



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESSYO PEDRO MOREIRA DE LIMA

RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
EMERGÊNCIA

FORTALEZA

2019

ESSYO PEDRO MOREIRA DE LIMA

**RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L697r Lima, Essyo Pedro Moreira.
Relação das características sociodemográficas e clínicas de crianças e adolescentes com a classificação de risco na emergência / Essyo Pedro Moreira Lima. – 2019.
67 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Francisca Elisângela Teixeira Lima.
1. Pediatria. 2. Classificação de Risco. 3. Tecnologia em Saúde. 4. Protocolos Clínicos. 5. Prática Clínica Baseada em Evidências. I. Título.

CDD 610.73

ESSYO PEDRO MOREIRA DE LIMA

**RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Fernanda Jorge Magalhães (Membro efetivo)

Centro Universitário FAMETRO (UNIFAMETRO)

Prof. Dr. Paulo Cesar de Almeida (Membro efetivo)

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dr.^a Gilvan Ferreira Felipe (Membro suplente)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Cearense de Apoio ao
Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar as características sociodemográficas e clínicas de crianças e adolescentes relacionando-as com suas classificações de risco em emergência pediátrica, segundo o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria. Estudo transversal de dados secundários, coletados no estudo de Magalhães (2016) sobre validação na prática clínica do protocolo de ACCR em pediatria em uma unidade de urgência e emergência de um hospital municipal de pediatria, localizado em Fortaleza-Ceará. Foram utilizados 429 formulários de classificação de risco de crianças e adolescentes atendidos nessa unidade em 2016. Dados organizados e analisados pelo SPSS 20.0, cuja análise ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, média e desvio-padrão. Como testes estatísticos para comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a classificação de risco foram utilizados o Teste Qui-Quadrado (Associação Linear por Linear) e compararam-se as médias das variáveis quantitativas pelo teste ANOVA. Como resultados predominaram crianças com até cinco anos de idade (55,9%), em especial lactente (30,0%). As crianças tiveram as seguintes classificações de risco: prioridade I - vermelho (nenhum caso, pois as crianças com quadro de emergência clínica já vão para atendimento médico imediato na sala de observação); prioridade II - laranja (2,0%); prioridade III - amarelo (20%); prioridade IV - verde (31,2%); prioridade V - azul (46,8%). Os discriminadores predominantes foram: alteração respiratória (29,2%) e alteração dos sinais vitais (23,5%). A febre foi a manifestação clínica de maior incidência (48,7%), principalmente nas prioridades IV (41,7%) e III (33,4%). A maior parte dos pacientes atendidos na emergência pediátrica foi classificada na prioridade V. Assim, é necessário que os profissionais de saúde promovam estratégias educativas para orientar e sensibilizar a população quanto ao ACCR e aos quadros clínicos da criança de atendimento emergencial, evitando a superlotação das unidades de emergência de maneira indevida, favorecendo o atendimento imediato às crianças que se encontram em situação de urgência ou emergência.

Palavras-chave: Pediatria; Classificação de Risco; Enfermagem; Tecnologia em Saúde; Protocolos Clínicos, Prática Clínica Baseada em Evidências.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco

MS – Ministério da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

MTS – *Manchester Triage System*

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

SAME – Serviço de Atendimento Médico e Estatístico

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

CNS – Conselho Nacional de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das crianças e adolescentes atendidos na emergência pediátrica quanto às características sociodemográficas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019	24
Tabela 2 – Distribuição das crianças e adolescentes conforme suas características sociodemográficas segundo a Classificação de Risco do Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019	25
Tabela 3 – Distribuição das crianças e adolescentes atendidos na emergência pediátrica conforme os discriminadores de saúde presentes no Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.....	27
Tabela 4 – Distribuição dos discriminadores preconizados no Protocolo de ACCR em Pediatria segundo a Classificação de Risco do Protocolo. Fortaleza/CE-Brasil, 2019.....	28
Tabela 5 – Distribuição das variáveis sociodemográficas preconizadas no Protocolo de ACCR em Pediatria segundo a Classificação de Risco do Protocolo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.	30
Tabela 6 - Comparações múltiplas entre os níveis de prioridade na classificação de risco obtida a partir da comparação destes com as variáveis temperatura e tempo de atendimento médico. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.....	32
Tabela 7 – Caracterização dos pacientes atendidos na emergência pediátrica quanto às manifestações clínicas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.....	33
Tabela 8 – Distribuição das manifestações clínicas segundo a Classificação de Risco preconizada no Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza/CE-Brasil, 2019.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Apresentação e objeto do estudo	10
1.2 Dados de crianças e adolescentes atendidos nos serviços de urgência e emergência ..10	
1.3 Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)	11
1.4 Tecnologias para o acolhimento com classificação de risco	13
1.5 Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria	15
1.6 O enfermeiro e a equipe de enfermagem no acolhimento com classificação de risco . 17	
1.7 Questão de pesquisa	19
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 MATERIAIS E MÉTODOS	21
3.1 Tipo de estudo	21
3.2 Local do estudo	21
3.3 População e amostra do estudo.....	22
3.4 Variáveis dependentes e independentes selecionadas para este estudo	22
3.4.1 Variável dependente	22
3.4.2 Variáveis independentes	22
3.5 Instrumento de coleta de dados	23
3.6 Processo de coleta de dados	23
3.7 Análise de dados	23
3.8 Aspectos éticos	24
4 RESULTADOS	25
5 DISCUSSÃO	38
6 CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A	63
ANEXO A	65
ANEXO B	66
ANEXO C	67

1 INTRODUÇÃO

Tem-se como objeto de estudo a relação das características sociodemográficas e clínicas de crianças e adolescentes com suas classificações de risco na emergência pediátrica, segundo o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria.

A transição epidemiológica no Brasil faz com que a procura e a oferta de serviços de saúde mude constantemente. Nos últimos anos, tem-se observado grande aumento na demanda de pacientes nos serviços de atendimento de urgência e emergência que, por característica, exigem grande incremento de tecnologias criadas em diferentes áreas (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Há várias situações que levam crianças e adolescentes aos serviços de emergência, como, por exemplo: doenças do sistema respiratório, desnutrição e doenças prevalentes da infância. Além disso, a depender da faixa etária, as crianças são totalmente dependentes de seus responsáveis, que na maioria dos casos, são suas mães, avós ou, ainda, aqueles que apresentam algum vínculo com tais crianças e adolescentes. Essa peculiaridade desse público faz com que o cuidado seja estendido também à família (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

No Brasil, segundo o portal do Ministério da Saúde, foram recebidas mais de 300 mil chamadas de pacientes com alguma urgência entre janeiro de 2015 e março de 2016. Nesse período foram atendidos 72.000 pacientes em unidades de urgência especializadas e 81.000 em pronto-atendimento (PIVA; LARGO; GARCIA, 2017).

No município de São Carlos, localizado no estado de São Paulo-Brasil, foi desenvolvido um estudo com 13.339 pacientes, de agosto de 2008 a setembro de 2009, para analisar o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos atendidos em pronto-atendimento. Considerando-se os atendimentos realizados nesse período de 14 meses, 12.700 (95%) eram oriundos de demanda espontânea. O número daqueles encaminhados com acesso inicial das unidades de pronto atendimento foi 133 (1%), enquanto do SAMU foi de 506 (3,8%), com uma demanda espontânea de 95% (PEIXOTO *et al.*, 2013).

Já em um estudo realizado no Pronto-Socorro Pediátrico de um Hospital Escola do Sul do Brasil com a realização de 2.917 atendimentos no ano de 2011, destacou-se que a demanda do Pronto-Socorro Pediátrico se caracterizou como ambulatorial, representando 97%, e os

atendimentos de emergência apenas 3%. Mostrando que, existe uma distorção do principal objetivo do Pronto-Socorro Pediátrico (ARRUÉ *et al.*, 2013).

Em 2014, no Brasil houve internamento de 2.316.583 crianças e adolescentes na situação de urgência e emergência. Dentro desse valor, a região Sudeste representou 39,2% dos casos, seguida da região Nordeste, a segunda que mais apresentou internações de urgência e emergência, com 37,7% dos casos. O Ceará foi autor de 4,8% dos casos do total do país (DATASUS, 2014).

Em outro estudo realizado em Virginia-Estados Unidos com 251 díades (crianças e acompanhantes) observou-se que 62,8% dos casos procuraram o serviço de emergência pediátrica por conveniência, apenas 33,6% representaram emergências reais, e 3,6% procuraram o serviço de emergência pediátrica devido a falta de outro acesso a um médico (DOOBININ *et al.*, 2003).

Um levantamento na Georgia, também nos Estados Unidos, foram prestados 31.076 atendimentos nos serviços de urgência pediátrica durante um período de 12 meses e observou-se que 47% dos casos foram classificados como não urgentes (STURM *et al.*, 2010).

Lima e Almeida (2013) investigaram acerca da procedência das crianças/responsáveis que buscaram atendimento na emergência hospitalar na cidade de Fortaleza-CE. Chamou a atenção o resultado que a maioria dos pacientes veio diretamente de seus domicílios para o serviço de emergência, o que pode ser explicado pelo elevado percentual de crianças que não são acompanhadas na unidade básica de saúde, por dificuldade de acesso ou porque os responsáveis não acham o serviço ofertado resolutivo.

Resultados semelhantes foram obtidos por Batistela, Guerreiro e Rosseto (2008), em pesquisa realizada em uma unidade de emergência pediátrica na cidade de Londrina-PR, na qual verificaram a procura direta dos responsáveis pelo serviço de emergência em 56,76% dos entrevistados.

Diante da procura indevida da população por atendimento nos serviços de emergência hospitalar, no ano de 2004, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a qual, dentre as suas diretrizes, propõe a reestruturação dos Serviços de Urgência/Emergência, com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), conforme Brasil (2004).

Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) objetivou reduzir o tempo de espera e ampliar o acesso, propondo uma intervenção decisiva na organização dos fluxos de atendimento, que consiste no acolhimento com classificação de risco. Com a PNH, os serviços de emergência têm realizado estratégias de acolhimento que requerem o uso de critérios de avaliação de risco (PAI; LAUTERT, 2011).

No Brasil, o ACCR, proposto pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Humanização, representa uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência e implementar a produção de saúde em rede. Assim, na Rede de Atenção às Urgências, instituída em 2011, o ACCR compõe a base do processo e dos fluxos assistenciais, requisito de todos os pontos de atenção (HERMIDA *et al.*, 2018).

Concernente ao termo acolhimento, acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010).

O ACCR objetiva reorganizar a atenção, mediante acolhimento ao usuário e da priorização do atendimento, de acordo com a gravidade do risco ou quadro apresentado, para então sistematizar o atendimento para que seja mais ágil, seguro e humanizado. Esse sistema apresenta vantagens por controlar a demanda, otimizar o atendimento de pacientes em situação de urgência e emergência, diminuir a sobrecarga ocupacional da equipe de saúde e fortalecer o vínculo usuário-trabalhador (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Os serviços de emergência representam parcela importante da porta de entrada ao sistema de saúde, pois, parte da população busca essas unidades para resolução de problemas de menor complexidade, ocasionando superlotação nesses serviços. Essa realidade está presente no cenário internacional e no Brasil. Para atender essa demanda das unidades de emergência, uma das ações da Política Nacional de Humanização (PNH) e do QualiSUS inclui a implementação nos hospitais do acolhimento com avaliação e classificação de risco de pacientes, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade do caso e não mais por

ordem de chegada, que identifica pacientes em condições de urgência e emergência, aumenta a satisfação do usuário, diminui o congestionamento e organiza o fluxo de atendimento (SILVA *et al.*, 2014b).

Os protocolos de classificação de risco são instrumentos que sistematizam a avaliação da gravidade do estado de saúde dos pacientes. É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, os que podem esperar alguns minutos ou horas e os que podem procurar outra instituição para atendimento, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2006).

O acolhimento com classificação de risco tem o intuito de reorganizar o fluxo dos usuários e oferecer conforto e escuta em uma situação de vulnerabilidade. Vem substituir a tradicional triagem. Diferencia-se da triagem porque visa atender a todos, utilizando como base o grau de prioridade de cada usuário, com critérios organizados. O grau de prioridade é definido por meio de protocolos de acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2009).

A Resolução CFM nº 2079 de 14 de agosto de 2014 torna obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de pronto atendimento 24h da rede de complexidade intermediária e hospitalares. Ainda, destaca que todos os pacientes nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos ou encaminhados às outras unidades (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2018).

A implantação sistemática do ACCR possibilita a abertura de processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a ressignificar os modos de fazer e construir novos modelos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, ampliando a resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de risco que consideram a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e família, a priorização da atenção em tempo oportuno diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2018).

No Brasil, o ACCR tem apresentado dificuldades de implantação e encontra desafios para sua institucionalização. A estrutura física desses serviços necessita de readequações; os profissionais não se sentem capacitados, bem como apresentam sofrimentos diante das tensões que ali vivenciam. Ressaltam-se ainda a inadequada referência e contra referência

ocasionada pela insuficiente implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências (VERSA *et al.*, 2014).

Conforme Silva *et al.* (2014a), em nível mundial, os protocolos mais utilizados são: *Australian Triage Scale*, *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*, *Emergency Severity Index* e *Manchester Triage Scale*. No território brasileiro, as instituições de saúde públicas e privadas estão desenvolvendo e implantando seus próprios protocolos, embora também ocorra a aplicação desses, desenvolvidos em diversos países, sendo utilizados na íntegra ou em versões adaptadas, como evidenciam os estudos de Silva *et al.* (2014b) e Oliveira *et al.* (2013).

Em um levantamento bibliográfico realizado por Felipe *et al.* (2015) para identificar na literatura os instrumentos de tecnologia em saúde utilizados no ACCR de crianças ou adolescentes no Brasil e no mundo, foram detectados nove instrumentos: Triângulo de Avaliação Pediátrica; *Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale* e sua versão computadorizada – Staturg; *Emergency Triage Assessment and Treatment*; *Emergency severity index* para pediatria; *Paediatric Taiwan Triage System*; *Paediatric Triage and Acuity System*; *Manchester Triage System* para cuidado pediátrico; e *Paediatric Triage Tape*.

No Brasil, o sistema de classificação de risco de maior utilização em diferentes estados brasileiros é o *Manchester Triage System* (MTS), o qual foi desenvolvido, em 1996, pelo *Manchester Triage Group*, no Reino Unido. Neste instrumento, a triagem é um sistema de administração de risco clínico, destinada a assegurar cuidados, que são definidos de acordo com a necessidade do paciente, sejam realizados no tempo adequado. Não é uma ferramenta de diagnóstico, é um instrumento que permite definir prioridades clínicas, dar segurança para o usuário externo e interno e para o sistema de saúde. A classificação dos pacientes é feita em cinco níveis, diferenciada por cores, que determinam o tempo máximo de espera com atendimento imediato com cor vermelho; laranja até 10 minutos; amarelo pode esperar até 60 minutos; verde com atendimento em até 120 minutos; e o azul como quinta prioridade com atendimento em até 240 minutos (KANEGANE, 2011).

O instrumento MTS tem importante relação com o Protocolo de ACCR em Pediatria elaborado e validado em Fortaleza-CE, uma vez que enfatiza as mesmas cores para classificar o risco de atendimento, porém tem diferenças por não ser direcionado à pediatria e quanto à

determinação do tempo para o atendimento de acordo com o risco, caracterizado por cores (MAGALHÃES, 2016).

O Protocolo de ACCR em Pediatria de Fortaleza-CE foi elaborado em 2008, juntamente com a Secretaria de Saúde Municipal, com o propósito de orientar as equipes de saúde e qualificar os profissionais na assistência ao usuário do SUS, criança e/ou adolescente e seus responsáveis, mediante a avaliação e a determinação da classificação de risco para priorizar o atendimento por grau de sofrimento ou risco de morte nas filas de espera nos serviços de urgência/emergência pediátrica, em Fortaleza-Ceará (MAFRA *et al.*, 2008).

A classificação da prioridade de atendimento, descrita no protocolo, dispõe-se de cinco cores, também denominadas de critérios de classificação para a prioridade de atendimento, as quais são: prioridade I - vermelho: atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro; prioridade II - laranja: atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro e reavaliação pela(o) enfermeira(o) a cada 15 minutos; prioridade III - amarelo: avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pela(o) enfermeira(o) a cada 30 minutos; prioridade IV - verde: avaliação médica em até uma hora ou reavaliação pela(o) enfermeira(o) a cada uma hora e; prioridade V - azul: não urgente, avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito a outra unidade básica de saúde, com contato telefônico prévio e garantia de atendimento (MAFRA *et al.*, 2008).

A determinação dessa classificação de risco deverá ser sistemática e dinâmica para favorecer a reavaliação da condição clínica do paciente em casos de atraso ou se ultrapassar o tempo determinado para a espera do atendimento. Ou seja, a prioridade determinada pode ser mantida ou ser elevada em casos de agravamento da situação clínica da criança e/ou adolescente (MAFRA *et al.*, 2008).

Dentre os potenciais utilizadores do Protocolo de ACCR em Pediatria, podem-se citar: enfermeiros, médicos, dentistas, acadêmicos de medicina e enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, comunidade e conselhos municipais de saúde, ministério público, polícias civil e militar, corpo de bombeiros, polícia rodoviária federal, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), equipes de segurança das instituições de saúde, funcionários administrativos e administradores hospitalares (MAFRA *et al.*, 2008; MAGALHÃES; LIMA, 2018).

O acolhimento com classificação de risco (ACCR) não é um protocolo de diagnóstico da doença, mas possui o intuito de classificar a gravidade do paciente e determinar sua prioridade em relação aos demais. Assim, ela não presume exclusão, e sim definição de prioridades, atendendo os mais urgentes em menor tempo, independente do horário de chegada à unidade de saúde. Logo, o paciente pode ser identificado de acordo com seu potencial de risco, grau de sofrimento ou agravo a saúde (CAVALCANTE, 2013).

Além disso, o ACCR visa, além de organizar a fila de espera por prioridade, garantir um atendimento de qualidade, devendo ser informado ao paciente e familiar quanto ao tempo de espera. Essa classificação não pode ocorrer de forma isolada, mas é necessário a construção de fluxos claros para esse processo ocorrer de forma adequada (BRASIL, 2014).

O Protocolo de 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 maneira de apresentação de doenças e/ou agravos. Tal tecnologia 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, os pacientes que estejam em situações de urgência e emergência (MAGALHÃES; LIMA, 2018).

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria teve sua publicação em 2018, o 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. Tal protocolo passou por avaliação de especialistas em Pediatria e em ACCR, sendo considerado válido quanto ao conteúdo e à aparência (MAGALHÃES, 2012) e foi realizada a validação clínica junto à população de interesse (MAGALHÃES, 2016).

No processo de validação de conteúdo e aparência, os juízes especialistas evidenciaram 80% de concordância no que se refere à simplicidade, clareza e relevância do protocolo, constatou-se IVC médio de 0,924 para o conteúdo, sendo comprovada essa alta concordância. Foi identificado 100% de concordância quanto à pertinência dos termos técnicos de urgência e emergência pediátrica inseridos nas cores da prioridade de atendimento na referida edição da tecnologia em questão (MAGALHÃES, 2012).

No processo de validação clínica, foi constatada a confiabilidade para realizar à medida que se propõe com qualquer tipo de profissional, estando treinado ou não treinado com relação ao uso do instrumento (MAGALHÃES, 2015).

O enfermeiro possui um importante papel na classificação dos pacientes, pois o primeiro contato do paciente ocorre com a equipe de enfermagem na sala de acolhimento, cuja equipe precisa ser capacitada para realizar esta função, cabendo a ela, priorizar atendimento, orientar e coletar as informações necessárias, para viabilizar a classificação corretamente e priorizar o atendimento pelo risco de complicação do paciente (LIMA; PAULA, 2016).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determinou, por meio da Resolução nº. 423/2012, que o enfermeiro, para realizar o acolhimento com avaliação e classificação de risco, deve estar dotado dos conhecimentos, habilidades e atitudes que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Poucas instituições dispõem de protocolos e as publicações sobre o tema ainda são escassas (SILVA *et al.*, 2014b).

A classificação de risco 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 organização e otimização do processo de trabalho, que favorece o atendimento ao que procuram os serviços de saúde, de modo a fortalecer a universalidade, integralidade e equidade, fundamentadas na ética e na cidadania (SANTOS, 2014).

Assim, profissionais capacitados podem 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).

Estudos reforçam a ideia de que a maioria das admissões nos serviços de emergência pediátrica é inapropriada, e que poderia e deveria ser solucionada ao nível dos cuidados de saúde primários (RODRIGUES, 2012).

Uma das funções do enfermeiro dentro de uma unidade de pronto-atendimento é o acolhimento com classificação de risco, cujo apenas o enfermeiro, dentro da equipe de enfermagem, poderá realizar tal procedimento, pois compete a esse profissional as atividades de decisão rápida e com maior nível de complexidade, tendo como conceito o primeiro atendimento aos pacientes, permitindo que o profissional tenha conhecimento do que deverá ser realizado a partir deste momento, de acordo com a classificação de risco, permitindo que

pacientes mais graves sejam atendidos imediatamente. Porém, sem dispensar nenhum paciente sem atendimento (COREN, 2012).

As atribuições da equipe de enfermagem devem ser bem distribuídas e desempenhadas, por meio de protocolos de assistência de enfermagem presentes nos serviços de emergência. Esses protocolos permitem a existência do trabalho integrado entre toda equipe. Os profissionais devem conhecer suas competências legais e responsabilidades contidas no Código de Ética de Enfermagem e na regulamentação do exercício profissional (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Estudos na área de enfermagem que envolvam a assistência à criança na emergência são relevantes, pois possibilitam compreender a experiência do processo de cuidar da criança, buscando meios para aprimoramento do cuidado e promoção da saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A utilização de estratégias na urgência e emergência para a promoção da saúde está pautada nos seguintes objetivos: criar mecanismos que assegurem a qualidade de trabalho, preparar os profissionais para o trabalho, estimular a criação de programas de treinamento e nortear a formação acadêmica (BARRY; BATTEL-KIRK; DEMPSEY, 2012).

O termo promoção da saúde relaciona-se a um conjunto de valores, como, por exemplo: qualidade de vida, solidariedade, equidade e desenvolvimento, dentre outros. Para que haja promoção da saúde, diversos setores devem agir em comum: o Estado, mediante a criação e implantação de políticas públicas, a população e os profissionais dos diversos setores trabalhistas, principalmente o setor saúde (SILVA *et al.*, 2015).

Assim, para efetivação da promoção da saúde no ambiente hospitalar é importante que os profissionais da saúde conheçam a população-alvo, no caso as crianças e os adolescentes atendidos nos serviços de urgência e emergência, visando estabelecer estratégias de implementação do ACCR de forma eficiente e eficaz.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: qual a relação das características sociodemográficas e clínicas de crianças e adolescentes com suas classificações de risco em emergência pediátrica, segundo o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria?

Portanto, a pesquisa busca relacionar os dados sociodemográficos e clínicos de crianças e adolescentes nas unidades pediátricas com sua classificação de risco recebida, para

que mediante tais relações perceba-se o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes que são atendidos nas unidades de urgência e emergência, além do risco de complicações dos pacientes em questão.

O estudo é relevante, pois poderá servir para a melhoria da assistência de enfermagem pediátrica nas unidades de emergência, tornando-a mais qualificada, ao mostrar o panorama do acolhimento com classificação de risco na pediatria, podendo fomentar planos de melhorias para o treinamento e a capacitação dos enfermeiros envolvidos, contribuindo para o aprimoramento da qualidade da assistência com redução de complicações nas filas de espera nas emergências hospitalares. Além disso, poderá estimular outras pesquisas a elaboração de políticas e planos para diminuição da morbidade e da mortalidade, além da redução de gastos por parte do governo, das instituições e das famílias envolvidas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as características sociodemográficas e clínicas de crianças e adolescentes relacionando-as com suas classificações de risco em emergência pediátrica, conforme o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.

2.2 Específicos

Caracterizar os pacientes atendidos na emergência pediátrica quanto aos dados sociodemográficos e clínicos;

Identificar a classificação de risco das crianças e adolescentes atendidos na emergência pediátrica;

Verificar associação das características sociodemográficas e clínicas das crianças e adolescentes com a classificação de risco atribuída.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de dados secundários, obtido por meio da coleta de dados da tese (doutorado) de Magalhães (2016). O estudo transversal é definido como um tipo de pesquisa observacional que analisa dados coletados ao longo de um período de tempo em uma população amostral ou em um subconjunto pré-definido (POLIT; BECK, 2019).

Utilizar a metodologia de levantamento de dados secundários consiste em usar dados pré-existentes que seja condizente ao objeto de estudo em questão. As informações que forem pertinentes sofrem um processo de tabulação e análise. Diante da interpretação dessas informações, é possível produzir conhecimento a partir de dados dispersos anteriormente. Esse tipo de análise ajuda bastante quando se trata de mostrar o quadro investigado de uma forma mais completa (LAKATOS; MARCONI, 2017).

3.2 Local do estudo

Os dados contidos nos formulários foram coletados em uma unidade de urgência/emergência de um hospital municipal de atendimento pediátrico da cidade de Fortaleza-CE-Brasil, na qual há atendimento de crianças e adolescentes em situações clínicas de risco iminente de complicações nas filas de espera para atendimento médico. Tais formulários foram preenchidos como parte da coleta de dados do estudo Validação na Prática Clínica do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria (MAGALHÃES, 2016), cuja autora permitiu a utilização dos dados para o desenvolvimento deste estudo (ANEXO A).

A instituição de saúde existe há 35 anos, com atendimento às crianças e aos adolescentes até 17 anos de idade, funciona 24 horas diárias, composta pelos seguintes setores: ambulatório, enfermarias, unidade de observação, laboratório, setores administrativos, unidade de urgência/emergência e a sala de acolhimento com classificação de risco (ACCR).

No setor de ACCR é realizado uma abordagem inicial com acolhimento e receptividade das crianças, dos adolescentes e de seus acompanhantes. Há cadeiras coloridas e uma sala de Classificação de Risco para que o (a) enfermeiro (a) possa avaliar a criança e/ou

adolescente por meio da anamnese e exame físico direcionado à queixa principal e as manifestações clínicas (MAGALHÃES, 2016).

A unidade de urgência/emergência dispõe de recursos materiais a serem utilizados pelo (a) enfermeiro (a) de modo a possibilitar a realização de uma avaliação clínica do paciente pediátrico. Além de um Protocolo de ACCR em Pediatria disponível pela gerência de Enfermagem, pôsteres informativos sobre os discriminadores, indicadores clínicos de saúde, anexos de avaliação e critérios para a classificação de risco e lápis de cera coloridos (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) utilizados para sinalizar no registro da unidade a prioridade de atendimento determinada pelo enfermeiro classificador.

3.3 População e amostra do estudo

A população foi composta por 451 formulários das crianças e/ou adolescentes que buscaram atendimento na referida instituição, no período de junho de 2014 a julho de 2015, e receberam a classificação de risco dos enfermeiros treinados e da pesquisadora da tese “Validação na Prática Clínica do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria” (MAGALHÃES, 2016).

A amostra do estudo foi composta por 429 formulários de crianças e/ou adolescentes que atenderam aos critérios de inclusão: ter as características sociodemográficas e clínicas descritas e ter os discriminadores da classificação de risco definidos. E como exclusão: ter dados incompletos no formulário que interferisse na avaliação da classificação de risco.

3.4 Variáveis dependentes e independentes selecionadas para este estudo

3.4.1 Variável dependente

A) Classificação de risco, de acordo com o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.

3.4.2 Variáveis independentes

A) Variáveis sociodemográficas: idade, sexo e escolaridade.

B) Variáveis clínicas: manifestações clínicas, peso, temperatura corporal, tempo para classificação de risco, tempo para atendimento médico e discriminador do Protocolo de ACCR em pediatria.

3.5 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados foi utilizado na pesquisa de Magalhães (2016) um formulário com base nos parâmetros adotados pelo Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, sendo preenchidas as seguintes variáveis, de acordo com a disponibilidade dos dados: idade, sexo, escolaridade, manifestações clínicas, peso, temperatura e tempo para a classificação de risco, tempo para o atendimento médico, discriminador do Protocolo de ACCR em Pediatria e classificação de risco dada pelo enfermeiro avaliador (ANEXO B).

3.6 Processo de coleta de dados

Neste estudo foram analisados dados secundários a partir de formulários de atendimento construídos com variáveis baseadas no Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco e utilizadas para a construção da tese de doutorado intitulada “Validação na Prática Clínica do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria”. Tais formulários foram preenchidos por uma equipe de enfermeiros, acadêmicos de enfermagem e pela pesquisadora do estudo primário (MAGALHÃES, 2016).

3.7 Análise de dados

Os dados foram organizados em planilha com uso do software *Microsoft Excel* (2016). O banco de dados construído foi analisado com utilização do pacote *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0, licença nº 1010113007. A análise ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, média e desvio-padrão. Além disso, foram utilizados o Teste Qui-Quadrado (Associação Linear por Linear), o ANOVA, o de Games-Howell e o de Levene.

Para a análise da associação entre a classificação de risco com as variáveis, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado de associação linear por linear. Compararam-se as médias das

variáveis quantitativas, segundo essa classificação, pelo teste ANOVA, sendo as comparações múltiplas pelo teste de Games-Howell, pois as variâncias não foram iguais pelo teste de Levene.

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com aprovação para seu desenvolvimento, sob parecer número 1.282.924 e CAAE número 49076915.7.0000.5054 (ANEXO C). Os pais/responsáveis que aceitaram a participação das crianças/adolescentes na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foram seguidas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Essa resolução do CNS supracitada implica na autonomia – proteção a grupos legalmente incapazes; beneficência – ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos; não maleficência – garantia de que danos previsíveis serão evitados; relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis; como garantia de igual consideração dos interesses envolvidos-justiça.

4 RESULTADOS

Para os resultados, seguiram-se os objetivos específicos propostos, contemplando os seguintes aspectos: características sociodemográficas dos pacientes atendidos na emergência pediátrica e sua relação com a classificação de risco; discriminadores de saúde, segundo o Protocolo de ACCR em Pediatria, das crianças e adolescentes e sua relação com a classificação de risco; manifestações clínicas dos pacientes e sua relação com a classificação de risco.

Na Tabela 1 estão apresentados os dados referentes às características sociodemográficas encontradas nos dados secundários: sexo, escolaridade e faixa etária das crianças e adolescentes atendidos na emergência e participantes do estudo.

Tabela 1 – Distribuição das crianças e adolescentes atendidos na emergência pediátrica quanto às características sociodemográficas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.

Características sociodemográficas	N	%
Sexo (N=426)		
Feminino	214	50,2
Masculino	212	49,8
Escolaridade (N=429)		
Educação infantil	48	11,2
Ensino fundamental	71	16,6
Não estuda	1	0,2
Informação ausente	309	72,0
Faixa etária (N=429)		
≤ 28 dias	4	0,9
29 dias a 23 meses	129	30,0
24 meses a 59 meses	107	25,0
60 meses a 119 meses	63	14,7
≥ 120 meses (10 anos)	40	9,4
Informação ausente	86	20,0

Fonte: Dados secundários de Magalhães (2016).

Conforme demonstrado na Tabela 1, houve similaridade do quantitativo de crianças e adolescentes na emergência do sexo feminino e masculino, atingindo, cada um, cerca de 50%.

A variável escolaridade, na maioria dos casos, não foi identificada (72%), ou pelo fato da criança não estudar ou pela falta de registro, sem discernimento entre ambos. Dentre os identificados, 27,8% estavam estudando e apresentavam escolaridade adequada para idade.

Predominaram crianças com até 5 anos de idade (55,9%), em especial o lactente (30,0%). Já o recém-nascido houve uma baixa incidência, porque geralmente os responsáveis vão para hospitais em que existe o serviço de neonatologia. Destaca-se que a procura do serviço de saúde pelos adolescentes é bem reduzida quando comparado às demais faixas etárias, apenas 9,4%.

A tabela 2 expõe a relação das características sociodemográficas sexo, escolaridade e faixa etária com a classificação de risco com as prioridades: I - laranja, II - amarelo, III - verde e IV - azul. A cor vermelha não foi inserida no estudo, pois todas as crianças que chegam com quadro de emergência na prioridade I (cor vermelha) são direcionadas diretamente para sala de emergência/observação com atendimento médico imediato.

Tabela 2 – Distribuição das crianças e adolescentes conforme suas características sociodemográficas segundo a Classificação de Risco do Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.

Características sociodemográficas	Laranja		Amarelo		Verde		Azul		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									<0,0001
Feminino	5	2,3	48	22,4	75	35,0	86	40,3	
Masculino	3	1,4	42	19,8	55	25,9	112	52,9	
Faixa etária									0,048
≤ 28 dias	2	50,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	
29 dias a 23 meses	1	0,7	30	23,3	37	28,7	61	47,3	
24 a 59 meses	1	0,9	20	18,7	36	33,7	50	46,7	
60 a 119 meses	2	3,2	12	19,0	18	28,6	31	49,2	
≥ 120 meses (10 anos)	0	0,0	7	17,5	14	35	19	47,5	
Escolaridade									0,187
Ed infantil	1	2,1	4	8,3	19	39,6	24	50,0	
Fundamental	1	1,4	14	19,7	23	32,4	33	46,5	
Não estuda	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	

Fonte: Dados secundários de Magalhães (2016).

Legenda: p do teste qui-quadrado (Associação linear por linear).

A tabela 2 mostra a influência da variável sexo na classificação de risco, verificada pelo teste qui-quadrado ($p < 0,0001$). Destaque nas cores verde e azul, demonstrando que o sexo feminino tem maior tendência a ser classificado na cor verde e o sexo masculino na cor azul.

Houve relação significativa entre faixa etária e classificação de risco, sendo $p = 0,048$. Ocorreu predominância de crianças menores de 5 anos classificadas por cores que representam maior gravidade, com exceção dos recém-nascidos, talvez pelos cuidadores optarem por procurar serviços de neonatologia. Em todas as faixas etárias identificadas foi observada a predominância da cor azul e verde, exceto no recém-nascido, em que houve

maior quantidade na cor laranja, talvez pelo fato do RN já ser considerado de risco de complicações nas filas de espera nas unidades de emergência. Destaca-se que a instituição de desenvolvimento do estudo é um hospital secundário, com atendimento de crianças com alterações clínicas de saúde com baixo e médio nível de complexidade. Os casos de alto nível de complexidade são transferidos para hospital terciário de referência em pediatria, situado em Fortaleza-Ceará.

Não houve diferença significativa da relação entre escolaridade e classificação de risco ($p = 0,187$), talvez pelo fato da maioria dos casos não terem o registro desta informação. Aliado a isso, tem-se o fato de o grau de escolaridade dos responsáveis influenciar mais que a do filho, já que a decisão de procurar o serviço de emergência é muito mais dos responsáveis, do que da própria criança. Ainda assim, nos casos em que a escolaridade foi identificada, observou-se predominância do ensino fundamental nas cores amarelo, verde e azul.

Na tabela 3 estão apresentadas as frequências absolutas e relativas dos discriminadores de saúde, adotados pelo Protocolo de ACCR em Pediatria, relacionados aos problemas de saúde apresentados pelos pacientes que participaram da pesquisa.

Tabela 3 – Distribuição das crianças e adolescentes atendidos na emergência pediátrica conforme os discriminadores de saúde presentes no Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.

Discriminadores de saúde	N	%
Alteração respiratória	133	29,2
Alteração dos sinais vitais	107	23,5
Situações especiais	56	12,3
Queimadura e/ou ferida	50	10,9
Alteração hidroeletrólítica	44	10,3
Dor abdominal	28	6,1
Dor	18	3,9
Intoxicação exógena e/ou anafilaxia	7	1,5
Dor de cabeça (cefaleia)	4	0,8
Hemorragia	3	0,6
Alteração do nível de consciência	2	0,4
Traumas	2	0,4
Trauma craniano	1	0,2

Fonte: Dados secundários de Magalhães (2016).

Conforme a tabela 3, observamos o discriminador “alteração respiratória” como o predominante em crianças e adolescentes (29,2%) e que faz os pais irem procurar atendimento

em uma unidade de emergência, seguido pelo discriminador “alteração dos sinais vitais” (23,5%) e “situações especiais” (12,3%).

Ressalta-se que os discriminadores de saúde foram assinalados pelo enfermeiro avaliador, o qual considerou em 26 casos mais de um discriminador, talvez pelo fato da mãe ter relatado como principal queixa mais de uma manifestação clínica abrangendo discriminadores diferentes.

As situações especiais descritas no Protocolo de ACCR em Pediatria, podem ser: Neonato com menos de 7 dias de vida; trauma com alto impacto; perda da consciência; maus tratos: Vítimas de violência ou abuso sexual; 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; e Usuário que realiza diálise ou realizou transplante com distúrbios hidroeletrólíticos frequentes e/ou risco de arritmia e deterioração; Trocas ou requisições de receitas; Avaliações de exames (como acompanhamento de dengue), dentre outros. As situações especiais também são classificadas conforme o risco de complicação do paciente em cada situação (MAGALHÃES, 2018).

A tabela 4 expõe a relação das manifestações clínicas apresentadas pelas crianças e adolescentes do estudo com a classificação de risco nas cores laranja, amarelo, verde e azul.

Tabela 4 – Distribuição dos discriminadores preconizados no Protocolo de ACCR em Pediatria segundo a Classificação de Risco do Protocolo. Fortaleza/CE-Brasil, 2019.

Discriminador	Laranja		Amarelo		Verde		Azul		p*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alteração respiratória	2	1,5	29	21,8	39	29,3	63	47,3	<0,0001
Alteração dos sinais vitais	3	2,8	46	42,9	46	42,9	12	11,2	<0,0001
Situações especiais	3	5,3	4	7,1	8	14,2	41	73,2	<0,0001
Queimadura e/ou ferida	0	0,0	0	0,0	7	14	43	86	<0,0001
Alteração hidroeletrólítica	0	0,0	4	9,0	28	63,6	12	27,2	<0,0001
Dor abdominal	0	0,0	2	7,1	4	14,2	22	78,5	<0,0001
Dor	0	0,0	2	11,1	6	33,3	10	55,5	<0,0001
Intoxicação exógena e/ou anafilaxia	1	14,2	3	42,8	0	0,0	3	42,8	*
Dor de cabeça (cefaleia)	0	0,0	0	0,0	2	50	2	50	*
Hemorragia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	*
Alteração do nível de consciência	0	0,0	1	50	0	0,0	1	50	*
Traumas	0	0,0	0	0,0	1	50	1	50	*
Trauma craniano	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	*

Dados secundários de Magalhães (2016).

Legenda: p do Teste qui-quadrado (Associação linear por linear); *Não foi calculado o p, devido ao baixo total das variáveis.

Na tabela 4 consta o quantitativo de crianças e adolescentes classificados pelo risco, sendo assim distribuídos: prioridade I - vermelho (nenhum caso, pois as crianças com quadro de emergência clínica já vão para atendimento médico imediato na sala de observação); prioridade II - laranja (2,0%); prioridade III - amarelo (20,0%); prioridade IV - verde (31,2%); prioridade V - azul (46,8%).

Na análise percebe-se que houve, de acordo com o teste qui-quadrado, diferença significativa ($p < 0,0001$) em todas as variáveis em que foi possível calculá-lo, não sendo possível obter tal valor naquelas em que o número de casos é baixo para serem realizadas testes estatísticos. Assim, os discriminadores Alteração respiratória, Alteração dos sinais vitais, Situações especiais, Queimadura e/ou ferida, Alteração hidroeletrólítica, Dor abdominal ou dor em geral apresentaram diferença significativa entre as cores laranja, amarelo, verde e azul.

O discriminador alteração respiratória predominou na classificação de cor azul (47,3%), havendo proximidade de resultados entre as cores verde (29,3%) e amarelo (21,8%). Destaca-se que as crianças com alterações respiratórias que apresentavam dispneia todas foram classificadas entre laranja e amarelo, visto que a dispneia é uma manifestação que indica gravidade na pediatria, sendo indicada sua classificação nas prioridades I (vermelho), II (Laranja) ou III (amarelo), segundo o Protocolo de ACCR em Pediatria (MAGALHÃES; LIMA, 2018). Já os casos azuis e verdes eram as crianças que apresentavam alterações respiratórias relacionadas à coriza ou tosse, mas encontravam-se eufênicas.

É importante destacar que alteração dos sinais vitais resultou em uma predominância considerável nas cores verde e amarelo, com 42,9% em ambos. Dentre as alterações de sinais vitais predominou a hipertermia, presente em 48,7% das crianças e adolescentes atendidas na instituição que participaram do estudo. As crianças com essa manifestação clínica oferecem maior risco e, conseqüentemente, demandam maior atenção e cuidado, devido ao maior risco de convulsão febril na infância.

Situações especiais obteve alta predominância na cor azul (73,2%), sugerindo ausência de urgência, devendo haver avaliação médica no mesmo dia ou podendo os pacientes ser encaminhados para atenção primária com garantia de atendimento, conforme recomendações do Protocolo de ACCR em Pediatria (MAGALHÃES; LIMA, 2018). O mesmo ocorre com queimaduras e/ou feridas (86%) e dor abdominal (78,5%), estando os pacientes classificados predominantemente na cor azul, com 86% e 78,5%, respectivamente.

Alteração hidroeletrólítica teve maiores casos na cor verde (63,6%), indicando que crianças e adolescentes atendidas na referida instituição apresentam quadro de diarreia ou vômitos, sem quadro de desidratação, ou quando já desidratado é no grau leve a moderado, que podem aguardar atendimento médico em até 60 minutos ou reavaliação pelo(a) enfermeiro (a) a cada 60 minutos, tal conduta sugerida pelo Protocolo de ACCR em Pediatria.

Dor apresenta-se como uma manifestação clínica com seus casos principalmente nas cores azul (55,5%) e verde (33,3%), estando assim com a atenção distribuída tanto em urgências quanto em não urgências.

Não foi possível calcular o valor p para as manifestações clínicas intoxicação exógena e/ou anafilaxia, dor de cabeça (cefaleia), hemorragia, alteração do nível de consciência, traumas e trauma craniano devido ao reduzido número de casos nos sujeitos da pesquisa. Isto

ocorreu, devido à baixa incidência de atendimento de crianças que apresentam esses quadros clínicos na instituição.

A tabela 5 traz a relação das variáveis clínicas (idade, peso, temperatura, tempo para classificação de risco e tempo para o atendimento médico) dos pacientes que participaram da pesquisa com sua classificação de risco, segundo o protocolo de ACCR em pediatria.

Tabela 5 – Distribuição das variáveis sociodemográficas preconizadas no Protocolo de ACCR em Pediatria segundo a Classificação de Risco do Protocolo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.

	Laranja		Amarelo		Verde		Azul		p*
	N	Média ± DP	N	Média ± DP	N	Média ± DP	N	Média ± DP	
Idade (Ano)	7	2,5±2,7	69	3,7 ± 3,7	110	3,9±3,8	162	3,9±3,7	0,778
Peso (KG)	7	7,7±6,1	76	17,9 ± 14	107	17,7±10,3	172	18,9±12,9	0,126
Temperatura	7	38,1±0,69 ^a	78	38,0 ±1,0 ^b	110	37,2±0,7 ^{b,c}	171	36,6 ±0,5 ^{b,c}	<0,0001
Tempo p/classificação de risco (min)	5	1,5±1,3	23	1,2 ±0,6	52	1,6±0,9	89	1,7±0,8	0,109
Tempo p/atendimento médico (min)	6	2,6±1,8 ^a	38	17,3±22,8 ^b	60	32,7±28,1 ^{b,c}	88	34,2±35,2 ^{b,c}	0,005

Fonte: Dados secundários de Magalhães (2016).

Legenda: p* do teste de ANOVA. Letras iguais, médias iguais e letras diferentes, médias diferentes.

Conforme mostra a tabela 5, vale destacar que em todas as variáveis houve predomínio da cor azul, seguida pelas cores verde, amarelo e laranja. As variáveis idade e peso não tiveram diferença significativa ($p>0,05$). Desta forma, o surgimento de agravos independe de tais variáveis.

A temperatura demonstrou diferença significativa, pois quanto maior a temperatura, maior o risco da criança e maior a prioridade terá o paciente em ser atendido. As crianças na cor laranja tiveram temperatura média de 38,1°C, na cor amarelo foi 38°C, na cor verde foi 37,2°C e na cor azul foi 36,6°C. Ou seja, as crianças nas cores laranja e amarelo estavam apresentando febre, o que indica necessidade de atendimento médico para prescrição de antitérmico. Enquanto, a criança na cor verde não necessita emergência no atendimento, pois encontra-se febril, podendo ser realizado meios físicos pela enfermeira para baixar a

temperatura corporal. E na cor azul a criança encontra-se afebril, podendo aguardar atendimento por tempo indeterminado, dependendo da presença de outras manifestações clínicas.

O tempo para a classificação de risco por parte dos enfermeiros não demonstrou influência em definir as cores recebidas pelas crianças e adolescentes, inclusive a tabela 5 demonstra que o tempo de espera para a classificação de risco foi praticamente igual para todas as cores, variando de 15 segundos a 5 minutos, cuja média foi de 1,6 minutos, com desvio padrão de 0,8.

Já o tempo para atendimento apresentou diferença significativa, pois a classificação de risco em níveis de prioridade foi determinante no tempo para o atendimento médico, pois quanto maior a gravidade menor foi o tempo de espera dos pacientes para receberem atendimento médico. Assim, o tempo variou de 1 a 203 minutos, tendo em vista que diante de alta demanda hospitalar as crianças classificadas na cor laranja eram atendidas imediatamente após a classificação de risco, enquanto a criança na cor azul poderia aguardar por horas pelo atendimento médico já que não apresentava sinais de risco ou complicação. A média do tempo de espera pelo atendimento na cor laranja foi $2,6 \pm 1,8$; na cor amarelo foi $17,3 \pm 22,8$; na cor verde foi $32,7 \pm 28,1$; e na cor azul foi $34,2 \pm 35,2$. Tais tempos de espera seguem as recomendações do protocolo de ACCR em Pediatria (MAGALHÃES; LIMA, 2018), o qual recomenda, respectivamente: 15 minutos, 30 minutos, 60 minutos e tempo indeterminado.

A tabela 6 traz comparações entre as classificações de risco atribuídas para as variáveis temperatura e tempo de atendimento médico. Na variável temperatura, houve comparação se os pacientes que receberam a classificação na cor laranja tiveram diferença significativa com relação aos que receberam as cores verde e azul. Ainda quanto à temperatura, foi analisado se ocorreu diferença significativa das crianças e adolescentes que receberam a classificação amarela com relação às que receberam verde e azul. Também foi constatada diferença entre verde e azul.

Quanto ao tempo para classificação de risco, o valor p demonstrou não haver diferença significativa para que tal fator influenciasse na escolha da cor que o paciente recebeu. Com relação ao tempo de atendimento médico, também não foi obtido p significativo quanto às cores recebidas pelos pacientes durante a classificação de risco.

Tabela 6 – Comparações múltiplas entre os níveis de prioridade na classificação de risco obtida a partir da comparação destes com as variáveis temperatura e tempo de atendimento médico. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.

Variável dependente	Classificação de risco	Relação com níveis de classificação de risco	p
Temperatura	Laranja	Verde	0,040
		Azul	0,005
	Amarelo	Verde	<0,0001
		Azul	<0,0001
Tempo de atendimento médico	Verde	Azul	<0,0001
		Laranja	0,002
	Amarelo	Verde	<0,0001
		Azul	<0,0001
		Verde	0,019
		Azul	0,010

Fonte: Dados secundários de Magalhães (2016).

Legenda: p do Teste de Games-Howell

Para a temperatura, observou-se diferença significativa na comparação entre laranja e verde; laranja x azul; amarelo x verde; amarelo x azul; e verde x azul, conforme o teste de Games-Howell.

O tempo de atendimento médico apresentou diferença significativa na associação entre todas as cores, o que era esperado, visto que o tempo de espera para cada cor é diferente, pois quanto maior a prioridade de atendimento (laranja) menor o tempo de espera e quanto menor a prioridade (azul) maior o tempo.

Na tabela 7 estão as frequências absolutas e relativas das manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes que participaram da pesquisa.

Tabela 7 – Caracterização dos pacientes atendidos na emergência pediátrica quanto às manifestações clínicas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.

Manifestação clínica	N	%
Febre	209	25,4
Tosse	140	17,0
Vômitos	53	6,4
Coriza	46	5,6
Diarreia	38	4,6
Feridas	36	4,4
Dor abdominal	31	3,8
Dispneia	27	3,3
Avaliação de exames	24	2,9
Dor de garganta	24	2,9
Cefaleia	18	2,2
Prurido	17	2,1
Manchas na pele	16	1,9
Rinorreia	12	1,4
Outras manifestações clínicas	138	16,8

Fonte: Dados secundários de Magalhães (2016).

Na tabela 7 observa-se que a manifestação clínica febre foi a mais predominante nos pacientes avaliados para os problemas que surgem com crianças e adolescentes, aparecendo em 25,3% dos pacientes, seguido pela tosse (17%), coriza (5,5%), diarreia (4,6%) e feridas (4,4%). Conforme a presente pesquisa, essas são as principais manifestações clínicas que fazem os responsáveis procurarem atendimento em uma unidade de saúde para crianças e adolescentes.

Os casos de menor incidência foram classificados por outras manifestações clínicas, as quais foram: otalgia, retorno para consulta de dengue e dor, oito casos cada; cansaço e constipação, sete cada; obstrução nasal e urticária, seis cada; edema, inflamação ocular e mialgia, cada uma com cinco pacientes; abdome globoso com quatro ocorrências; três casos de: adinamia, choro, convulsão, dor torácica, histórico de asma, histórico de pneumonia, e inapetência; e os seguintes casos registraram duas ocorrências cada: aftas, dermatite, dor na nuca, eritema, hemoptise, ingestão de medicamento, otalgia e trauma.

Já as seguintes manifestações estiveram presentes em somente uma criança ou adolescente: acompanhamento de tratamento de pneumonia, anafilaxia, anorexia, asma, atonia, boca seca, caroço, consulta de acompanhamento, dispneia, disúria, encaminhamento para posto de saúde, enjoo, hematúria, hemiplegia, hemorragia, histórico de plaquetopenia,

melena, náuseas, obesidade, pápulas, plegia, queimaduras, rouquidão, secreção auricular, secreção nasal, tontura e visão turva.

Tabela 8 – Distribuição das manifestações clínicas segundo a Classificação de Risco preconizada no Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza/CE-Brasil, 2019.

Manifestação clínica	Laranja		Amarelo		Verde		Azul		Total		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Febre	9	4,3	70	33,4	87	41,7	43	20,6	209	100	<0,0001
Tosse	2	1,4	35	25,0	42	30,0	61	43,6	140	100	<0,0001
Vômitos	0	0,0	9	16,9	31	58,5	13	24,6	53	100	0,002
Coriza	0	0,0	9	19,5	7	15,2	30	65,3	46	100	<0,0001
Diarreia	0	0,0	8	21,0	21	55,3	9	23,7	38	100	0,017
Feridas	1	2,7	1	2,7	5	13,9	29	80,7	36	100	<0,0001
Dor abdominal	1	3,2	4	12,9	11	35,5	15	48,4	31	100	0,003
Dispneia	0	0,0	19	70,4	4	14,8	4	14,8	27	100	0,864
Avaliação de exames	0	0,0	0	0,0	1	4,1	23	95,9	24	100	<0,0001
Dor de garganta	0	0,0	9	37,6	8	33,3	7	29,1	24	100	0,152
Cefaleia	1	5,5	8	44,5	3	16,6	6	33,4	18	100	0,437
Prurido	1	5,9	0	0,0	2	11,7	14	82,4	17	100	0,002
Manchas na pele	0	0,0	2	12,5	5	31,2	9	56,3	16	100	0,012
Rinorreia	1	8,3	1	8,3	8	66,7	2	16,7	12	100	<0,0001
Outras manifestações clínicas	2	1,4	30	21,7	39	28,3	67	48,6	138	100	<0,0001

Fonte: Dados secundários de Magalhães (2016).

Legenda: p do Teste qui-quadrado (Associação linear por linear).

Muitas crianças e adolescentes atendidos apresentavam mais de uma manifestação clínica, podendo ser na mesma classificação de risco ou não. Assim, as nove crianças classificadas na cor laranja apresentavam febre associada com outras manifestações.

A manifestação clínica febre apresentou diferença significativa para determinação da classificação de risco e com o maior número de casos (209), predominando nas cores verde (41,7%) e amarelo (33,4%). Importante destacar que febre foi a manifestação clínica que teve mais casos absolutos classificados como laranja (9 casos), demonstrando que tal manifestação merece maior atenção nos serviços de emergência pediátricos, enquanto a dispneia prevaleceu na cor amarela (prioridade II) dentre as alterações respiratórias.

Tosse foi mais evidente nas cores azul (43,6%) e verde (30%), enquanto receberam acentuada classificação na cor verde as manifestações clínicas vômitos (58,5%) e diarreia (55,3%). Ambas as manifestações obtiveram o valor p significativo. Também foram significativas pelo valor p as manifestações clínicas coriza, feridas e dor abdominal, com maiores classificações na cor azul, sendo, respectivamente, 65,3%, 80,7% e 48,4%.

Dispneia, dor de garganta e cefaleia, conforme teste qui-quadrado, não tiveram diferença significativa para a determinação da classificação de risco, embora chamem atenção pelo fato de terem sido as manifestações clínicas mais evidentes na cor amarela, sendo dispneia 70,4%, dor de garganta 37,6% e cefaleia 44,5%.

Avaliação de exames, prurido e manchas na pele receberam valor p significativo para determinação da classificação de risco e foram mais evidentes na cor azul com, respectivamente, 95,9%, 82,4% e 56,3%.

Rinorreia também recebeu valor p significativo e tal manifestação clínica foi classificada principalmente na cor verde (66,7%).

5 DISCUSSÃO

Para o desenvolvimento da discussão, seguiram-se os objetivos específicos propostos e os resultados obtidos na pesquisa, contemplando os seguintes aspectos: características sociodemográficas dos pacientes atendidos na emergência pediátrica e sua relação com a classificação de risco; discriminadores de saúde, segundo o Protocolo de ACCR em Pediatria, das crianças e adolescentes e sua relação com a classificação de risco; manifestações clínicas dos pacientes e sua relação com a classificação de risco.

Houve similaridade do quantitativo de crianças e adolescentes do sexo feminino e masculino na presente pesquisa, atingindo, cada um, cerca de 50%. Tais dados condizem com os achados de três estudos realizados em emergências pediátricas. O primeiro no município de Fortaleza-CE com 211 participantes, sendo 53,1% do sexo masculino e 46,9% do feminino (LIMA; ALMEIDA, 2013).

O segundo estudo, realizado em Porto Alegre-RS, teve a prevalência de pacientes do sexo masculino (54,4%), com o feminino em 45,6% dos casos (AMTHAUER; CUNHA, 2016). A terceira pesquisa, no município de Itaberaí-GO, com 2.450 crianças e adolescentes constatou uma prevalência de 53% do sexo masculino e 47% do sexo feminino. Dessa forma, observa-se que os sexos feminino e masculino se aproximam em números quanto aos atendimentos nos serviços de emergência, com um maior quantitativo para o masculino (VALE *et al.*, 2014).

Em 16,6% dos casos em que a variável escolaridade foi identificada, os participantes do estudo cursavam o ensino fundamental, enquanto 11,2% estavam na educação infantil. Constatou-se que 72,3% das crianças não estudavam, indo ao encontro com outro estudo realizado na mesma instituição, o qual houve o predomínio de crianças que não frequentavam a escola (52,5%) (MAGALHÃES, 2016). Esse fato ocorreu pelo fato de grande parte das crianças atendidas não terem idade suficiente para estudar.

Predominaram crianças com até 5 anos de idade (55,9%), em especial no lactente (30,0%). Já o recém-nascido houve uma baixa incidência, porque geralmente os responsáveis vão para hospitais em que existe o serviço de neonatologia. Esses dados corroboram com os de uma pesquisa realizada com 10.921 pacientes pediátricos, com faixa etária predominante de 29 dias a 24 meses (44,5%) alocados na categoria de lactentes. Logo, conota-se que essa

faixa etária pode apresentar-se mais predisposta a enfermidades e requer um maior cuidado da equipe (AMTHAUER; CUNHA, 2016).

Entretanto, no estudo de Lima e Almeida (2013), em um setor de emergência em Fortaleza-CE, a maioria das crianças encontrava-se na faixa etária de zero a 24 meses (37,0%), enquanto os adolescentes (≥ 10 anos) representaram 13,7% da amostra.

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, influenciado pela aglomeração domiciliar ou em escolas e creches, pode ser um agravante na disseminação de infecções do trato respiratório e, conseqüente, aumento das taxas de internação hospitalar (FIRDAUS; AHMAD, 2013; ROSA et al.; 2008).

Contudo, em outro estudo, no qual avaliou 2.153 registros de crianças e adolescentes em uma unidade de emergência obteve uma maior prevalência da faixa etária de 10 a 18 anos, representando 43,2% do total (SIMONS *et al* 2010).

A procura do serviço de saúde pelos adolescentes é bem reduzida quando comparada as demais faixas etárias, apenas 9,5%. Em um estudo realizado sobre a atenção a saúde dos adolescentes é difícil afirmar se a ausência dos adolescentes no serviço de saúde se deve a baixa procura ou poucos serviços voltados para essa faixa etária. O estudo revela que mesmo dentro da Estratégia Saúde da Família as ações direcionadas aos adolescentes ocorrem de forma isolada e desarticulada (FERRARI, 2016).

Lima e Almeida (2013) evidenciaram em seu estudo, em Fortaleza-CE, que a maior parte da demanda se encontra nos dois primeiros anos de vida, seguida pelos escolares de 5 a 10 anos, com crianças e adolescentes acima de 10 anos em menor quantidade.

Ao comparar as variáveis sexo, escolaridade e faixa etária com a classificação de risco, no presente estudo houve predominância da classificação na cor azul, seguida pela verde. Esses dados corroboram com os achados na literatura, em que os hospitais de emergência atendem também casos de não urgência, como mostrado em um estudo realizado com 400 crianças, cujo nível de prioridade azul superava os atendimentos de urgência (MAGALHÃES, 2016).

A classificação de gravidade laranja nesta pesquisa apresentou apenas 3,7% dos casos. Ao considerar esse tipo de classificação presente em uma unidade de emergência encontram-

se casos como: parada cardiorrespiratória, convulsão, choque, dentre outros, os quais necessitam de um atendimento imediato. Estudo realizado em uma emergência pediátrica também aponta pouca frequência de tais ocorrências em serviços pediátricos, encontrando apenas 2,9% de crianças classificadas como nível de prioridade laranja (MAGALHÃES, 2016; VERAS, 2016).

Identificou-se no estudo que mais da metade das crianças foram classificadas com a cor azul, o que indica que os responsáveis pelas crianças procuram primeiramente as unidades de emergência, não as unidades básicas, independente do caso a ser tratado (SALGADO; AGUERO, 2010).

Em 2003, foi publicado um debate sobre a pertinência da categoria azul, sugerindo que ela fosse abandonada, pois os pacientes eram inadequados ao serviço de emergência e poderiam ser redirecionados a outros serviços menos complexos. Além disso, a equipe estaria preparada para serviços de emergência. Porém, essa crítica foi contestada, afirmando-se que a emergência deve estar preparada para atender serviços menos urgentes (LEAMAN, 2003; COUTINHO, 2012).

Conforme referido anteriormente, a classificação de risco nas cores azul e verde no presente estudo representa a maior parte dos casos. Esses atendimentos são de menor urgência com avaliação média em 60 minutos e ausência de urgência com avaliação médica no mesmo dia, respectivamente. Além disso, os casos não urgentes podem ser atendidos em uma unidade básica de saúde quando houver demanda elevada nas emergências (MAGALHÃES, 2016; BRASIL, 2013).

No presente estudo, o sexo feminino teve maior tendência a ser classificado pela cor verde e o sexo masculino pela cor azul. Não foram encontrados na literatura estudos que tenham abordado tal associação. Porém, faz-se necessária a realização de pesquisas abordando a influência da classificação de risco no sexo do indivíduo, para enriquecer a literatura e elaborar meios para evitar agravos.

Em um estudo no Hospital Pediátrico de Lisboa feito com 115 acompanhantes verificou-se que 86,1% dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao serviço de urgência pediátrica o fizeram porque se sentem mais seguros e confiantes, 65,2% consideram que os médicos são mais experientes e competentes neste tipo de serviço, e 90,4% porque sabem que têm acesso fácil e gratuito a meios auxiliares de diagnóstico. Relativamente ao fato

de considerarem o atendimento mais rápido no serviço de urgência pediátrica, apenas 36,5% dos acompanhantes concordaram, mas ainda 48,7% consideraram que o atendimento neste serviço é mais acessível do que no centro de saúde ou no consultório do pediatra particular. Ainda, 61,7% afirmaram que optaram por uma consulta no serviço de urgência pediátrica devido à compatibilidade do horário com suas vidas cotidianas (RODRIGUES, 2012).

No estudo de Vale *et al.* (2015), no serviço de emergência pediátrica do Hospital municipal de Itaberaí-GO, 87,5% das crianças e adolescentes foram classificados com a cor verde (não urgente), 12,4% amarela (pouco urgente), 0,1% azul (não se enquadrando ao perfil de emergência).

Estudo realizado com crianças e adolescentes admitidos no pronto-socorro pediátrico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, onde foram atendidas 1236 pacientes; com relação ao destino dos pacientes, 82% foram liberados para tratamento em domicílio; 17,9% foram internados, sendo que 13,5% foram para enfermaria do hospital; 2,3% foram para CTI do hospital; 1,2% foram para o berçário do hospital; 0,8% foram transferidos para internação em outro hospital, porque necessitaram de cirurgia pediátrica e também porque era doença oncológica e o hospital de referência seria outro; e 0,1% foram para UTI neonatal. Este estudo evidencia ainda que a maioria dos pacientes atendidos é referenciada pelas unidades básicas de saúde (39,8%), proporção muito próxima dos pacientes atendidos por demanda espontânea (35,3%), mostrando que os pais ou responsáveis das crianças ainda procuram os prontos-socorros primeiro ao invés de irem às Unidades Básicas de saúde (SALGADO; AGUERO, 2010).

A procura por esses serviços de urgência e emergência de forma errônea compromete o andamento das unidades de emergências e isso acontece principalmente por falta de uma maior orientação da população e pela insuficiente estruturação das redes de atenção básica (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

A elevada proporção de crianças com problemas de saúde passíveis de serem solucionados na atenção básica repercute sobre a qualidade da assistência prestada não só àqueles que realmente necessitam dos serviços de urgência, mas também aos que precisam de atenção ambulatorial, pois o atendimento objetiva resolver a queixa do paciente e este, muitas vezes, não é encaminhado para a unidade básica, comprometendo, assim, a integralidade da atenção (LIMA; ALMEIDA, 2013).

Um estudo que elaborou e validou um protocolo de classificação de risco em quatro prioridades de atendimento (vermelho, amarelo verde e azul), aplicaram em 40 pacientes pediátricos, obtendo como resultado 50% da classificação verde, seguida de 10% da cor azul. (SILVA, 2014). Enquanto, neste estudo houve predomínio da classificação azul com 46% seguida da classificação verde com 30%.

Reconhecendo a relação de interdependência existente entre as unidades assistenciais nos três níveis de atenção, o serviço de urgência e emergência constitui-se um dos principais pontos de acesso ao SUS. Desta forma, é necessária uma reorganização do sistema na prática, estruturando-o de forma articulada à atenção básica e ao atendimento especializado e hospitalar (CACCIA-BAVA *et al.*, 2011).

A superlotação dos serviços de emergência por falta de organização e orientação da população por parte dos gestores é um problema que se torna mais grave a cada ano, e é um fenômeno reconhecido em todo o mundo (HAUSWALD, 2004).

Os principais discriminadores clínicos revelam um predomínio de 29,2% de alterações respiratórias, seguindo por alterações dos sinais vitais com 23,5%. Em contrapartida, um estudo semelhante realizado também em Fortaleza-CE encontrou um predomínio de alterações dos sinais vitais (24,5%), seguindo de alteração respiratória (20,0%) (MAGALHÃES, 2016).

Dentre as alterações de sinais vitais predominou a hipertermia, presente em 48,7% das crianças e adolescentes atendidas na instituição que participaram do estudo. As crianças com essa manifestação clínica oferecem maior risco e, conseqüentemente, demandam maior atenção e cuidado, devido ao maior risco de convulsão febril na infância. Conforme a literatura, crise febril é a principal alteração que causa convulsão em crianças menores de cinco anos e acomete de 2 a 5% da população pediátrica (DALBEM *et al.*, 2015).

As doenças respiratórias agudas são uma das principais causas de morbimortalidade na infância, atingindo principalmente crianças menores de cinco anos de idade. A magnitude desse problema, principalmente em países em desenvolvimento, indica a necessidade de estratégias efetivas para o controle da situação (MACEDO, 2007).

No Brasil, apesar de ainda elevadas, as taxas de mortalidade infantil, apresentaram importantes reduções nas últimas décadas. De 2000 a 2006 as doenças respiratórias ocuparam a quarta causa de morte em crianças e em 2005 a primeira causa de internação hospitalar pelo

SUS. Esses dados mostram o forte impacto das doenças respiratórias na saúde da criança. Embora os índices tenham diminuído no século XXI, milhares de crianças continuam morrendo por essas enfermidades (SILVA, 2012).

Dos casos de doença das vias áreas superiores na infância, as infecções respiratórias representam 10 a 20% dos casos. Além disso, em 2010, ocorreram 1.450.653 internações por doenças respiratórias no Brasil, atingindo principalmente crianças e adolescentes menores de 14 anos (SILVA 2010).

As doenças respiratórias são muito comuns na infância, sendo a principal causa de óbito em crianças de até cinco anos de idade. No Brasil, essas doenças são responsáveis por 10% das mortes entre crianças menores de um ano e a primeira entre crianças até quatro anos. Esse fator se torna mais agravante uma vez que por fatores fisiológicos, elas podem progredir para falência respiratória (TAQUARY; ATAÍDE; VITORINO, 2013).

Segundo um estudo realizado em 2013, crianças menores de cinco anos estão mais predispostas às infecções das vias aéreas devido aos microrganismos trazidos dos núcleos familiares e pela aglomeração de escolas e creches, aumentando a taxa de internação hospitalar (FIRDAUS; AHMAD, 2013).

Além disso, o uso de tabaco por meio dos familiares é um importante determinante do desenvolvimento de infecções respiratórias agudas, como tuberculose, asma e também doenças pulmonares crônicas. Logo, este fator está associado aos desfechos desfavoráveis à saúde da criança (MAGALHÃES, 2016).

Um estudo que descreveu os pacientes atendidos em um hospital pediátrico de Goiás constatou que os diagnósticos mais frequentes foram de doenças respiratórias (69,4%) (TAQUARY; ATAÍDE; VITORINO, 2013), corroborando com o resultado desta pesquisa, que teve como discriminador mais frequente as alterações respiratórias (29,2%).

A asma e a pneumonia são as doenças respiratórias mais prevalentes na infância. Em 2011, a asma foi a quarta causa de internação. Já em 2015 foram registrados 129.626 casos de hospitalização por asma no Brasil, sendo que 63% dos casos correspondem a faixa etária menor de 14 anos. A região nordeste foi a que mais registrou casos entre crianças de 1 a 4 anos de idade (FROTA, 2014; VERAS, 2016).

As queixas respiratórias em crianças são muito frequentes não só nas emergências como em Unidade Básicas de Saúde e consultas. Logo, os profissionais devem ser capacitados para avaliar os sintomas e assim evitar possíveis complicações (VERAS, 2016).

Alteração dos sinais vitais no presente estudo foi medido pela febre, visto que nos formulários de coleta não tinham preenchidos frequência respiratória, pulso e pressão arterial. Em um estudo desenvolvido na Holanda, com o objetivo de avaliar se os fluxogramas e os discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester poderiam ser utilizados como indicadores para identificar o risco de hospitalização em pacientes pediátricos com sinais de febre, encontrou uma taxa de hospitalização de 23% (IERLAND et al, 2013). Entre os sintomas assustadores para os pais, a febre vem em primeiro lugar, seguida por dor, tosse e vômitos (LIMA; ALMEIDA, 2013).

Cerca de 11% dos pacientes apresentaram o discriminador queimaduras e/ou ferimentos. Dados do Ministério da Saúde apontam para o número de mortes de crianças por acidentes até 14 anos de idade no ano de 2013, totalizando 4.578. Dentre esses, 291 representavam queimaduras. Além disso, no ano de 2010 foram hospitalizadas 21.472 crianças e adolescentes devido às lesões por queimaduras (SOUZA, 2018).

A queimadura pode ser caracterizada por uma lesão no tecido, decorrentes de substâncias químicas ou elétricas, produzidas pelo efeito do calor, podendo ser classificada em primeiro, segundo ou terceiro grau. A elevada incidência de queimaduras se dá em ambientes domésticos, em contextos que poderiam ser evitados (OLIVEIRA, 2009).

A literatura aponta que as queimaduras infantis ocorrem principalmente a nível doméstico e são provocadas principalmente por líquidos quentes sobre o corpo, tendo uma maior incidência em crianças de dois meses a dois anos, enquanto os incidentes por chamas ocorrem principalmente em crianças na idade pré-escolar. Além disso, as queimaduras estão entre as lesões pediátricas mais dolorosas e necessitam de maior tempo de internação (OLIVEIRA, 2009; BICHO; PIRES, 2002).

O discriminador alteração respiratória predominou para a classificação na cor azul (47,3%), havendo proximidade de resultados entre as cores verde (29,3%) e amarelo (21,8%). Isto pode ter ocorrido, pelo fato das crianças encontrarem-se eupneicas, pois o quadro clínico de dispneia já classifica a criança no mínimo em amarelo, ou seja ela pode aguardar por atendimento médico até 30 minutos para evitar complicações na fila de espera.

É importante destacar que alteração dos sinais vitais resultou em uma predominância considerável nas cores verde e amarelo, com 42,9% em ambos, demonstrando que os pacientes classificados com essa manifestação clínica oferecem maior risco e, conseqüentemente, demandam maior atenção e cuidado.

Tais achados divergem com o estudo de Magalhães (2016), realizado em Fortaleza-CE, em que alteração respiratória predominou com a classificação de risco na cor verde (52,5%), e alteração dos sinais vitais teve sua maior prevalência na cor amarelo (46,9%), tendo a cor verde porcentagem aproximada (38,7%).

Em uma pesquisa na Holanda com o objetivo de identificar a capacidade dos pais em avaliar a gravidade da febre na criança e a decisão de procurar o serviço de emergência, constatou a seguinte distribuição entre as categorias do Protocolo de Manchester: vermelho (2%); laranja (44%); amarelo (34%); verde (19%); e azul com 1% (IERLAND *et al.*, 2012).

No estudo de Veras (2016), o discriminador mais prevalente foi alteração respiratória (51,8%) associado à classificação de risco no risco verde (56,5%), seguido pela cor amarela (26,6%). As infecções respiratórias representam de 10 a 20% dos casos de doenças das vias aéreas superiores na infância.

O Brasil está entre os 15 países com mais alta incidência de pneumonia, com 0,11 episódio/criança/ano em menores de cinco anos, o que equivale a 1,8 milhões de casos por ano (SILVA *et al.*, 2012).

As condições ambientais e de habitação 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 as condições ambientais por isso são avaliados como um dos grandes problemas de saúde pública encontrados em escala global (FIRDAUS; AHMAD, 2013).

Apesar de saber que em muitos casos as infecções respiratórias agudas são autolimitantes, os pais e/ou responsáveis procuram atendimento de emergência mesmo com sintomas leves, considerando que apenas 22,8% das crianças já tinham um histórico médico, sendo a hiper-reatividade das vias aéreas inferiores o caso mais frequente. Esta prática geralmente leva à superlotação dos serviços de emergência, cuidados inadequados e aumento de custos devido ao tratamento (PASSOS *et al.*, 2018).

Em um estudo em grande escala realizado no Reino Unido, McHale *et al.* (2013) constataram que 11,7% das visitas à emergência foram classificadas como inadequadas, com as maiores taxas de inadequação ocorrendo entre crianças de 1 a 2 anos e pacientes que vivem em áreas desfavorecidas.

A falta de compreensão dos sinais e sintomas que requerem monitoramento em uma criança com suspeita problemas respiratórios leva os pais/responsáveis a procurarem cuidados médicos de forma inadequada. Na maioria dos casos, os cuidadores procuram tratamento após a condição do paciente já ter se deteriorado, exigindo intervenção de resgate e tratamentos ocasionalmente invasivos que podem não ser efetivos. Assim, orientações adequadas sobre essas manifestações clínicas respiratórias devem ser implementadas em todos os níveis de saúde para reduzir o número de hospitalizações e buscar atendimento em locais adequados. Neste contexto, é desejável uma ampla disseminação de orientações apropriadas para a população em geral, particularmente para classes com menos condições socioeconômicas (PASSOS *et al.*, 2018).

Em situações de urgência e emergência, a criança costuma ser a principal vítima, pois necessita de uma atenção especial diante de suas especificidades de saúde, na qual precisam de recursos especializados para seu atendimento emergencial. No que refere-se a classificação de risco em um serviço de emergência pediátrica, percebe-se a necessidade de um processo organizado e sistematizado de assistência à saúde da criança, acrescido de um instrumento de classificação estruturado que permite ao enfermeiro avaliar de forma criteriosa as principais queixas do paciente no momento da classificação, a fim de prestar um atendimento e encaminhamento correto para o sofrimento, risco e/ou agravo à saúde da criança (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

No presente estudo, não houve associação estaticamente significativa entre a idade e a classificação de risco, assim como no estudo de Veras, o qual o valor de p encontrado foi de 0,119, porém em tal estudo a maior parte das crianças foram classificadas na cor verde, diferentemente do estudo mencionado, em que a maioria dos participantes foi classificada na cor azul (VERAS, 2016).

A criança está mais vulnerável às situações de emergência, devido suas características físicas e biológicas particulares dessa faixa etária, necessitando de uma atenção mais integral.

Dentre as causas que leva essa faixa etária as situações de risco estão as doenças respiratórias, cardiorrespiratórias, alterações nos sinais vitais, dentre outras (TACSI, 2004).

Em um estudo realizado em 2011 com 627 formulários de um hospital de emergência, analisou-se o peso dos pacientes e foi encontrado forte associação entre peso e classificação de risco (VERAS, 2011), ao contrário da presente pesquisa, na qual não houve diferença significativa.

O peso na pediatria é utilizado para prevenir incidentes durante a administração da medicação. Logo, durante o atendimento médico é necessário o uso da balança para avaliar a dosagem adequada a ser administrada e prevenir possíveis incidentes (BERG, 2013).

Quando comparadas as variações de temperatura com a classificação de risco, encontrou-se diferença significativa entre as classificações de risco. Não foram encontradas na literatura pesquisas que relacionassem temperatura e classificação de risco.

Não se pode falar em uma temperatura normal, mas em uma faixa normal e em limites superiores da normalidade, sendo estes considerados febre. Febre é a elevação da temperatura corporal acima dos valores considerados normais para o indivíduo (SILVA; VALENTE, 2012). Seguiu-se os parâmetros de Mafra *et al.* (2008) para avaliar a temperatura, considerando-a dentro da normalidade pela temperatura axilar $< 37,8^{\circ}\text{C}$.

No Protocolo de ACCR em Pediatria, a temperatura é fator determinante para a determinação da cor da classificação de risco que o paciente irá receber, sendo: laranja – temperatura axilar $< 35^{\circ}\text{C}$ ou $> 40^{\circ}\text{C}$ em qualquer idade; amarelo – temperatura axilar $> 38,5^{\circ}\text{C}$ e $< 40^{\circ}\text{C}$ em crianças > 3 meses; verde – temperatura axilar $> 37,8^{\circ}\text{C}$ e $< 38,5^{\circ}\text{C}$ em crianças > 3 meses; e azul - afebril, no momento, porém com história prévia de febre (MAGALHÃES; LIMA, 2018).

Observou-se a necessidade de serem realizadas mais pesquisas que comparem as variáveis peso e temperatura com a classificação de risco, uma vez que a literatura carece de tais conhecimentos sobre tais comparações e as implicações que estas podem representar para a prática clínica.

Quanto ao tempo para classificação de risco, o valor p demonstrou não haver diferença significativa para que tal fator influenciasse na escolha da cor que o paciente recebeu. Não foi encontrado na literatura materiais que abordassem a comparação entre tempo para classificação de risco e classificação de risco recebida.

Com relação ao tempo de atendimento médico, houve diferença significativa entre todas as cores recebidas pelos pacientes durante a classificação de risco, conforme recomendado pelo Protocolo de ACCR em Pediatria (MAGALHÃES; LIMA, 2018).

A classificação é determinada da seguinte forma: Prioridade I - Vermelho: emergência, 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 (MAGALHÃES; LIMA, 2018).

O presente estudo atendeu o tempo determinado pelo protocolo de ACCR em Pediatria. Contudo, outro estudo constatou que os pacientes que aguardavam pelo atendimento, apenas 14,8% obtiveram a consulta médica dentro da primeira hora, enquanto 17,4% permaneceram mais de seis horas à espera da avaliação pediátrica, sendo a média de tempo de espera de 2 horas e 15 minutos (LIMA; ALMEIDA, 2013).

Melo, Assunção e Ferreira (2007) encontraram um tempo de espera pelo atendimento em emergência pediátrica de Belo Horizonte que se aproxima dos resultados de Fortaleza descritos no estudo supracitado. Segundo esses pesquisadores, nos períodos de maior demanda um paciente pode esperar até sete horas, gerando um quadro de angústia, desconforto e irritabilidade nos usuários.

O aumento no número de profissionais pode agilizar o atendimento, diminuindo o tempo de espera. A esse respeito, os profissionais que realizam o ACCR precisam informar o usuário em relação ao processo de classificação de risco e ao tempo de espera de acordo com seu quadro clínico, o que contribui para a satisfação do usuário e de sua família, fazendo com que se sintam menos ansiosos e mais seguros.

Essas informações constituem a diretriz do Ministério da Saúde relacionada ao ACCR, que determina que nos serviços de urgência o tempo provável de espera seja informado ao usuário sem risco imediato e a seus familiares. Como o tempo de espera não depende apenas da classificação do usuário, mas também do número de profissionais em atuação no serviço,

isso torna o atendimento lento, especialmente quando surgem situações de emergência, nas quais há uma maior concentração da equipe em detrimento dos demais casos (HERMIDA *et al.*, 2019).

A percepção de que o atendimento é mais ágil de acordo com a gravidade do caso clínico apresentado pelo paciente ou mesmo pelo seu familiar também foi constatada em uma pesquisa realizada na região Sul do Brasil, junto a usuários de unidades de saúde que utilizavam o ACCR. Neste estudo, constatou-se que o atendimento com base no risco deve ser o método ordenador nos serviços de emergência (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Também não foram encontrados na literatura estudos que comparassem a relação das cores da classificação de risco das variáveis dependentes temperatura e tempo de atendimento médico, demonstrando necessidade de realização de mais estudos envolvendo classificação de risco e pediatria, principalmente com protocolos para essa faixa etária, como o Protocolo de ACCR em Pediatria, utilizado no presente estudo.

No presente estudo a manifestação clínica febre foi a mais predominante nos pacientes avaliados para os problemas que surgem com crianças e adolescentes na unidade de urgência e emergência do presente estudo, aparecendo em 25,3% dos pacientes, seguido pela tosse (17%), coriza (5,5%), diarreia (4,61%) e feridas (4,36%). Conforme a presente pesquisa, essas são as principais manifestações clínicas que fazem os responsáveis procurarem atendimento em uma unidade de saúde para crianças e adolescentes.

Tal achado também foi constatado no estudo de Passos *et al.* (2018), em que a febre foi o principal motivo para a procura dos serviços de urgência e emergência. Isso pode ser atribuído à ansiedade dos pais/responsáveis e à falta de recursos de cuidados primários disponíveis.

Um estudo realizado na Gâmbia encontrou uma relação entre febre e tosse. Tal pesquisa mostrou que a taxa respiratória média de crianças que apresentavam tosse aumentou 2,5 respirações por minuto por cada 1°C a mais na temperatura corporal (CAMPBELL; BYASS; O'DEMPSEY, 1993).

Em um estudo feito por Brilhante (2014) com 9.000 crianças e adolescentes, no que concerne às manifestações clínicas que levam as crianças e/ou adolescentes a procurarem a emergência pediátrica foi identificada predominância de febre (58,1%), seguida por dor (43,3%), tosse (41,4%), náusea e/ou vômito (32,3%), coriza (15,6%), diarreia (15,6%),

dispneia (4,4%), anorexia (4,4%), manchas/lesões de pele (4,3%), espirros (2,9%), aftas (2,3%), tontura e disúria com 1,8% cada um, prurido e alergia cutânea cada um com 1,3% e 2,3 % tiveram outras manifestações dentre elas: alergia ocular, picada de escorpião, pitíriase versicolor, desmaio, linfonodos hipertrofiados, mordedura de cão, nódulo na genitália e inflamação nas unhas.

Um estudo realizado em Belo Horizonte também encontrou resultados semelhantes ao expor febre (51,8%), tosse e/ou dificuldade respiratória (33,3%), dor (25,9%) e vômito (22,2%), gripe (11,1%), outros (22,2%) como as principais queixas que mais levaram a procura do serviço de urgência e emergência (RATI, 2013).

Em contrapartida, em uma emergência pediátrica de Porto Alegre-RS, em que foram realizados 10.921 atendimentos, foram encontradas 105 manifestações clínicas diferentes durante a classificação de risco. Existiu prevalência da manifestação fratura, com 15,3% dos atendimentos. Os outros discriminadores selecionados nos atendimentos foram: febre (8,5%); saturação O₂ baixa (7,4%); dor moderada (6,4%); sinais de dor moderada (5,4%); inapetência (5,3%); vômitos (5,1%); febril (4,4%); e tosse (3,9%) (AMTHAUER; CUNHA, 2016).

A manifestação clínica febre, esteve presente na pesquisa com o maior valor absoluto de casos (209), predominando, conforme o Protocolo de ACCR em Pediatria, nas cores verde (41,7%) e amarelo (33,4%). A tosse foi a segunda manifestação clínica mais evidente, presente principalmente nas cores azul (43,6%) e verde (30%), enquanto receberam acentuada classificação na cor verde as manifestações clínicas vômitos (58,5%) e diarreia (55,3%).

Analisando o motivo da procura do serviço de emergência pediátrico no estudo de Vale *et al.* (2015), observou-se que a febre foi responsável pelo maior percentual (41,3%) de crianças atendidas.

Resultado também encontrado por Rati *et al.* (2013) em um hospital pediátrico de referência da rede pública em Belo Horizonte, evidenciou-se que a presença da febre foi importante fator mobilizador para procura pelo ambulatório de urgência/emergência, representando 51,8 % das manifestações clínicas.

Embora o Ministério da Saúde não considere que a febre seja sempre considerada pelos profissionais de saúde como um sinal de gravidade e tecnicamente por si só não justifique a procura dos serviços de emergência, vários estudos a apontam como precursora da procura por tais serviços (BRASIL, 2003).

Porém, o segundo maior percentual de motivos de procura pelo serviço de emergência no estudo de Vale *et al.* (2015) foi decorrente de doenças do aparelho digestivo, sendo a diarreia, seguida por vômitos e dor abdominal. Resultado semelhante foi encontrado por Miranda *et al.* (2013) no seu estudo no pronto socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, onde o segundo motivo (14,7%) da procura pelo pronto socorro foi decorrente de queixa do aparelho digestivo, sendo a diarreia responsável pela maior parte.

Entretanto, no estudo de Veras (2016), de acordo com Protocolo de ACCR em Pediatria, as queixas principais relatadas com maior frequência foram sintomas gripais juntamente com dispneia leve (36,5%) com classificação de risco cor verde, seguida pela queixa dispneia moderada a leve (11,8%) com cor amarela. Conseqüentemente, os indicadores clínicos mais prevalentes foram a tosse produtiva juntamente com rinorreia purulenta (29%), seguida pela febre (17,3%), sendo ambas com classificação de risco na cor verde.

No presente estudo obtivemos também ocorrência de coriza (5,5%), feridas (4,3%) e dor abdominal (3,7%), com classificações na cor azul.

Porém, no estudo de Veras (2016), as demais manifestações clínicas mais prevalentes foram: tosse seca (5%) com a classificação de risco principalmente na cor azul; e vias aéreas parcialmente obstruídas (4,8%) na cor amarela.

Em um estudo realizado em Itaberaí-GO, levantou-se o motivo da procura por atendimento no pronto socorro, sendo encontrado: febre (41,3%), tosse (11,5%), vômitos (7,9%), alergia (5,5%), dor abdominal (5,3%), queda (5,2%), diarreia (4,9%), traumas (3,6%), otalgia (3,1%), cansaço (2,2%), cefaleia (1,9%), coriza (1,1%), dor de garganta (0,9%), corpo estranho (0,4%), inapetência (0,2%), catapora (0,1%) e realizar sutura (0,1%). Outros problemas de saúde referidos foram muito diversificados e, portanto, pouco frequentes, como por exemplo: constipação intestinal, choro, dor ao urinar dentre outros, agrupados em um item denominado de outros com uma incidência de 4,4% (VALE *et al.*, 2015).

Amthauer e Cunha (2016) levantaram os sinais e sintomas mais evidentes em sua pesquisa em uma unidade de emergência pediátrica de acordo com os fluxogramas do Protocolo de Manchester, tendo os seguintes resultados: pais preocupados prevaleceu em relação aos demais (22,4%), seguido por dispneia (19,2%); diarreia e vômitos (11,6%);

(6,4%); dor abdominal (6,2%); asma (5,2%); sem classificação (5,0%); cefaleia (3,6%); convulsões (2,0%); e problemas em ouvidos (2,0%). Os demais fluxogramas foram agrupados na categoria outros, totalizando 16,4%.

Uma pesquisa feita em Jundiaí-SP listou os principais sintomas que levaram os pais/responsáveis a procurarem assistência médica para seus filhos. Quase todos os entrevistados referiram a febre como o sinal mais importante (99,6%), seguida de dispneia, sibilância, dificuldade respiratória e fraqueza. A taquipneia foi identificada como um sinal de alarme em 78,6% dos entrevistados. Os sintomas/sinais menos citados foram catarro transparente e cianose. Listou-se também os sinais/sintomas que os pais/responsáveis relataram ter feito com que identificassem doenças respiratórias em seus filhos. A maioria deles identificou taquipneia e respiração rápida (41,7%) ou fadiga (12,2%). Outros itens foram relatados por menos de 5% dos entrevistados. Os sintomas considerados mais preocupantes pelos cuidadores, levando-os a buscar assistência de emergência quanto a problemas respiratórios foram dispneia (29,5%), taquipneia (23,8%) e febre (21,4%) (PASSOS *et al.*, 2018).

A incidência de infecção respiratória aguda em crianças tem prevalência semelhante em países ricos e pobres, com média de quatro a seis episódios por ano por criança. Destes, apenas de 2 a 3% evoluem para pneumonia (FONSECA, 2012).

Quanto às limitações deste estudo, estas dizem respeito à pequena quantidade de pesquisas publicadas sobre a utilização do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, principalmente em nível nacional. A maioria dos estudos encontrados na literatura foi desenvolvida usando outros protocolos de classificação de urgência e emergência, que caracterizam em grande parte os atendimentos de acordo com a realidade de saúde da população em geral, que divergem das necessidades e problemas de saúde apresentados especificamente pelas crianças e adolescentes.

Ainda quanto às limitações, houve a falta de preenchimento de alguns dados do instrumento pelos profissionais, sendo classificada como informação ausente, pois os formulários fizeram parte de diferentes etapas na pesquisa de Magalhães (2016), não sendo necessário o preenchimento de alguns dados em determinadas etapas do estudo supracitado. Outros dados não eram de rotina ser realizado na instituição, como por exemplo, glicemia capilar e saturação de oxigênio.

6 CONCLUSÕES

Com o presente estudo foi possível avaliar a relação das características sociodemográficas e clínicas de crianças e adolescentes com a classificação de risco na emergência.

Houve similaridade do quantitativo de crianças e adolescentes na emergência do sexo feminino e masculino, atingindo, cada um, cerca de 50%.

Em 16,6% dos casos em que a variável escolaridade foi identificada, os participantes do estudo cursavam o ensino fundamental, enquanto 11,2% estavam na educação infantil.

Predominaram crianças com até 5 anos de idade (55,9%), em especial no lactente (30,0%). Já o recém-nascido houve uma baixa incidência, porque geralmente os responsáveis vão para hospitais em que existe o serviço de neonatologia.

O discriminador “alteração respiratória” foi o predominante para os problemas que surgem com crianças e adolescentes (29,2%) e que faz os pais irem procurar atendimento em uma unidade de saúde, seguido pelo discriminador “alteração dos sinais vitais” (23,5%) e “situações especiais” (12,3%).

O discriminador alteração respiratória predominou para a classificação na cor azul (47,3%), havendo proximidade de resultados entre as cores verde (29,3%) e amarelo (21,8%).

É importante destacar que alteração dos sinais vitais resultou em uma predominância considerável nas cores verde e amarelo, com 42,9% em ambos, demonstrando que os pacientes classificados com essa manifestação clínica oferecem maior risco e, conseqüentemente, demandam maior atenção e cuidado.

O tempo levado para a classificação de risco por parte dos profissionais não demonstrou influência em definir as cores recebidas pelas crianças e adolescentes. As cores foram determinantes no tempo para o atendimento médico após serem definidas no processo de classificação de risco de acordo com as características sociodemográficas e clínicas das crianças, sendo quanto maior a gravidade em menor tempo os pacientes foram atendidos.

A manifestação clínica febre foi a mais predominante nos pacientes avaliados para os problemas que surgem com crianças e adolescentes, aparecendo em 25,3% dos pacientes, seguido pela tosse (17%), coriza (5,5%), diarreia (4,61%) e feridas (4,36%). Conforme a presente pesquisa, essas são as principais manifestações clínicas que fazem os responsáveis procurarem atendimento em uma unidade de saúde para crianças e adolescentes.

Com relação à classificação de risco, a febre predominou nas cores verde (41,7%) e amarelo (33,4%). Importante destacar que febre foi a manifestação clínica que teve mais casos absolutos classificados como laranja, demonstrando que tal manifestação merece maior atenção nos serviços de emergência pediátricos.

A tosse foi mais evidente nas cores azul (43,6%) e verde (30%), enquanto receberam acentuada classificação na cor verde as manifestações clínicas vômitos (58,5%) e diarreia (55,3%).

Percebeu-se que a maior parte dos pacientes atendidos nos serviços de emergência não apresentam quadro de urgência e emergência, evidenciado pelo fato da maioria ser classificada com a cor azul (não urgente).

O uso do Protocolo de ACCR em Pediatria pelos enfermeiros tem o intuito de reduzir erros durante a classificação de risco e organizar a assistência, além de melhorar a qualidade de atendimento e satisfação de pacientes, responsáveis e profissionais.

Os profissionais que atuam na emergência devem ter treinamento específico pela educação permanente, principalmente na emergência pediátrica, pois é um local onde as crianças estão mais vulneráveis às situações de risco.

Apesar das limitações, espera-se que os dados obtidos nesta pesquisa possam ser utilizados como base para ampliar o conhecimento acerca do tema, melhorar a qualidade da assistência e fomentar o desenvolvimento de outros estudos. Com um conjunto de ações, como, por exemplo, educação dos pais sobre as finalidades de cada serviço de saúde, podemos minimizar os atendimentos não emergenciais nos serviços de emergência, destinando cada caso para o serviço adequado e melhorando a organização e a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

- ARRUÉ A.M. *et al.* Demanda de um pronto-socorro pediátrico: caracterização dos atendimentos de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 4, p. 1090-7, 2013.
- 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**, v. 24, e2779, 2016.
- BATISTELA, S.; GUERREIRO, N. P.; ROSSETTO, E. G. Os motivos de procura pelo Pronto-Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. **Seminário: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 121-130, 2008.
- BERG, P.; MOSELEY, C.; HAERTER, J.O. *et al.* Strong increase in convective precipitation in response to higher temperatures. **Letters Published Online**. DOI: 10.1038/NGEO1731
- BICHO D.; PIRES A. Comportamentos de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. **Análise Psicológica**, v. 1, n. 10, p. 115-129, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. AIDIP. **Atenção Integrada as doenças prevalentes na infância? curso e capacitação – avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade**. 2 Edição. Brasília: MS, 2003
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília (DF): MS; 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [online]. Brasília. 2014

BARRY, M.M.; BATTEL-KIRK, B.; DEMPSEY, C. The CompHP core competencies Framework for health promotion in Europe. **Health Educ Behav.**, v. 39, n. 6, p. :648-62, 2012.

BRILHANTE, A. A. **Caracterização clínica e sociodemográfica das crianças e adolescentes atendidas na emergência.** Fortaleza: UFC, 2014. 52f. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem). Campus do Porangabuçu. Universidade Federal do Ceará, 2014. CACCIA-BAVA M.C.G.; PEREIRA M.J.B.; ROCHA J.S.Y.; MARTINEZ E.Z. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2011;44(4): 347-54.

CAMPBELL H, BYASS P, O'DEMPSEY TJ. Effects of body temperature on respiratory rate in young children. **Archives of Disease in Childhood**, 68, p. 492-495, 1993.

CAVALCANTE, B. F. **Acolhimento Com Classificação De Risco: Uma Reorganização Do Processo De Trabalho.** Maceió: UFMG, 2013. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade federal do Triângulo Mineiro, 2013.

CLOUTIER, R.L. *et al.* Best educational practices in pediatric emergency medicine during emergency medicine residency training: guiding principles and expert recommendations. **Acad Emerg Med.**, v. 17, p. 104-13, 2010.

COUTINHO, A. A; CECLÍLIO, L. C; MOTA, J. A. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, p. 22, n. 2, p. 188-198, 2012

COREN – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN-SP 001/2012 – CT PRCI nº 99.069/2012.**

DALBEM *et al.* Febrile seizures: a population-based study. **J Pediatr (Rio J)**, p. 91, n. 6, p. 529-534, 2015.

- DOOBININ, K.A.; HEIDT-DAVIS, P.E.; GROSS, T.K.; ISAACMAN, D.J. Nonurgent pediatric emergency department visits: Care-seeking behavior and parental knowledge of insurance. **Pediatr Emerg Care**, v. 19, n. 1, p.10-4, 2003.
- FELIPE, G. F.; SILVA, V. M.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; LIMA, F. E. T.; MAGALHÃES, F. J. **Produção científica sobre triagem e acolhimento com classificação de risco em pediatria**. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 18., 2015, Fortaleza. Anais. Fortaleza: ABEn, 2015.
- FERRARI, R. A; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, p. 22, n. 11, p. 2491-2495, 2006.
- FIRDAUS, G.; AHMAD, A. Relationship between housing and health: a cross-sectional study of an urban Centre of India. **Indoor Built Environ.**, v.22, n.3, p.498-507, 2013.
- FONSECA, E.M.G.O. **Medicina ambulatorial: pediatria**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2012.
- FROTA, M.A., LIMA, K.F., MAGALHÃES, M.C.A., et al.. Compreensão da família acerca da asma infantil em uma unidade de urgência e emergência pediátrica. **Enferm. Foco**, v. 5, n. ½, p. 13-16, 2014
- HAGEMANN, L. B. **Acurácia da classificação de risco por enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2014.
- HERMIDA, P.M.V. *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e 0331, 2018.
- HERMIDA P.M.V.; NASCIMENTO, E.R.P.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E.; VITURI, D.W.; MARTINS, S.R.; BARBOSA, S.S. Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm [Internet]**, 28:e20170480, 2019.
- HAUSWALD, M. The Ed is an efficient place to treat ED patients. **An J. Emerg. Med.**, p. 564-67, 2004.
- IERLAND Y.V. *et al.* Alarming signs in the Manchester Triage System: a tool to identify febrile children at risk of hospitalization. **J Pediatr.**, v. 162, n.4, p.862-6, 2013.

- IERLAND Y.V. *et al.* Self-referral and serious illness in children with fever. **Pediatrics.**, v. 129, n. 3, p. 643-51, 2012.
- KANEGANE, K. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes Manchester Triage System (MTS) e adaptação para o setor de urgência odontológica.** 2011. Tese (doutorado em Odontologia) – Faculdade Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica.** 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- LIMA, L. M.; ALMEIDA M. N. **Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação.** **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 51-61, 2013.
- LIMA, S.; PAULA, A. S. Atuação do enfermeiro na aplicação do Protocolo de Manchester em unidades de urgência e emergência. **Revista Científica Univiçosa**, v. 8, n. 1, p. 137-142, 2016.
- LEAMAN, A.M. See and Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all [debate]. **Emerg Med**, v. p. 20-118, 2003.
- MACEDO, S. E. *et al.* Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 351-8, 2007.
- MAFRA, A. A. *et al.* **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.** Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza, 2008.
- MAGALHÃES, F. J. **Validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.** 2012. 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.** 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2015.
- MAGALHÃES, F. J. **Validação na prática clínica do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.** 2016. Tese (doutorado em Odontologia) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- MAGALHÃES, F. J. *et al.* Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria: confiabilidade interobservadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, p. 262-270, 2017.

- MAGALHÃES, F.J.; LIMA, F.E.T. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Em Pediatria [livro eletrônico]**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2018.
- MARTINEZ, E.A.; TOCANTINS, F.R.; SOUZA, S.R. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.1, p. 37-44, 2013.
- MARTINS, C.B.G., Andrade SM. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos. **Cad. Saúde Pública.**, v. 24, n. 9, p. 1983-1990, 2008.
- McHale P, Wood S, Hughes K, Bellis MA, Demnitz U, Wyke S. Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. **BMC Med.**, v. 11, p. 258, 2013.
- MELO, E. M. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; FERREIRA, R. A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 3000-3010, dez. 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília (DF): MS; 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília (DF): MS; 2004.
- Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências** [Internet]. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- MIRANDA, N.A., REZENDE, B.D.; OLIVEIRA, J.S.F.; FRANCO, M.B.S.; KAWATA, L.S. Caracterização de crianças atendidas no pronto socorro de um hospital universitário. **Revista eletrônica Gestão & Saúde.**, v. 4, n. 1, p. 1531-1645, 2013.
- NASCIMENTO, W. S. M. *et al.* Cuidado da equipe de enfermagem na Emergência pediátrica: revisão integrativa. **SANARE**, v.16 n. 1, p. 90-99, 2017.
- OLIVEIRA et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os

enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 500-506, 2013.

OLIVEIRA, J.L.C. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n.1, p. 1-8, 2017.

OLIVEIRA, D. A.; GUIMARÃES, J. P. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Cad Saúde Desenvol.**, v.2, n.2, p.25-44, 2013.

OLIVEIRA, F. P.; FERREIRA, E. A.; CARMONA, S. S. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 19, n. 1, p. 19-34, 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Manejo de multitud de heridos. In: Administración sanitaria de emergencia con posterioridad a los desastres naturales. Washington-DC, p. 21-2, 1983.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Esc anna nery (impr.)**, v. 15 n. 3, p. 524-530, 2011.

PASSOS, S. D. *et al.* Doenças respiratórias agudas em crianças brasileiras: os cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta? **Rev. paul. pediatr.**, v. 36, n. 1, p. 3-9, 2018.

PEIXOTO, B.V. *et al.* A difícil realidade do pronto atendimento infanto juvenil mostrando a situação de saúde de uma cidade. **Rev Paul Pediatr**, v. 31, n. 2, p. 231-6, 2013.

PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P.O.; CHIANCA, TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 20, n. 6), p. 1041-7, 2012.

PIRES, P.S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS)** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003

PIVA, J. P.; LAGO, P. M.; GARCIA, P. C. R. Pediatric emergency in Brazil: the consolidation of an area in the pediatric field. **J Pediatr (Rio J)**, v. 93, p. 68-74, 2017.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R. B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? **Enferm. Foco**, v. 7, n. 2, p. 52-25-56, 2016.

RATI, R.M.S. *et al.* Criança não pode esperar": A busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 11, p. 3663-3672, 2013.

RODRIGUES, S.S.O.F. Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. **Revista de Enfermagem Referencia**, v. 3, n.7, p. 73-82, 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.

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual e acolhimento e classificação de risco**. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2018.

SENA, R.R., LEITE, C.R., SANTANA, J.J.F., VIEIRA, M.A. **Perfil das crianças atendidas na Unidade de Pediatria do hospital Universitário Clemente de Faria**, Montes Claros – MG. Unimontes Científica [online]. 2006

SILVA, M. D. B.; PAIVA, M. B.; SILVA, L. R.; NASCIMENTO, M. A. L. Doença respiratória aguda infantil: revisão integrativa. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 260-266, 2012.

SILVA, M. D. *et al.* Doença respiratória aguda na criança: uma revisão integrativa. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 2, p. 260-6, 2012.

SILVA, D. S. *et al.* A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, p. 16, n. 1, p. 211-9, 2014a.

SILVA, M. F. N. *et al.* Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 218-25, 2014b.

SILVA *et al.* O que vem se falando por aí em competências no ensino da promoção da saúde na formação do enfermeiro? **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, p. 286-293, 2015.

SOUSA, A. T. **Caracterização de injúrias não intencionais envolvendo crianças atendidas na emergência pediátrica em um hospital filantrópico terciário de Passo**

Fundo – RS. 2018. Dissertação (Graduação em medicina) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Passos Fundos, 2018.

STURM, J.J.; HIRSH, D.A.; LEE, E.K.; MASSEY, R.; WESELMAN, B.; SIMON, H.K. Practice characteristics that influence nonurgent pediatric emergency department utilization. **Acad Pediatr**, v. 10, n. 1, p. 70-4, 2010.

TACSI, Y. S. VENDRUSCOLO, D. M. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 477-84, 2004.

TAQUARY, S. A; ATAÍDE, D. S; VITORINO, P. V. Perfil clínico e atuação fisioterapêutica em pacientes atendidos na emergência pediátrica de um hospital público de Goiás. **Fisioter Pesq.**, v. 20, n. 3, p. 262-267, 2013.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte.** 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2009.

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)**, v. 8, n. 4, p. 202-232, 2015.

VERAS, J. E. G. L. F. **Validação do guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria na prática clínica.** 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2016.

VERSA, G. L. G. S. *et al.* Avaliação do ACCR em serviços de emergência hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 3, p. 21-8, 2014.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, p. 43, n. 2, p. 429-37, 2009.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE

Caro (a) Senhor (a) responsável pela Criança e/ou Adolescente,

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sou, Fernanda Jorge Magalhães, aluna do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação da Prof^a. Dr^a. Francisca Elisângela Teixeira Lima, com o título: “Validação clínica do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria”.

Para tanto, o protocolo precisa ser submetidos a um rigoroso processo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade clínica do instrumento. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização desse trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que, nas apresentações desse trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Em caso de dúvidas contate as responsáveis pela pesquisa nos telefones:

Nome: Fernanda Jorge Magalhães. Instituição: Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Henrique Ellery, 513 apto. 102 - Ellery Telefone: 88119622/ 99989622.

Nome: Francisca Elisângela Teixeira Lima. Instituição: Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115- Rodolfo Teófilo. Telefone: 9972-2828/86903250.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/_____.

Nome do voluntário: _____

Data: ____/____/_____. Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Data: ____/____/_____. Assinatura: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE: _____

Data: ____/____/_____. Assinatura: _____

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

O pesquisador da pesquisa intitulada **“RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA”** compromete-se a preservar a privacidade dos dados coletados para realização da tese de doutorado **“VALIDAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA”**, da pesquisadora Fernanda Jorge Magalhães, concorda e assume a responsabilidade de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução da presente pesquisa, de dado secundários.

Salientamos, outrossim, estarmos cientes dos preceitos éticos da pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Fortaleza, 17 de agosto de 2019.

(ESSYO PEDRO MOREIRA DE LIMA)
Pesquisador principal

(FERNANDA JORGE MAGALHÃES)
Pesquisadora e proprietária dos dados

**ANEXO B – FICHA DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS
E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Doutorado

VALIDAÇÃO CLÍNICA DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

**APÊNDICE E
INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA – AVALIAÇÃO**

GRUPO	Nº									
I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO										
A- Nome										
B- Queixa Principal										
C- Sinais vitais										
D- Dados Antropométricos										
II - Marque com um X o DISCRIMINADOR DO PROTOCOLO DE ACCR EM PEDIATRIA										
1- ABSTINÊNCIA GRAVE DE ALCÓOL E DROGAS	13- HEMIPARESIA AGUDA									
2- ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS	14- HEMORRAGIA									
3- ALTERAÇÃO HIDROELETROLÍTICA	15- HISTÓRIA DE <i>DIABETES MELLITUS</i>									
4- ALTERAÇÃO NO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	16- IMUNOSSUPRESSÃO									
5- ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA	17- INFECÇÃO									
6- COMPROMETIMENTO HEMODINÂMICO	18- INTOXICAÇÃO EXÓGENA E/OU ANAFILAXIA									
7- DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL	19- PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA									
8- DOR	20- QUEIMADURA E/OU FERIDA									
9- DOR ABDOMINAL	21- SITUAÇÕES ESPECIAIS									
10- DOR DE CABEÇA (CEFALEIA)	22- TRAUMAS									
11- DOR TORÁCICA	23 - TRAUMA CRANIANO									
12- GRAVIDEZ SUPERIOR A 20 SEMANAS										
III - ESCALA DE DOR										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Classificação da dor
IV - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO										
I - VERMELHO	II - LARANJA	III - AMARELO	IV - VERDE	V - AZUL						
Observações:										

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIAL DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

Pesquisador: FERNANDA JORGE MAGALHÃES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49076915.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.282.924

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo metodológico, com destaque a avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos, o qual tem como objetivo a avaliação e elaboração de instrumentos de modo a torná-los confiáveis. Este estudo visa, também, analisar um processo ou implementação, além de buscar por informações de caráter descritivo e pelo funcionamento de um novo procedimento; analisando o alcance e o impacto de seus resultados e metas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Objetivo da Pesquisa:

Validar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria quanto à prática clínica nas unidades de urgência e emergência pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: A realização de uma avaliação criteriosa com dois tipos de grupos de juízes (enfermeiros e acadêmicos de enfermagem) trará como benefício a validade de uma tecnologia em saúde favorável a profissionais mais experientes e aqueles que estão dando início a formação acadêmica.

Riscos: O estudo poderá trazer riscos não-obstantes ao que se refere as etapas da coleta de dados como: para a realização do Curso de ACCR em Pediatria junto aos juízes técnicos (enfermeiros/ acadêmicos) atuantes na unidade de urgência/emergência, estes poderão sentir-se constrangidos

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 80.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br