

Classificação de risco de crianças e adolescentes: prioridade do atendimento na emergência

Risk classification of children and adolescents: priority of care in the emergency unit
Clasificación de riesgo de niños y adolescentes: prioridad de la atención en la emergencia

Fernanda Jorge Magalhães^I

ORCID: 0000-0003-0104-1528

Francisca Elisângela Teixeira Lima^{II}

ORCID: 0000-0002-7543-6947

Lorena Pinheiro Barbosa^{III}

ORCID: 0000-0002-8006-7517

Fernanda Jorge Guimarães^{III}

ORCID: 0000-0003-4618-3730

Gilvan Ferreira Felipe^{IV}

ORCID: 0000-0003-0674-4396

Karla Maria Carneiro Rolim^V

ORCID: 0000-0002-7914-6939

Essyo Pedro Moreira de Lima^{VI}

ORCID: 0000-0002-6583-0166

^I Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

^{IV} Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, Ceará, Brasil.

^V Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{VI} Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Magalhães FJ, Lima FET, Barbosa LP, Guimarães FJ, Felipe GF, Rolim KMC, et al. Risk classification of children and adolescents: priority of care in the emergency unit. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190679. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0679>

Autor Correspondente:

Fernanda Jorge Magalhães

E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Broca

Submissão: 24-09-2019 Aprovação: 24-05-2020

RESUMO

Objetivo: Avaliar as condições clínicas e o risco de urgência de crianças e adolescentes atendidos em emergência hospitalar, conforme o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. **Métodos:** Estudo transversal, com 200 participantes. Utilizou-se instrumento embasado no Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, usando para análise a razão de chances. **Resultados:** Predominaram pacientes do sexo masculino, na primeira infância, em creche ou que não estudam. Como condições clínicas, verificou-se maior frequência de alterações dos sinais vitais (24,5%) e respiratórias (20,0%), sendo que a maioria (57,5%) negou dor, 35,5% foram classificados como urgentes e 45,0% como não-urgente. Evidenciou-se maior chance de serem classificados como maior urgente (laranja) quando comparados com o não-urgente (azul). **Conclusão:** Concluiu-se que o protocolo utilizado contribuiu para uma classificação eficaz e foi considerado como tecnologia em saúde válida e confiável para a determinação da prioridade de atendimento.

Descritores: Criança; Adolescente; Emergências; Risco; Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the clinical conditions and the risk classification of children and adolescents treated in a hospital emergency, according to the Pediatric Risk Classification Protocol. **Method:** cross-sectional study, with 200 participants, using an instrument based on the Pediatric Risk Classification Protocol and using odds ratio for the analysis. **Results:** most participants were male patients in early childhood and who were or weren't in daycare. As for clinical conditions, most showed changes in vital (24.5%) and respiratory (20.0%) signs, most patients (57.5%) did not present pain; 35.5% were classified as urgent and 45.0% as non-urgent. There was a greater chance of being classified as very urgent (orange) when compared to non-urgent (blue). **Conclusion:** the protocol used contributed to an effective classification and was considered a valid and reliable health technology for determining the priority of care.

Descriptors: Child; Adolescent; Emergency; Risk; Clinical Protocols.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las condiciones clínicas y el riesgo de urgencia de niños y adolescentes atendidos en las emergencias hospitalarias, según el Protocolo de Recepción con Clasificación de Riesgos. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, realizado entre 200 participantes. Se utilizó un instrumento basado en el Protocolo de Recepción con Clasificación de Riesgos en Pediatría, utilizándose la razón de momios (odds ratio) para el análisis. **Resultados:** Predominaron los pacientes varones en la primera infancia, en guarderías y aquellos que no estaban estudiando. Como condiciones clínicas, la frecuencia de las alteraciones en los signos vitales (24,5%) y respiratorios era más grande (20,0%), la mayoría (57,5%) negaba el dolor, el 35,5% se clasificaba como urgente y el 45,0% como no urgente. La probabilidad de ser clasificado como urgente (naranja) era mayor en comparación con no urgente (azul). **Conclusión:** El protocolo utilizado ha contribuido a una clasificación eficaz y se considera una tecnología sanitaria válida y fiable para determinar la prioridad de la atención.

Descriptorios: Niño; Adolescente; Emergencias; Riesgo; Protocolos Clínicos.

INTRODUÇÃO

Diversas são as situações de urgência e emergência pediátrica que necessitam da atuação de uma equipe de profissionais competentes, considerando o conhecimento científico, a habilidade e atitude para o reconhecimento das condições clínicas das crianças e/ou adolescentes, bem como a tomada de decisões emergenciais⁽¹⁻²⁾.

Dentre os impactos e agravos à saúde das crianças e adolescentes nas situações de urgência e emergência, foram observadas a prevalência de doenças agudizadas (febres e doenças respiratórias), causas externas (quedas e acidentes) e até mesmo queixas não urgentes. Tais fatores proporcionam uma maior demanda para o atendimento e superlotação, ocasionando dificuldades organizacionais nos sistemas saúde⁽¹⁻²⁾.

Nessa perspectiva, no cotidiano de atendimento pediátrico em emergências, vários são os fatores que podem facilitar ou propiciar a identificação adequada e fidedigna da prioridade de atendimento. Dentre esses fatores, pode-se referir à utilização de tecnologias em saúde, como o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), confiável e favorável à classificação de risco de crianças e adolescentes a partir de suas manifestações e queixas clínicas, referidas por elas próprias e/ou pelo seu responsável, visando estabelecer a prioridade de atendimento⁽³⁾.

Assim sendo, a alta prevalência de atendimentos pediátricos em emergência pode ser decorrente de causas evitáveis ou não e, por vezes, consideradas pelos profissionais da saúde como condições clínicas urgentes ou não urgentes, as quais podem gerar superlotação e aumento dos riscos de complicações e morte das crianças e adolescentes⁽⁴⁾.

Para isso, a proposta do ACCR deve ser inserida como uma diretriz e estratégia institucional que ainda carece de investimentos, principalmente, quanto à estrutura física, à equipe multiprofissional capacitada para a identificação da prioridade de atendimento, segundo o grau de gravidade e o risco de complicações dos usuários nas filas de espera nas unidades de saúde⁽⁵⁾.

Como exemplo desse tipo de tecnologia, é importante referir o Protocolo de ACCR em Pediatria, o qual, em estudo recente, foi evidenciado como válido e confiável para classificar o risco de crianças e adolescentes por profissionais da saúde, como enfermeiros, independentemente da necessidade do treinamento. Esse protocolo utiliza cinco prioridades, com cores correspondentes, para caracterizar o grau de comprometimento clínico das crianças e adolescentes: Prioridade 1 (vermelho) – Emergência com atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro; Prioridade 2 (laranja) – Maior urgência com atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pelo(a) enfermeiro(a) a cada 15 minutos; Prioridade 3 (amarelo) – Urgência com avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 30 minutos; Prioridade 4 (verde) – Menor urgência com avaliação médica em até 60 minutos ou reavaliação pelo(a) enfermeiro(a) a cada 60 minutos; e Prioridade 5 (azul) – Não urgência com avaliação médica no mesmo dia ou encaminhado para atenção primária com garantia de atendimento⁽⁶⁾.

Portanto, o estudo se constituiu em avaliar o risco de maior urgência da criança e adolescente em atendimento emergencial, por meio do Protocolo de ACCR em Pediatria⁽⁷⁾, que prevê as

condições clínicas de urgência, maior urgência, menor urgência e não-urgência.

Desse modo, ressalta-se como justificativa para a presente pesquisa a importância de se conhecer e identificar as condições clínicas das crianças e adolescentes atendidos em unidade de emergência, bem como avaliar o seu risco e o grau de gravidade na apresentação das condições clínicas.

Concernente à relevância, busca-se corroborar as evidências da prática clínica, quanto à necessidade de organização do fluxo de atendimento de criança e adolescentes na atenção primária e serviços de emergência. Além disso, poderá estimular outros estudos e a elaboração de políticas e planos para atendimentos eficazes nas emergências pediátricas, reduzir complicações nas filas de espera nos hospitais, além de diminuir gastos sanitários.

OBJETIVO

Avaliar as condições clínicas e o risco de urgência de crianças e adolescentes atendidos na emergência hospitalar, conforme o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, conforme Resolução 466/2012⁽⁸⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Desenho e local do estudo

Trata-se de estudo transversal, utilizando-se as diretrizes para relatos de pesquisa de implementação e operacional, os quais incluem pesquisas de implementação, de modo a ampliar o acesso aos produtos e às estratégias de saúde que já estão disponíveis e demonstrados que funcionam, mas que estão fora do alcance de muitas das pessoas que deles poderiam se beneficiar. Baseia-se na identificação de problemas práticos⁽⁹⁾. O estudo foi realizado em um hospital pediátrico, nível secundário, do município de Fortaleza, Ceará, Brasil, por meio da avaliação clínica direcionada da criança e/ou adolescente atendido na unidade de emergência pediátrica.

População e amostra

A população foi constituída por crianças e adolescentes que buscaram atendimento na referida instituição. Houve uma média de 8.034 atendimentos mensais, no período de junho de 2014 a julho de 2015, na emergência pediátrica, disponibilizado pelo Serviço de Atendimento Médico e Estatístico da Instituição.

A amostra foi determinada pelo cálculo amostral de estudos transversais de população finita, resultando em 200 crianças e/ou adolescentes, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: buscar atendimento no referido hospital e estar com um acompanhante. Foram excluídas crianças e/ou adolescentes que buscaram atendimento eletivo com médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.

Coleta de dados

O período de coleta de dados transcorreu por cerca de 3 semanas, nos horários diurnos, em uma sala privativa para realização da avaliação e classificação de risco das crianças e/ou dos adolescentes em situação de urgência e emergência, individualmente. Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento de classificação de risco baseado no Protocolo de ACCR em Pediatria, contendo as seguintes variáveis: nome do paciente, idade, sexo, manifestações clínicas, sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial), pontuação na Escala de Coma de Glasgow, pontuação na escala de dor em pediatria, porcentagem de avaliação da superfície corporal queimada e classificação de risco. O tempo gasto na avaliação de cada criança foi de aproximadamente três minutos.

Análise dos resultados

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel*, em seguida transcritos e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0, e mediante estatística descritiva, por meio de frequência absoluta, relativa, média e desvios-padrão.

Na análise univariada, as variáveis quantitativas foram averiguadas empregando-se medidas de análise bivariada (Razão de Chance de prevalência ou odds ratio), que considerou o nível de significância de 0,05.

Para a análise, foi utilizada a classificação de risco do mais urgente para o menos urgente, como, por exemplo: emergência (prioridade 1- vermelho), maior urgência (prioridade 2- laranja), urgência (prioridade 3- amarelo), menor urgência (prioridade 4- verde) e ausência de urgência (prioridade 5- azul) *versus* não-urgência, urgente *versus* não-urgência e menor urgência *versus* não-urgência. Portanto, utilizaram-se as probabilidades de um evento em cada um dos grupos, uma razão de chance de 1 indica que a condição ou evento sob estudo é igualmente provável de ocorrer nos dois grupos. Uma razão de chances maior do que 1 indica que a condição ou evento tem maior probabilidade de ocorrer no primeiro grupo.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes atendidos na emergência do hospital caracterizaram 105 crianças e 95 adolescentes, predominando sexo masculino (51,0%). A faixa etária prevalente foi de 50,2 meses (aproximadamente quatro anos), como mediana de 26,5 meses (2 anos) e desvio padrão médio de 40,3 meses (3 anos). A maioria não estudava ou estava em creche, devido à faixa-etária, caracterizada por 105 crianças (52,5%).

As condições clínicas das crianças e adolescentes predominantes foram: alterações dos sinais vitais (24,5%), com destaque para hipertermia, seguida de alteração respiratória (20,0%) e alterações hidroeletrólíticas (17,5%), conforme apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Condições clínicas agrupadas pelos Discriminadores de Classificação de Risco preconizados no Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Discriminadores de Classificação de Risco	Laranja		Amarelo		Verde		Azul		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alteração dos Sinais Vitais	4	8,2	23	46,9	19	38,8	3	6,1	49	24,5
Alteração Hidroeletrólítica	0	0	3	8,6	19	54,3	13	37,1	35	17,5
Alteração Respiratória	0	0	5	12,5	21	52,5	14	35,0	40	20,0
Dor	0	0	0	0	1	50,0	1	50,0	2	1
Dor Abdominal	0	0	0	0	1	5,9	16	94,1	17	8,5
Dor de Cabeça (Cefaleia)	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,5
Queimadura e/ou Lesões de Pele	0	0	2	6,3	5	15,6	25	78,1	32	16
Trauma craniano	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,5
Situações Especiais	2	8,6	0	0	3	13,1	18	78,3	23	11,5
Total	6	3,0	33	16,5	71	35,5	90	45,0	200	100

Tabela 2 – Mensuração da dor do paciente, por meio da escala numérica da dor, preconizados no Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Escala de Dor	n	%
Sem dor (zero)	115	57,5
Dor Leve (1-3/10)	22	11,0
Dor Moderada (4-7/10)	51	25,5
Dor intensa (8-10/10)	12	6,0
Total	200	100

No que se refere ao grau de comprometimento, 45,0% das crianças e/ou adolescentes foram classificados como não-urgentes (azul), enquanto 35,5% foram classificados como menor urgência (verde). Nesse sentido, é reforçada a ideia de que há uma alta frequência do perfil clínico de pacientes considerados como não urgente e de menor urgência que chegam à unidade de emergência pediátrica, cujos pacientes poderiam ser atendidos nos serviços da atenção primária em saúde.

As alterações respiratórias mais presentes foram tosse produtiva, tosse seca e coriza, sendo consideradas por meio do Protocolo de ACCR em pediatria como menor urgência (verde) ou não-urgentes (azul), cujas frequência foram 52,5% e 35,0%, respectivamente.

Na avaliação, a dor referida pelos pacientes pediátricos e/ou por seus responsáveis ressalta-se como um desafio crescente da equipe de saúde para um cuidado integral e humanizado, principalmente, devido ao pouco uso da escala de dor facial ou numérica na prática clínica junto à criança ou ao adolescente que busca atendimento com queixa principal de dor.

Na Tabela 2, apresentam-se as principais categorias de determinação da dor atribuída pelo enfermeiro classificador.

Na mensuração da dor, constatou-se que 57,5% das crianças e/ou adolescentes em situação de urgência e emergência foram classificados como sem dor, conforme a escala analógica de dor, preconizada pelo Protocolo de ACCR em Pediatria, o que contribui para uma apresentação da alta prevalência de pacientes não-urgentes.

No que se refere à razão de chance do risco de maior urgência ou da ocorrência do grau de comprometimento clínico das crianças e/ou adolescentes atendidos na emergência, foi possível constatar que 55,0% eram classificadas como urgentes (laranja, amarelo e verde) quando comparados aos 40,0% dos não-urgentes (azul), conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3 – Razão de chance de ocorrência do discriminador como urgente (laranja, amarelo e verde) em proporção ao não urgente (azul), Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Condições clínicas de saúde/ Grau de complicações	Laranja x Azul RC*; IC* (95%)	Amarelo x Azul RC*; IC* (95%)	Verde x Azul RC*; IC* (95%)
Alterações dos SSVV*	57,3 (7,4 – 445,7) 1	65,9 (16,7 – 259,4) 1	8,8 (2,5 – 31,6) 1
Alterações Hidroeletrólíticas	1,2 (1,1 – 1,3) 1	0,6 (0,2 – 2,2) 1	2,1 (0,96 – 4,6) 1
Alterações Respiratórias	1,2 (1,1 – 1,3) 1	0,9 (0,3 – 2,9) 1	2,2 (1,0 – 4,7) 1
Dor	1,0 (0,9 – 1,0) 1	1,0 (0,9 – 1,0) 1	3,8 (0,4 – 37,6) 1
Dor Abdominal	1,2 (1,1 – 1,3) 1	1,2 (1,1 – 1,3) 1	0,06 (0,08 – 0,5) 1
Dor de cabeça	0 1	0 1	0,9 (0,96 – 1,0) 1
Queimadura e/ou Lesões de pele	1,4 (1,2 – 1,6) 1	0,08 (0,01 – 0,6) 1	0,1 (0,5 – 0,4) 1
Trauma Craniano	0 1	0 1	0,98 (0,96 – 1,0) 1
Situações Especiais	2,4 (0,4 – 14,7) 1	0,15 (0,2 – 1,2) 1	2,1 (0,6 – 0,7) 1

Nota: * SSVV – Sinais Vitais; RC – Razão de Chance; IC – Índice de Confiança.

Acerca da razão de chance de ocorrência de um determinado discriminador clínico em saúde de ser urgente (laranja, verde e amarelo) quando comparado com o não-urgente (azul), ressaltou-se que a amostra do estudo apresentou os seguintes fatores: há uma proporção de 57,3 vezes mais chance das crianças e/ou adolescentes atendidas com queixa de alterações dos sinais vitais serem classificadas como laranja quando comparado com o azul e 65,9 vezes mais chances de serem classificadas como amarelo ao comparar com o azul. Isso demonstra que, quando a criança apresenta uma condição clínica associada à alteração dos sinais vitais, ela tem mais chance de ser classificada como urgente do que não-urgente.

Outro destaque quanto à razão de chance, ao grau de comprometimento e ao risco de morte das crianças e/ou adolescentes em situação de urgência e emergência refere-se à condição clínica denominada de Situações Especiais. Nesta, ressaltam-se os recém-nascidos nos primeiros 7 a 28 dias de vida, as condições de deficiência física ou mental ou até as relacionadas aos maus tratos em crianças e/ou adolescentes.

Diante disso, constatou-se que há uma razão de 2,4 vezes mais chances de classificar a criança e/ou adolescente como verde (menor urgente) quando se apresenta alguma situação especial em proporção à classificação como azul (não-urgente).

DISCUSSÃO

O elevado número de atendimento de crianças e adolescentes com condição clínica com grau de comprometimento de menor urgência ou não urgência corrobora outros estudos que refletem as mesmas características de tais indivíduos que buscam atendimento em unidades de emergência hospitalar^(4,10).

Essas condições clínicas, também, demonstram o perfil clínico dos participantes do estudo e da região em que estão inseridos, além da influência do período da coleta de dados, que ocorreu entre setembro e outubro, tempo em que há alterações climáticas e sazonais na região nordeste denominadas de “Período da Chuva do Caju”. Essa época traz consigo mudanças bruscas de temperatura com frequentes alterações respiratórias e sinais gripais, tais como rinite alérgica, asma, conjuntivite alérgica e febre⁽¹¹⁾.

As condições clínicas das crianças e adolescentes de maior frequência foram distúrbios respiratórios (como, por exemplo, resfriados comuns com tosse e febre baixa, faringoamigdalites

com dores de garganta, otites, sinusites e pneumonias com desconforto respiratório intenso), corroborando um estudo realizado em Minas Gerais – Brasil, o qual constatou que a principal etiologia de demanda por consultas e internações na faixa-etária pediátrica, principalmente em crianças menores de cinco anos, foi viral, predominando o vírus sincicial respiratório e o vírus da influenza A⁽¹²⁾.

As condições ambientais e de habitação, também, podem ser consideradas fatores potencializadores para o elevado

número de casos de alterações respiratórias, como infecções respiratórias agudas, tuberculose e asma, as quais apresentam comprovação, na literatura, de relação com tais condições. Por isso, são avaliados como um dos grandes problemas de saúde pública encontrados em escala global⁽¹³⁾.

Além disso, a idade, do mesmo modo, pode evidenciar uma particularidade capaz de favorecer o predomínio de doenças respiratórias, já que o contato de crianças menores de cinco anos com portadores de microrganismos ou componentes químicos, trazidos dos vários núcleos familiares, pode ser um agravante na disseminação de infecções do trato respiratório e, consequente, aumento das taxas de internação hospitalar⁽¹³⁾.

Há importância da implantação do acolhimento com classificação de risco, pois propicia maior acessibilidade aos serviços de emergência, prioriza os casos mais graves, sendo resolutivo quando a situação exige. Além disso, promove menor agravo à saúde dos usuários, pois facilita a classificação e orientação do fluxo de pacientes, em que o mais grave é priorizado em relação ao menos grave. Então, os protocolos de triagem e de classificação de risco promovem uma melhor reorganização dos serviços de emergência, cujo principal objetivo é o de garantir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de Universalidade, Resolutividade e Humanização do atendimento prestado⁽¹⁴⁾.

O excedente nas emergências ocorre, também, devido aos usuários considerarem esses setores como uma fácil porta de entrada, pois oferecem maiores recursos, como consultas, exames laboratoriais, remédios, exames de imagem, dentre outros. A procura por esses serviços de forma errônea compromete o andamento das unidades de emergências, sendo que isso acontece, principalmente, por falta de uma maior orientação da população e pela insuficiente estruturação das redes de atenção básica⁽¹⁵⁾.

Esses resultados demonstram a eficiência da classificação no que concerne à estratificação do grau de comprometimento, o que depende, também, da interação entre paciente e enfermeiro, de modo que possa repassar com clareza e detalhe todas as queixas clínicas. Para isso, deve-se ter um ambiente adequado e um bom acolhimento⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Evidencia-se que muitos estudos demonstram a confiabilidade e segurança da classificação de risco, pois contribuíram e contribuem com a melhoria da qualidade, desde a admissão do paciente nas unidades até o encaminhamento responsável dos casos menos urgente, garantindo um atendimento de acordo com a necessidade⁽¹⁸⁾.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, destaca-se a dificuldade de adesão dos enfermeiros em valorizar e aderir ao uso do Protocolo de ACCR em Pediatria como tecnologia em saúde válida e confiável, para favorecer uma classificação de risco fidedigna e segura frente às condições clínicas das crianças e/ou adolescentes em situação de urgência e emergência. Ademais, salienta-se o perfil clínico das crianças e adolescentes atendidos na Instituição do estudo, em que há uma prevalência de crianças consideradas não urgentes, não havendo nenhum caso, durante o período da coleta de dados, de emergência (cor vermelha).

Outra limitação do estudo se refere à realização da validação do Protocolo de ACCR em Pediatria em apenas uma unidade de urgência e emergência da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. Além disso, ressalta-se a dificuldade de envolvimento dos gestores em saúde com a implementação do processo de ACCR nas portas de entrada do SUS, já que, frequentemente, havia redução de recursos humanos, com apenas um(a) enfermeiro(a) na escala de 12 horas e falta de material adequado para realização do exame físico, visando um julgamento clínico criterioso para a determinação da classificação de risco de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência e emergência.

Sendo assim, sugere-se que outros estudos sejam realizados em uma escala mais ampliada, pois o seu desenho transversal atua de forma positiva no direcionamento da conduta por parte dos profissionais enfermeiros classificadores.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados aqui apresentados contribuem para a reflexão sobre o uso do Protocolo de ACCR como uma tecnologia em saúde confiável e válida na prática clínica em unidades de emergência. Evidenciam que sua utilização contribui para que o enfermeiro realize uma avaliação criteriosa com estratificação adequada e coerente frente à necessidade de atendimento prioritário a partir da condição clínica da criança e/ou adolescente. Sua utilização pode configurar uma estratégia apropriada e segura, possibilitando ao enfermeiro realizar um direcionamento adequado para a determinação da prioridade de atendimento de crianças e adolescentes em situações de urgência e emergência pediátrica. Dessa forma, o atendimento torna-se mais racional, integral, resolutivo, como preconizado pelos princípios do SUS.

CONCLUSÕES

Os resultados do estudo levam às seguintes conclusões: (1) Foi possível apresentar uma avaliação das condições clínicas frente ao risco de complicações, grau de comprometimento ou risco de morte de crianças e/ou adolescentes atendidos em unidade de urgência e emergência, bem como a comparação e a razão de chance de serem classificados conforme as condições clínicas e a proporção de ser considerado como maior urgência (laranja), urgência (amarelo), menor urgência (verde ou não-urgente (azul)); (2) Prevaleceu crianças e/ou adolescentes do sexo masculino, na primeira infância (média de 4 anos) e que ainda estavam em creche ou não estudavam; (3) Quanto às condições clínicas das crianças e/ou adolescentes atendidos na emergência, houve uma predominância de alterações dos sinais vitais e alterações respiratórias, sendo a maioria classificada como menor urgência (verde) ou não-urgente (azul); (4) Quanto à avaliação da dor, predominaram crianças sem dor, o que reforça o perfil de crianças que apresentaram condições clínicas para serem atendidas em unidade de atenção primária em saúde; (5) Quanto à razão de chance e ao risco de complicações e morte das crianças e/ou adolescentes nas filas de espera para atendimento de urgência e emergência, foi possível constatar que as condições clínicas de alterações de sinais vitais tinham maior chance de serem classificadas como urgente (laranja, amarelo e verde) do que não-urgente (azul). Outro destaque é a condição clínica denominada de situações especiais em que estas possuem maior chance de serem classificadas como urgente (laranja, amarelo e verde) do que não urgente (azul), o que demonstra o poder de estratificação e a chance que o protocolo apresenta frente às condições de maior gravidade e ao risco de complicações e morte.

O estudo ressalta a importância da classificação de risco, realizada por enfermeiros. Estes podem se utilizar de tecnologias em saúde válidas e confiáveis para a determinação adequada, segura e fidedigna da prioridade de atendimento, frente à chance e à apresentação das condições clínicas em saúde de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência e emergência. Para isso, torna-se fundamental que o enfermeiro se aproprie do perfil clínico da comunidade que atende, bem como integre um conhecimento, habilidade e atitude frente à apresentação da condição clínica do usuário de saúde. Nesse sentido, pode possibilitar a prevenção de complicações, com risco de morte nas filas de espera, bem como viabilizar um direcionamento adequado para uma avaliação rápida e eficaz, o que possibilita a recuperação da saúde com o envolvimento e acolhimento da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro AP, Souza ER, Sousa CAM, Freitas MG. Accidental falls in urgent and emergency care: results of the 2014 VIVA Survey. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2016;21(12):3719-27. doi: 10.1590/1413-812320152112.18452016
2. Lima LMB, Almeida NMGS. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. *Saúde Debate*. 2013;37(96):51-61. doi: 10.1590/S0103-11042013000100007
3. Felipe GF, Silva VM, Cardoso MVLM, Lima FE, Magalhães FJ. Care protocols with risk classification in pediatrics: inter-observer reliability. In: *Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*; 2015 Junho, 01-03; Fortaleza, Brasil. ABEn: Associação Brasileira de Enfermagem; 2015.
4. Vale APF, Silva VR, Mendonça BOM, Barros EJ, Mota RM, Oliveira VCC, et al. Caracterização do perfil de atendimento no serviço de emergência pediátrica de um hospital no interior de Goiás. *Rev Fac Montes Belos (FMB)*. [Internet] 2015. [cited 2017 Aug 31];8(4):32-202. Available from: <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/178/167>

5. Inoue, KC, Murasaki ACY, Bellucci Jr JA, Rossi RM, Martinez YDE, Matsuda LM. User embracement with risk rating: evaluation of the structure, process, and result. *Rev Min Enferm.* 2015;19(1):13-20. doi: 10.5935/1415-2762.20150002
6. Magalhães FJ, Lima FET, Almeida PC, Ximenes LB, Chaves CMP. Care protocols with risk classification in pediatrics: inter-observer reliability. *Acta Paul Enferm.* 2017;30:262-270. doi: 10.1590/1982-0194201700040
7. Magalhães FJ. Validação na prática clínica do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria [Tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2016.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.* Brasília, 2013.
9. Referencial da rede EQUATOR. Diretrizes para relatos de pesquisa de implementação e operacional [Internet]. 2019 [cited 2017 Aug 31]. Available from: <http://www.equator-network.org/>
10. Coelho CFC, Stein AT. Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2017;18(2):112-20. doi: 10.21722/rbps.v18i2.15091
11. Bezerra ALQ, Queiroz ES, Weber J, Munari DB. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Eletron Enferm.* 2012;14(3):618-25. doi: 10.5216/ree.v14i3.12771
12. Monteiro CC, Campos LN, Dezanet EBF. Monitoring respiratory virus infection in the metropolitan area of Belo Horizonte, Brazil, 2011-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016;25(2):233-242. doi: 10.5123/s1679-49742016000200002
13. Firdaus G, Ahmad A. Relationship between housing and health: a cross-sectional study of an urban Centre of India. *Indoor Built Environ.* 2013;22(3):498-507. doi: 10.1177/1420326X12443846
14. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertocello KCG. Classificação de Risco na Emergência: Avaliação da Equipe de Enfermagem. *Rev Enferm UERJ [Internet].* 2011 [cited 2017 Jan 13];19(1):84-48. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>
15. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. *Cad Saúde Desenvol [Internet].* 2013 [cited 2017 Jan 13];2(2):25-44. Available from: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosauadedesenvolvimento/article/view/197/101>
16. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triage de Manchester. *Rev Med Minas Gerais [Internet].* 2012 [cited 2017 Jan 13];22(2):188-98. Available from: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>
17. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: a integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2015 [cited 2017 Jan 13];49(1):144-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf
18. Santos MA. Acolhimento com classificação de risco: um fio guia da administração em emergência. *Rev Saúde Desenvol [Internet].* 2014 [cited 2017 Jan 13];6(3):56-69. Available from: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/323>