérios de classificação

O TAP se direciona por pistas somente visuais e auditivas, sem necessidade de equipamentos, por isso, esse sistema de classificação leva menos de um minuto para aferição. Seus três componentes de avaliação refletem o estado fisiológico geral do infante nos seguintes aspectos: a) aparência – tônus, interatividade, consolação, olhar e fala ou choro; b) respiração – sons anormais audíveis, sinais de esforço respiratório, frequência e posição do corpo; e c) cor – circulação e padrão de pele e mucosas.

O STM sujeita-se a adaptações dos locais de implantação e por vezes sua aplicação é definida pelo próprio profissional classificador, porém se mantém norteado com base em queixa principal e sinais e sintomas. O CLARIPED, embora semelhante, por ser recente sua criação e aplicabilidade, não apresenta tantas variações como o STM o faz: em triagem na urgência e emergência, STM traz diversos fluxogramas de atendimento adaptados a crianças.

Ainda que a classificação em urgência e emergência tente se estabelecer de uma forma mais sistemática possível, depende não apenas do sistema classificador, mas também profissional da triagem em aplicar seus conhecimentos teóricos e práticos. Havendo uma importância incontestável na habilidade do profissional em associar o conhecimento teórico recebido em sua formação acadêmica com a condição encontrada no paciente à sua frente (ACOSTA, 2012).

O Conselho Federal de Enfermagem, como já citado demonstra confiabilidade à classificação de risco quando realizada pelo enfermeiro, sendo esse capaz de associar sinais, sintomas e conhecimentos técnico-científicos para que a função possa ser desempenhada. Para tal função, ainda que se aponte pela própria resolução o uso do STM, devido ser internacionalmente reconhecido, acentua-se indispensabilidade em qualificação e atualização.

Classificar ou triar não é “seguir uma tabela do hospital”, indo muito além disso, o é tratar o cliente de forma humanizada, analisando cada caso como único e se responsabilizando pelo tempo de permanência desse cliente nas dependências do setor de pronto atendimento. Entender e conhecer, por exemplo, sinais e sintomas que impliquem em uma complicação clínica grave é responsabilidade do enfermeiro de triagem.

Categoria 3: Viabilidade de utilização

Nos artigos encontrados, TAP e CLARIPED se consideram eficazes e viáveis, embora tenham sido construídos avaliando apenas um sistema unicamente. E o STM avalia como necessária a ampliação de estudos para comprovação de eficácia.

TAP: “No departamento de emergência, o TAP é útil na identificação, na triagem, das crianças que necessitam tratamento mais urgente e estudos recentes avaliaram e comprovaram a eficácia do TAP na identificação também de pacientes com doenças de saúde mais graves e que são eventualmente internados no hospital” (FERNANDEZ, 2017).

CLARIPED: “Em conclusão, este é o primeiro estudo sobre validade e confiabilidade de um sistema de classificação de risco pediátrico no Brasil. O CLARIPED mostrou ser um instrumento

válido e confiável no centro em que foi desenvolvido. Um estudo multicêntrico faz-se necessário para corroborar esses achados preliminares, apontar a necessidade de adaptações para diferentes contextos de saúde e garantir a validade externa do instrumento” (KOBAYASHI, 2013).

STM: “A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, percebe-se a necessidade de uma maior investigação da utilização do Sistema de Triagem de Manchester em pacientes pediátricos. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras que permitam avaliar e validar a aplicabilidade deste instrumento de classificação nos serviços de emergência pediátrica do Brasil, com vistas à realização de investigação quanto à sensibilidade e especificidade desse protocolo de classificação de risco no atendimento pediátrico” (AMTHAUER, 2016).

Atentando a falta de experiência de algumas equipes em urgência e emergência ou dificuldades de alguns profissionais ao lidar com crianças, ausência de trato adequado, somadas ao descontrole emocional do próprio infante refreia-se a abordagem e postura necessária de uma avaliação sistêmica, rápida, correta e meticulosa. Isso pode ocorrer ou somar-se com relação aos acompanhantes preocupados e tornar a assistência menos eficaz (SANTOS, 2014). Portanto é imprescindível que o sistema classificador não somente funcione, como também não atrapalhe. Sendo claro e objetivo possibilitando a autonomia que o Conselho Federal da profissão define, mas também norteando dos processos do profissional enfermeiro de maneira segura.

Ter um sistema norteador, embora preciso, não é a garantia de uma boa triagem. Para tal fim a habilidade do profissional em triagem é requerida. Sabe-se que sem haja uma avaliação supervisora, é difícil definir essa habilidade, mas um artifício que pode ser usado pelos centros de atenção em urgência e emergência é disposição de treinamentos atualizadores e outro artifício, em relação à novos funcionários seria o acompanhamento de um enfermeiro experiente para triar.

No entanto, enfatiza-se: classificação em urgência e emergência é uma vida de mão dupla, onde o sistema classificador serve como guia para a habilidade técnico-científica do enfermeiro.

Categoria 4: Representatividade do acompanhante frente ao cliente infantil

Atentar-se para o que a criança diz a respeito de sua saúde-doença traz à tona uma maior compreensão dos fatos mesmo nas mais pequenas (KOBAYASHI, 2013). É incontestável, porém, acatar com maior confiança ao que diz o acompanhante, por ser maduro e responsável acima do infante.

É importante ouvir o que a criança tem a dizer, ainda mais quando seu acompanhante não esteve com ela durante a apresentação dos primeiros sinais e sintomas envolvidos na queixa principal. Além disso, é um ato de humanização ouvir o que o cliente tem a dizer (BRASIL, 2019), mesmo que este seja infantil. E o bom trato da situação de urgência e emergência infantil pode diminuir incômodos tanto do cliente como seu acompanhante.

Por razões óbvias de entendimento maior, a anamnese de foca em perguntas para o acompanhante. No entanto, quando há suspeita de maus tratos um problema se evidencia a necessidade de o profissional tomar uma postura e linguagem com o infante que promova compreensão e confiança, como estabelece a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Além de classificar quanto ao risco clínico de piora/estagnação do estado do cliente, em pediatria a atenção deve sempre se ampliar. Ampliação do campo de visão essa não apenas no âmbito dos relacionamentos, assim como, ao meio em que a criança vive: níveis socioeconômicos, exposição a violências, acessos à saúde, escola, saneamento básico e afins (COLLET, 2011).

Considerando os artigos analisados, nenhum abordou o âmbito da consulta envolver o familiar. Toda via, há dificuldade em expressar e diferenciar a anamnese do cliente ou acompanhante quando o objetivo é simplificar processos e diminuir o tempo de realização da triagem. No fim dos processos, o que se tem é uma soma de informações cliente-acompanhante que, salvo situações notificadas de violência, raramente se questionam divergências e veracidade dos fatos apresentados no momento da triagem.

Embora a classificação de risco se detenha muitas vezes ao exame físico do cliente e anamnese do cliente pelo olhar do acompanhante, ter-se um olhar mais abrangente no quadro geral da criança e analisar a validade do discurso do acompanhante é viável para que a assistência seja mais promissora.

Proposta de Novo Protocolo:

A partir do estudo realizado foi possível a criação do protocolo abaixo descrito para nortear a triagem na urgência e emergência infantil.

GUIA DE TRIAGEM PEDIÁTRICA EM PRONTO ATENDIMENTO – GTPPA

Identificação:

Queixa Principal criança:

Queixa Principal Acompanhante:

Alergias:

Relação Cça/Acompanhante:

TAP: (sem o uso de aparelhos – 60 SEGUNDOS)

APARÊNCIA GERAL DA CÇA:

- ☐ Cianose
- ☐ Rubor
- ☐ Agitação Psicomotora
- ☐ Catatonia
- ☐ Desidratação
- ☐ Palidez Cutânea
- ☐ Turbor Cutâneo
- ☐ Sudorese
- ☐ Rebaixamento de Nível de Consciência
- ☐ esforço Respiratório
- ☐ Batimentos Asa De Nariz Eficaz
- ☐ Sons Alterados
- ☐ Ofegante

LESÃO EMERGENCIAL APARENTE:

- ☐ Corte
- ☐ Escoriações
- ☐ Fratura
- ☐ Hemorragia

2. SINAIS VITAIS:

T: FR: FC: SpO²: DOR (1-10):

Peso:

Altura:

Internação ou Cirurgia Recente:

Internação ou Cirurgia Desde Nascimento:

Doenças Pré-Existentes:

Medicações Em Uso:

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer de cada análise sobre os três sistemas de triagem pode-se corroborar que crianças não são pequenos adultos. Embasados nesse fato irrefutável é necessário buscar a preparação necessária para que o cliente seja melhor classificado. No que diz respeito ao bom uso do protocolo norteador, é adequado que os enfermeiros classificadores disponham da possibilidade de atualizá-los visando que a padronização gere a melhoria da assistência em urgência e emergência.

É hora de amadurecer visões primárias tornando-se “adultos” no cuidado à “criança”. O pronto atendimento necessita de equipes preparadas a assistir o cliente de maneira cabível. Não é mais só deduzir, é aplicar a teoria na prática e da melhor forma possível. A adaptação deve ser completa: é necessário não apenas um protocolo diferenciado, mas principalmente o tratar profissional especificado, entendendo a criança como um ser completo, deixando conceitos pré-estabelecidos de lado.

Entender que é necessário um novo sistema padrão para o tratamento dessas crianças em urgência e emergência é um começo promissor a essa linha de atuação, modificando a visão e aplicando conhecimentos e conceitos. Observando sempre as particularidades como o crescimento, o desenvolvimento e a imaturidade emocional, para auxílio à admissão no pronto atendimento. E ter um protocolo eficaz é imprescindível para fortalecer o trato adequado profissional-cliente-acompanhante.

Para aplicar esse trabalho em utilidade à sociedade, a sugestão do novo protocolo será feita a um serviço de urgência e emergência pediátrica de um hospital escola na cidade de Cascavel – PR que dispõe de Pronto Atendimento exclusivo para crianças, sendo entregue à enfermeira gerente do setor.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de enfermagem*, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.

AMTHAUER, Camila. Características da utilização do sistema de triagem de Manchester em uma unidade de emergência pediátrica. 2015.

AMTHAUER, Camila; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, 2016.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, Brasília 2006. [Acesso em 06 out 2019]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução COFEN n. 423/2012. **Normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco**. Brasília: COFEN, 2012.

DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing [recurso eletrônico]**. Rio de Janeiro. Vol. 9, n. 3 (2010), f. 1-13, 2010.

FELIPE, G. F. et al. Produção científica sobre triagem e acolhimento com classificação de risco em pediatria. **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 18º, 2015.

FERNANDEZ, Ana; BENITO, Javier; MINTEGI, Santiago. **Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência.** *Jornal de Pediatria*, v. 93, p. 60-67, 2017.

GILBOY, Nicki et al. *Emergency Severity Index (ESI): A triage tool for emergency department.* **Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality**, 2011.

INFANTINI, Uly et al. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA ANÁLISE NA VISÃO DO USUÁRIO. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 9, n. 2, 2017.

KOBAYASHI, Suely Sayury; OLIVEIRA, Roberto Simão; ALVES, Roberta Pascarelli; *et al.* Relato de experiência: utilização do brinquedo terapêutico no preparo da criança para a realização de exame de tomografia computadorizada. *Anais. São Paulo: Hospital Universitário da USP*, 2013.

MACHADO, Suelen. *Desafios e possibilidades da triagem na emergência.* 2012.

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

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica.* 7 edição. Rio de Janeiro: Editora Atlas, 2010.

NEVES, Fernanda Guimarães et al. O trabalho da enfermagem em emergencia pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos et al. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 2, p. 473-479, 2011.

SANTOS, Dayana Kelly Prado dos; SANTOS, Giselly Rodrigues dos; SILVA, Wédja Kathielle dos Santos. Nuances da utilização do protocolo de Manchester pelos enfermeiros dos serviços de pronto atendimento de Maceió. 2020.

TANCCINI, T. Sistema de Manchester: Tempo despendido na classificação de risco, prioridades estabelecidas e desfecho clínico dos pacientes atendidos na maior emergência do sul do país. Ciências da Saúde - UFRGS, Rio Grande do Sul, p.1-61.2014. Disponível em: <
<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/128936>>. Acesso em 06/09/2019.

WARREN, D. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: implementation guidelines for emergency departments. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 3, n. 4, p. 1-30, 2001.

LIVROS:

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. de O.; VIERA C. S. Manual de Enfermagem em Pediatria. Ed. 2. Goiana – GO. 2011. FALTA PAGINA

KLIEGMAN, Robert M. et al. (Ed.). Nelson. Tratado de pediatria. Elsevier Health Sciences, Ed. 20, p. 487, 2017.

SANTOS, MARCIO NERES; SOARES, ODON MELO. Urgência e emergência na prática de enfermagem, p. 1349. Porto Alegre: Moriá, 2014.