

Classificação de risco em um serviço pediátrico: avaliação da estrutura, processo e resultado

Risk classification in a pediatric service: evaluation of the structure, process, and outcome
Clasificación de riesgo en un servicio pediátrico: evaluación de la estructura, proceso y resultado

Karynne Borges Cabral^I

ORCID: 0000-0002-5025-2746

Cristiane Chagas Teixeira^{II}

ORCID: 0000-0002-4752-0439

Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira^{III}

ORCID: 0000-0001-7584-269X

Jacqueline Andreia Bernardes Leão Cordeiro^{IV}

ORCID: 0000-0003-0703-3609

Keila Cristianne Trindade da Cruz^V

ORCID: 0000-0001-8146-8323

Leidiane Ferreira Santos^{VI}

ORCID: 0000-0002-2969-6203

Virginia Visconde Brasil^{VII}

ORCID: 0000-0002-0279-9878

Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira^{VIII}

ORCID: 0000-0002-1055-1354

^IFaculdade Unibrás. Rio Verde, Goiás, Brasil.

^{II}Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.

^{III}Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^{IV}Universidade Federal do Tocantins. Palmas, Tocantins, Brasil.

Como citar este artigo:

Cabral KB, Teixeira CC, Oliveira JMC, Cordeiro JABL, Cruz KCT, Santo LF, et al. Risk classification in a pediatric service: evaluation of the structure, process, and outcome.

Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20210022.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0022>

Autor Correspondente:

Karynne Borges Cabral

E-mail: karynneenf26@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 02-02-2021

Aprovação: 29-03-2021

RESUMO

Objetivos: avaliar um serviço de avaliação e classificação de risco pediátrico nos aspectos de estrutura, processo e resultado. **Métodos:** estudo transversal, descritivo e exploratório, em que dados qualitativos complementam os resultados. Dados coletados por observação não participante, entrevista e consulta a prontuários. **Resultados:** foram observados 204 atendimentos. O serviço funciona em sala improvisada e sem privacidade. Os enfermeiros não usaram vários materiais/equipamentos disponíveis para a avaliação, raramente realizaram exame físico, usaram a entrevista quase sempre e não consultaram o protocolo. Pais/acompanhantes não receberam informação, e os prontuários mostraram registros incompletos. Os enfermeiros classificaram 69,1% das crianças como não urgência. O desfecho dos atendimentos mais frequente foi a alta. **Conclusões:** o serviço mostrou fragilidades na estrutura física, no processo de classificação de risco e nos resultados, mas apresenta boa resolutividade nos atendimentos. Recomenda-se a revisão do protocolo usado e sensibilização dos enfermeiros quanto ao processo de trabalho e comunicação com pais/acompanhantes.

Descritores: Avaliação de Risco; Pediatria; Serviços Médicos de Emergência; Medicina de Emergência Pediátrica; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate a pediatric risk evaluation and classification service in the aspects of structure, process, and outcome. **Methods:** a cross-sectional, descriptive, and exploratory study in which qualitative data complement the results. Data collection by non-participant observation, interview, and consultation of medical records. **Results:** we observed two hundred and four visits. The service works in a makeshift room and without privacy. The nurses did not use various materials/equipment available for evaluation, rarely performed a physical examination, used the interview most of the time, and did not consult the protocol. Parents/companions received no information, and medical records showed incomplete records. Nurses classified 69.1% of the children as non-emergency. The most frequent outcome of the visits was discharge. **Conclusions:** the service showed weaknesses in the physical structure, in the risk classification process, and the outcomes, but it presents a good resolution in the assistance. We recommend a revision in the protocol used and sensitize nurses about the work process and communication with parents/companions.

Descriptors: Risk Assessment; Pediatrics; Emergency Medical Services; Pediatric Emergency Medicine; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: evaluar un servicio de evaluación y clasificación de riesgo pediátrico en los aspectos de estructura, proceso y resultado. **Métodos:** estudio transversal, descriptivo y exploratorio, en que datos cualitativos complementan los resultados. Datos recogidos por observación no participante, entrevista y consulta a prontuarios. **Resultados:** observados 204 atenciones. Servicio funciona en sala improvisada y sin privacidad. Enfermeros no usaron varios materiales/equipos disponibles a la evaluación, raramente realizaron examen físico, usaron la entrevista casi siempre y no consultaron el protocolo. Padres/acompañantes no recibieron información, y los prontuarios mostraron registros incompletos. Enfermeros clasificaron 69,1% de los niños como no urgencia. Desfecho de las atenciones más frecuente fue la alta. **Conclusiones:** servicio mostró fragilidades en la estructura física, en el proceso de clasificación de riesgo y resultados, pero presenta buena resolutiva en las atenciones. Recomienda la revisión del protocolo usado y sensibilización de los enfermeros cuanto al proceso de trabajo y comunicación con padres/acompañantes.

Descritores: Evaluación de Riesgo; Pediatria; Servicios Médicos de Urgencia; Medicina de Urgencia Pediátrica; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Os Serviços de Urgência e Emergência (SUE) buscam acolher e atender usuários em situações de urgência e emergência clínicas e são caracterizados pelo atendimento contínuo (24 horas), pela organização do serviço baseada na demanda livre dos usuários e pelo foco no atendimento imediato. Porém, essas unidades sofrem com a procura indiscriminada dos usuários e, no caso dos SUEs Pediátricos, de pais que buscam atendimento imediato para seus filhos.

Tentando administrar a superlotação e melhorar a qualidade dos SUEs, ao instituir a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde do Brasil propôs a estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) como método de organização e seleção dos pacientes para atendimento prioritário nesses serviços. A recomendação é que, na implantação desse serviço, haja acompanhamento e avaliação sistematizada das ações do AACR, visando à melhoria e correção de eventuais falhas identificadas⁽¹⁾.

Essas avaliações devem envolver a apreciação do serviço em todas as suas vertentes, inclusive a satisfação dos utentes e as condições de trabalho dos profissionais que ali atuam⁽²⁾. Isso requer a utilização de métodos avaliativos adequados a cada objetivo, visando à identificação das potencialidades e fragilidades, de modo a subsidiar os gestores no planejamento de estratégias que contribuam para o aprimoramento do atendimento oferecido.

Nesse contexto, Donabedian propõe a avaliação da qualidade dos serviços de saúde pautada em três dimensões fundamentais: Estrutura – avalia os itens relacionados aos recursos humanos, físicos, materiais, equipamentos e aspectos financeiros necessários à assistência; Processo – julga o modo de trabalho dos profissionais; e o Resultado – compreende a condição de saúde da pessoa que recebeu o cuidado nos serviços avaliados⁽³⁾. Assim, o objetivo de se monitorar continuamente a qualidade de um serviço é exercer vigilância contínua, de forma que os desvios dos padrões estabelecidos possam ser precocemente identificados e corrigidos⁽⁴⁾.

OBJETIVOS

Analisar um serviço de classificação de risco pediátrico nos aspectos de estrutura, processo e resultado.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, conforme a Resolução n° 466/12⁽⁵⁾.

Desenho do estudo

Estudo descritivo, exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, em que dados qualitativos foram usados para complementar os resultados. Utilizou-se o referencial STROBE (da rede EQUATOR) para estudos observacionais em epidemiologia.

Período e local do estudo

Foi realizado em um hospital público de médio porte e complexidade, localizado no interior do estado de Goiás. É o único SUE pediátrico público do município e atende demanda espontânea de pacientes do município e regiões vizinhas, sendo que o serviço funciona 24 horas, com um enfermeiro e um técnico de enfermagem por turno de trabalho.

Os atendimentos são organizados de acordo com a gravidade da situação da criança, indicada pelo serviço de AACR Pediátrico (AACRP), que usa protocolo direcionador próprio, implantado em maio de 2015⁽⁶⁾ para classificar o risco das crianças.

O atendimento da criança no AACRP inclui a pesagem pelo técnico de enfermagem, seguida pela avaliação do enfermeiro para a classificação do risco, incluindo entrevista e exame físico. Baseado nos sinais/sintomas identificados, o enfermeiro atribui à criança um dos quatro níveis de risco do protocolo, representados pelas cores: Vermelha – Prioridade 0, emergência e atendimento imediato; Amarela: Prioridade 1 – urgência e atendimento em até 15 minutos; Verde: Prioridade 2 – urgência menor/não urgência e atendimento em até 30 minutos; e Azul: Prioridade 3 – consultas de baixa complexidade e atendimento por ordem de chegada em até três horas⁽⁶⁾.

População e critérios de inclusão e exclusão

À época do estudo, seis enfermeiros trabalhavam no AACRP e aceitaram participar, atendendo ao critério de inclusão de ter no mínimo seis meses de atuação, para que a falta de experiência ou de adaptação ao trabalho não interferisse nos resultados.

Protocolo do estudo

A coleta de dados ocorreu em 2017, em três etapas: observação não participante de atendimentos (dados quantitativos); entrevista com os enfermeiros que fazem a Avaliação e Classificação de Risco Pediátrico – AACRP (dados qualitativos); e consulta aos prontuários das crianças atendidas na fase de observação (dados quantitativos). Os dados qualitativos foram usados para complementar/ilustrar os quantitativos.

Cada etapa da coleta de dados usou instrumento específico construído pela equipe de pesquisa para este estudo e baseado na literatura^(3,7) e nos objetivos da investigação. Os instrumentos foram avaliados e validados por especialistas em pediatria com experiência em AACR, sendo aprovados em sua forma e conteúdo antes de sua utilização.

A primeira fase, de observação não participante (sem conhecimento dos profissionais), foi realizada em seis dias consecutivos (domingo a sexta-feira), sendo observados todos os atendimentos realizados no AACRP nos períodos de coleta (08h às 11h; 13h às 17h; e 20h às 23h), totalizando 60 horas e 204 atendimentos. A observação dos atendimentos foi realizada pela janela de comunicação entre a sala de recepção do SUE e a sala de AACRP; e as observações, registradas no *checklist* específico.

Na etapa de entrevista, os enfermeiros foram informados sobre a realização do estudo, seus objetivos, etapa já realizada (observação) e fases sequenciais (entrevista e consulta ao prontuário), e todos

aceitaram participar. As entrevistas foram individuais, agendadas com os participantes e realizadas em local privativo. Antes de começar, os enfermeiros eram elucidados sobre o estudo, seus objetivos e sua livre participação. Em seguida, recebiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e esclarecimento de dúvidas e manifestavam sua concordância assinando-o. As entrevistas, direcionadas por roteiro semiestruturado, tiveram duração média de 15 minutos. Foram gravadas em mídia digital e transcritas na íntegra pela entrevistadora.

Na terceira etapa, foram colhidas informações nos prontuários das 204 crianças cujo atendimento foi observado na primeira etapa e registradas em formulário específico.

Análise dos resultados e estatística

Os dados quantitativos foram digitados em software estatístico, analisados por estatística descritiva e são apresentados em frequências simples e relativa. O nível de concordância entre a classificação de risco realizada pelo enfermeiro do serviço e pelas pesquisadoras (com o protocolo institucional) foi calculado pelo índice *kappa*, considerando concordância excelente ($k > 0,75$), mediana ($k = 0,40-0,75$) e baixa ($k < 0,40$)⁽⁸⁾.

Os dados das entrevistas foram inseridos em uma planilha inicial de análise, usando um código para identificar cada participante e manter o sigilo de sua identidade. Cada entrevista foi submetida a repetidas leituras, organizando as informações e separando-as pelo tema a que se referiam: estrutura, processo e resultado do serviço. Esses dados foram usados na análise dos resultados, para complementar/ilustrar os dados quantitativos.

RESULTADOS

Avaliação da estrutura do serviço

Seis enfermeiros trabalhavam no setor de AACRP, sendo quatro (66,37%) mulheres. Tinham entre 26 e 31 anos de idade, dois a nove anos de graduação, e cinco possuíam título de especialização. Seu tempo de atuação no setor variava de seis meses a três anos, todos trabalhavam em regime de 12 horas com 60 horas de descanso, e três possuíam outro vínculo empregatício. Três enfermeiros receberam treinamento antes de iniciar o trabalho no setor de AACRP.

As crianças cujos atendimentos foram observados tinham entre 0 e 143 (mediana = 45,5) meses de idade, e 103 (50,9%) eram do sexo masculino. A mediana do intervalo de tempo entre o atendimento na recepção e o atendimento no AACRP foi de 9 minutos, sendo de até 15 minutos para 59,8% das crianças, com ausência desse registro em 20,6% dos prontuários.

A sala de AACRP é separada da recepção do serviço apenas por uma divisória com janela, que possibilita a observação de pessoas externas ao serviço. Dispunha de mesa e cadeira para o enfermeiro; cadeiras para criança e acompanhante; banheiro; pia; sabão líquido e papel-toalha para higiene das mãos; maca; balança; régua para estatura; termômetro; álcool líquido e algodão para antissepsia das mãos e desinfecção de materiais. Estetoscópio, relógio de parede e esfigmomanômetro estavam disponíveis em 130 (63,7%) atendimentos; e o oxímetro de pulso, em 126 (61,8%) casos.

Avaliação do processo de Avaliação e Classificação de Risco Pediátrico

Os 204 atendimentos observados foram realizados pelo enfermeiro, auxiliado pelo técnico em enfermagem em 165 (80,9%) deles.

O enfermeiro não usou estetoscópio nem esfigmomanômetro; usou balança em 97,5% dos atendimentos, termômetro em 93,1% e régua de estatura em 0,5%. O oxímetro foi usado em 68 (54%) dos 126 atendimentos em que esteve disponível. O exame físico da criança não foi realizado em 189 (92,6%) casos. Em nenhum caso, o enfermeiro informou pais/acompanhantes sobre o nível de risco atribuído à criança nem consultou o protocolo institucional para classificação de risco. Ele assinou a ficha de atendimento nas 204 vezes em que foi o profissional responsável e usou seu carimbo em 203 delas.

O atendimento da criança pelo enfermeiro foi interrompido em 111 (54,4%) casos, havendo casos de duas (36%), três (7,2%) ou mais interrupções. As interrupções foram feitas principalmente por enfermeiro/técnico de enfermagem de outro setor (44 vezes) e por outros pacientes/acompanhantes (38 vezes).

Em 98,5% dos prontuários, havia registro dos sinais e sintomas identificados pelo enfermeiro, sendo mais frequentes peso (98,5%) e temperatura (93,6%) da criança. A duração da(s) queixa(s) foi registrada em 82,8% dos atendimentos. Valores de pressão arterial, resultado de ausculta e altura da criança estiveram ausentes em 100% deles.

Nas entrevistas, os enfermeiros avaliaram o protocolo institucional como de fácil aplicação e com linguagem compreensiva:

Em termos de linguagem, é de fácil compreensão, sim, para nós que classificamos. (E3)

O protocolo direciona a abordagem ao cliente e a classificação de risco e facilita o atendimento. Ele é fácil de entender [...] prático, objetivo e direcionado. Atende às principais necessidades do município e região. (E6)

Avaliação do resultado

Com base nos sinais/sintomas/queixas registrados no prontuário, foi realizada a conferência do nível de risco atribuído pelo enfermeiro à criança atendida e o que seria atribuído usando o protocolo direcionador. Nessa perspectiva, o enfermeiro classificou e indicou o nível de risco em 188 (92,2%) atendimentos, deixando de classificar 16 (7,8%) casos, enquanto, usando o protocolo institucional, apenas 11 (5,9%) crianças não poderiam ser classificadas, devido à ausência dos sinais e sintomas registrados no protocolo.

A Tabela 1 mostra os níveis de risco atribuídos pelos enfermeiros e o que seria atribuído caso o protocolo institucional fosse consultado para a classificação. Observa-se que Azul (não urgente) foi o nível de risco mais frequentemente (132; 70,2%) atribuído pelo enfermeiro; e Verde (pouca urgência) pelo protocolo (128; 66,3%).

Nas entrevistas, entretanto, os enfermeiros não mostraram dúvida quanto à atribuição do nível de risco. Eles revelaram que: se sentem competentes para classificar o nível de risco da criança; costumam recorrer a um colega para esclarecer dúvidas; o protocolo institucional não fica disponível no serviço para consulta:

Não tenho dúvidas. Só quando não encontro no protocolo a queixa da criança [...] procuro no protocolo da instituição. Quando não encontro, atribuo o risco que eu penso ser o mais adequado. (E1)

[...] surgem dúvidas, quando não tem um termo ou queixa especificada no protocolo. [...] pergunto para um colega enfermeiro. (E4)

Não é sempre utilizado [o protocolo], pois não fica disponível. (E3)

Tabela 1 – Comparação entre o nível de risco atribuído pelo enfermeiro à criança avaliada e o que seria atribuído usando o protocolo institucional, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2017, (N = 204)

Nível de risco atribuído à criança pelo enfermeiro	Nível de risco que o protocolo atribuiria à criança				Sinais e sintomas não incluídos no protocolo	Total
	Vm	Am	Vd	Az		
Vermelho	1	2	0	1	0	4
Amarelo	0	7	1	0	0	8
Verde	0	6	38	0	0	44
Azul	0	11	80	31	10	132
Não descreve nível de risco	2	1	9	3	1	16
Total	3	27	128	35	11	204

Vm – vermelho; Am – amarelo; Vd – verde; Az – azul.

Para avaliar o índice de concordância entre os níveis de risco atribuídos pelo enfermeiro e os que seriam atribuídos usando o protocolo vigente, foram excluídos 26 prontuários que não tinham o nível de risco atribuído e/ou por serem impossíveis de classificar com o protocolo institucional, pois os sinais/sintomas/queixa descritos não estavam incluídos. Em seguida, as categorias Vermelho, Amarelo e Verde foram agrupadas, considerando que elas incluem os pacientes que não podem deixar de ser atendidos no SUE, por se tratar de emergências, urgências e pouca urgência. Os casos classificados com a cor Azul formaram o grupo de pacientes não urgentes (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação entre o nível de risco atribuído pelo enfermeiro e o que seria atribuído usando o protocolo institucional, Rio Verde, Goiás, Brasil, 2017, (n = 178)

Nível de risco atribuído pelo enfermeiro	Nível de risco atribuído pelo protocolo		Total
	Emergência/urgência	Não urgência	
Emergência/urgência	54	1	55
Não urgência	92	31	123
Total	146	32	178

A maioria (69,1%) das crianças foram classificadas pelo enfermeiro como não urgência, enquanto o protocolo classificaria 82% das crianças como emergência/urgência. Embora sem significância estatística, a comparação entre as duas classificações foi considerada baixa, com índice *kappa* igual a 0,017 ($p = 0,368$).

Comparando caso a caso, 98 (48%) crianças foram classificadas pelo enfermeiro com risco menor do que receberiam se o protocolo fosse usado. O número de casos que o enfermeiro não classificou, mas que poderiam ser classificados pelo protocolo (16; 7,9%), inclui dois casos de emergência, com indicação de atendimento imediato.

Dentre os sinais/sintomas/queixas registrados pelo enfermeiro na avaliação da criança e que não foram encontrados no protocolo institucional, os mais frequentes foram tosse seca e criança chorosa, que apareceram em 14 e 10 prontuários, respectivamente. Os participantes também indicaram a necessidade de revisão do

protocolo, para incluir alguns sinais/sintomas/queixas frequentes na avaliação da criança e até a inclusão de mais um nível de risco na classificação:

Alguns sinais e sintomas não são encontrados no protocolo [...] só precisa revisar [o protocolo]. (E1)

Quanto ao desfecho do atendimento das crianças, dos 193 casos classificáveis pelo protocolo institucional, 83,4% tiveram alta após consulta médica e/ou realização de um procedimento (exames, medicação e/ou sutura). Apenas 3 (1,6%) crianças precisaram ser internadas em clínica pediátrica, mesmo tendo sido classificadas no nível Verde, correspondente a pouca urgência.

Apenas uma das três crianças classificadas com a cor Vermelha precisou ficar em observação no serviço por menos de 12 horas, e as três que precisaram ser internadas em clínica pediátrica foram classificadas como pouco urgentes (verde). Entre os casos classificados como urgência (27) e pouca urgência (128), mais da metade (77,8% e 81,3%, respectivamente) recebeu alta após consulta e/ou um procedimento (exames, medicação e/ou sutura). Das 35 crianças classificadas no nível não urgente (Azul), 97,1% receberam alta após consulta médica e ou realização de um procedimento.

DISCUSSÃO

Na análise do serviço de AACRP pautada no referencial de estrutura, processo e resultado do trabalho⁽³⁾, foi possível um olhar ampliado para os diversos aspectos que interferem na qualidade do serviço. O serviço possui muitas características positivas, mas alguns aspectos precisam ser trazidos para discussão e reflexão com os profissionais interessados na melhoria de qualidade dos atendimentos oferecidos.

Avaliação da estrutura do Serviço

A classificação de risco deve ser realizada por enfermeiros, com base em protocolo direcionador que avalia a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente, o qual determina a ordem do atendimento médico⁽¹⁾. A PNH recomenda que eles tenham experiência em atendimentos de urgência e sejam capacitados para isso⁽¹⁾. Eles também devem ter habilidade técnica, raciocínio clínico, escuta qualificada e conhecimento em pediatria para poderem realizar um atendimento baseado nas particularidades e na integralidade da criança⁽⁹⁾.

Todos os atendimentos foram realizados por enfermeiros, cuja formação pode ser considerada aceitável, embora metade deles não tenham sido treinados para a atividade. Seu vínculo de trabalho com a instituição (predominantemente, contrato por tempo determinado) é bastante desfavorável ao trabalho em equipe. Para o serviço, cada “troca” de profissionais significa ruptura no trabalho da equipe, com chegada de novos enfermeiros, com ou sem experiência em urgência e emergência e, quase sempre, sem treinamento prévio para a classificação de risco.

A ausência do técnico de enfermagem em alguns atendimentos é um aspecto negativo da estrutura do serviço, exigindo que o enfermeiro se responsabilize, inclusive, pelas tarefas desse profissional. Isso

resulta em maior tempo de atendimento a cada criança, com prejuízo ao fluxo dos atendimentos, merecendo a atenção dos gestores.

O espaço físico do serviço é precário, com os atendimentos sendo realizados em sala improvisada e contígua à recepção do pronto-atendimento, com barulho excessivo que prejudica o atendimento do enfermeiro classificador. A janela de comunicação entre as duas salas tira a privacidade necessária para o adequado exame físico e entrevista. Em síntese, o serviço dispõe de mobiliário aceitável e da maioria dos materiais e equipamentos necessários ao trabalho do enfermeiro nesse serviço, embora faltem monitor, eletrocardiógrafo, glicosímetro e equipamentos e materiais para reanimação cardiopulmonar, como reanimador manual ou ambu, material para intubação etc.⁽⁷⁾.

Outras pesquisas observaram que a falta de materiais necessários para exame do paciente e atribuição do nível de risco e a desorganização estrutural são queixas comuns dos enfermeiros nesses serviços⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Isso contrasta com os resultados deste estudo, em que esses materiais estavam disponíveis na maioria das vezes, embora alguns não tenham sido utilizados em todos os atendimentos; e outros, em nenhum atendimento.

Avaliação do processo de Avaliação e Classificação de Risco Pediátrico

O acesso do paciente ao serviço de Avaliação e Classificação de Risco nos SUEs deve ser imediato, com dimensionamento do número de classificadores adequado à demanda⁽¹²⁾. O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), único representante legal do *Manchester Triage Group* no Brasil, determina que o tempo entre a chegada do paciente ao serviço e a classificação de risco não seja maior que dez minutos⁽¹³⁾. Neste estudo, o intervalo entre os atendimentos na recepção e no AACRP foi de até 15 minutos em 59,8% dos casos, com média de $11,28 \pm 9,929$ minutos, estando um pouco acima do recomendado pelo GBCR, mas na média de outros SUEs⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Mesmo crianças classificadas pelo enfermeiro como “emergência” (cor Vermelha), cujo atendimento deveria ser imediato, tiveram que aguardar até 15 (2 casos) e até 30 minutos (2 casos) para atendimento no AACRP. As três crianças classificadas pelo protocolo com a cor Vermelha também aguardaram até 15 minutos para a classificação de risco. Essa demora pode acarretar grande prejuízo para a saúde da criança e mesmo óbito, porquanto é consenso que o tempo entre o início dos sintomas e a assistência médica pode ser determinante para o sucesso da terapêutica indicada.

Diversos materiais/equipamentos disponíveis no serviço para a avaliação da criança não foram utilizados pelo enfermeiro. O esfigmomanômetro e o estetoscópio não foram usados em nenhum dos atendimentos, e o oxímetro de pulso só foi empregado em pouco mais da metade (61,8%) dos casos em que estava disponível. Não havia registro dos valores da pressão arterial nem da altura da criança em 100% dos prontuários.

Mesmo recomendado pelo protocolo institucional⁽⁶⁾ e pelo Ministério da Saúde⁽⁷⁾, observou-se que os enfermeiros não estão valorizando adequadamente a verificação dos sinais vitais para a triagem das crianças. Porém, basear-se em sua experiência para fazer inferências sobre a gravidade da situação é uma conduta pouco confiável⁽¹⁷⁾.

Como procedimento de baixa complexidade, a aferição dos sinais vitais pode ser realizada pelo técnico de enfermagem, mas pode ser de difícil obtenção em criança doente, em ambiente desconhecido, sobretudo nas pequenas ou pouco cooperativas⁽¹⁸⁾. A verificação completa dos sinais vitais aumenta o tempo gasto para a triagem em cerca de 1,4 minutos, mas deve ser realizada e usada no processo de triagem sempre que a criança estiver suficientemente estável, pois melhora a precisão da triagem e não pode ser negligenciada⁽¹⁸⁾, já que esse aumento beneficia a segurança da criança⁽¹⁷⁾.

Aspecto importante é o exame físico, que complementa a entrevista⁽¹⁹⁾ e faz parte da conduta do enfermeiro para classificar o risco⁽⁷⁾. Embora a entrevista tenha sido usada em 98% dos atendimentos, o exame físico só foi realizado em 7,4% dos atendimentos. Não há registros da altura da criança, valores da pressão arterial, frequência respiratória nem resultado de ausculta pulmonar. Esse fato prejudica a eficiência e eficácia da ACR, significativamente favorecidas quando a tomada de decisão do enfermeiro se baseia em dados da entrevista, com escuta qualificada, exame físico sucinto, verificação de sinais vitais, julgamento clínico e crítico das queixas, análise psicológica e interpessoal⁽²⁰⁾.

Os prontuários incluem a descrição dos sinais, sintomas e queixas identificados pelo enfermeiro, mas sua duração só foi registrada em 82,8% dos casos. Considerando que o nível de risco atribuído sofre influência do tempo de duração da sintomatologia⁽⁶⁻⁷⁾, se não há esse registro, não há como saber se ele foi levado em conta.

O fato de o enfermeiro não consultar o protocolo direcionador para fazer a classificação de risco das crianças contribui para a ocorrência de falhas. Os enfermeiros julgaram-se competentes para atribuir o nível de risco às crianças e afirmaram que o protocolo institucional é de fácil compreensão e aplicação, prático, claro e objetivo, embora não esteja disponível para consulta na sala do AACRP. Resultados como este sugerem a pouca importância atribuída pelos enfermeiros classificadores ao protocolo⁽²¹⁾.

Contudo, protocolos são diretrizes técnicas para sistematizar a ação dos profissionais, atribuindo atividades e responsabilidades de cada um no desempenho de determinada tarefa. Na classificação de risco, o uso do protocolo embasa cientificamente a decisão do enfermeiro⁽²⁰⁾, sendo imprescindível para padronizar os atendimentos, agilizar o fluxo, aumentar a segurança do atendimento e minimizar a possibilidade de erros. Entretanto, sua implementação exige que ele seja elaborado para atender às necessidades dos profissionais bem como a realidade do serviço e que esteja disponível para consulta a qualquer momento, sob pena de não servir ao seu fim⁽²⁾.

Ainda que os enfermeiros sintam-se seguros para classificar o risco dos pacientes sem consulta ao protocolo, ele deveria ser utilizado sempre. Mesmo em caso de dúvida no momento de classificar o risco, a opção de consultar o protocolo não foi indicada por nenhum deles. Esse comportamento pode decorrer tanto da pouca importância atribuída pelo profissional ao protocolo quanto da sua inexistência no local.

Depreende-se desse fenômeno o quão integradas devem ser as estratégias para mudar a prática dos profissionais no serviço: o protocolo deve ser elaborado por toda a equipe, ser adequado à realidade do serviço, estar sempre disponível para consulta, os profissionais devem ser treinados na atividade a que ele se refere e instruídos a usá-lo sempre, para garantir a qualidade de

seu desempenho. Por fim, todo o serviço deve ser regularmente avaliado, preferencialmente em procedimento que envolva todos os aspectos envolvidos (estrutura, processo e resultado⁽⁴⁾), para identificar fragilidades e realizar as alterações necessárias.

As frequentes interrupções do trabalho do enfermeiro durante a avaliação da criança produzem desconforto nos pais e crianças, interrompem a linha de raciocínio do profissional, atrasam o fluxo de atendimento no setor e ferem princípios éticos e de privacidade do paciente. Portanto, devem ser resumidas ao mínimo indispensável, sendo função do gestor incentivar/promover a reflexão dos profissionais sobre a complexidade dos processos de trabalho e sobre os princípios éticos e de respeito aos usuários, despertando, em toda a equipe, a corresponsabilidade pela qualidade do serviço desempenhado na unidade⁽¹⁾.

Avaliação do resultado

Evidenciou-se contraste entre a classificação de risco realizada pelo enfermeiro e aquela que seria obtida caso o protocolo fosse utilizado. O enfermeiro classificou 69,1% como não urgência, enquanto o protocolo classificaria 82% como emergência/urgência, sendo este último o resultado mais próximo aos encontrados na literatura. Estudos realizados com adultos atendidos em SUE mostraram predomínio do nível indicativo de pouca urgência⁽²²⁻²³⁾; ou de emergência, urgência e pouca urgência⁽²⁴⁾. Em SUE pediátrico, um estudo verificou que 94,4% dos atendimentos foram classificados como emergência, muita urgência, pouca urgência e urgência⁽⁹⁾; e outro, que 70,8% das crianças foram classificadas com cores correspondentes aos níveis de urgência⁽²¹⁾.

Esse resultado pode contribuir para a discussão sobre a superlotação dos SUEs em razão da grande demanda de casos que poderiam ser atendidos em unidades de saúde com menor nível de complexidade. Vários estudos^(9,21-24) mostram o predomínio do número de casos cuja indicação seria mesmo o atendimento em um SUE.

A divergência nas duas classificações pode estar intimamente relacionada ao não uso do protocolo institucional pelos enfermeiros para classificar o risco das crianças. Eles consideram sua experiência suficiente para dispensar a consulta ao protocolo e não dispõem dele para consulta no local dos atendimentos. Portanto, a atenção dos gestores deve ser no sentido de disponibilizar o protocolo para consulta no local de atendimento e de adotar estratégias que favoreçam a conscientização dos profissionais sobre a importância da correta classificação do risco e a utilidade do protocolo para esse fim.

Há, portanto, vários aspectos que convergem para equívocos no momento da classificação do risco: o não uso do protocolo pelos enfermeiros no momento de atribuir o nível de risco à criança; a não utilização de diversos materiais e equipamentos auxiliares para a avaliação da criança pelo enfermeiro; a qualidade dos registros dos enfermeiros; a não realização do exame físico, como preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil⁽¹⁾; e as frequentes interrupções no atendimento realizado pelo enfermeiro.

Todos esses fatores são modificáveis por alteração na conduta dos profissionais, não envolvendo custos para o serviço. Fica clara a necessidade de modificação no modelo de gestão do serviço, com uma supervisão mais direta da equipe para possibilitar a detecção das fragilidades e propor mudanças. É imperativa a reorientação do trabalho dos enfermeiros classificadores, oferecendo oportunidades

de treinamento/atualização, para melhorar a qualidade do serviço e, conseqüentemente, a segurança dos usuários.

A inadequada classificação de risco acarreta prejuízo para o serviço tanto no momento que usa seus recursos humanos/financeiros/logísticos para atender pacientes não urgentes erroneamente classificados como emergência/urgência, como quando deixa de atender aqueles que demandam atendimento imediato/rápido e são equivocadamente classificados como não urgentes. Embora a primeira situação seja mais aceitável, isso carece de equilíbrio para evitar o uso desnecessário dos recursos disponíveis⁽²⁵⁾.

Portanto, para organizar os atendimentos e garantir prioridade aos casos mais graves, é indispensável que a classificação de risco seja confiável, e os gestores do serviço devem garantir isso, clamando a responsabilização de todos os envolvidos.

Também merece a atenção dos gerentes e supervisores do serviço a falta de informação aos pais sobre o nível de risco da criança e o provável tempo de espera para o atendimento médico, uma vez que tal informação é um dos objetivos da classificação de risco⁽¹⁾ e ajuda aliviar sua ansiedade e insegurança⁽²⁶⁾. Ela deve ser fornecida durante todo o tempo que o usuário permanece no serviço⁽⁷⁾, atualizando-o continuamente.

Quanto ao desfecho do atendimento nos 193 casos classificados pelo protocolo, observou-se um número de internações em clínica (1,6%) inferior aos de outras pesquisas (10,4% a 70,1%) realizadas em emergência pediátrica^(9,27). Em outro estudo, 61,8% das crianças atendidas permaneceram em observação e/ou sob cuidados da equipe de saúde na emergência pediátrica. Destas, só 12,7% foram internadas⁽⁹⁾.

Portanto, mesmo predominando casos com nível de risco relativo a urgência e pouca urgência (80,3%), a maior parte (83,4%) das crianças teve alta após realização de consulta com o plantonista ou um especialista e ou realização de um procedimento, como exames, medicação e/ou sutura. Esse resultado denota alta resolutividade do serviço, que disponibiliza vários serviços de apoio diagnóstico (laboratório, tomografia, radiografia etc.) e especialidades médicas no serviço, permitindo resposta rápida à maioria das queixas apresentadas pelas crianças. Também ajuda a delinear o perfil de demanda do serviço, que inclui poucos casos no nível de emergência (Vermelho).

Apesar das falhas nos registros do enfermeiro, ele assinou a ficha de atendimento em todos os prontuários avaliados, deixando apenas um sem o carimbo identificador. Porém, o preenchimento incompleto do prontuário e a não identificação do profissional responsável pelo cuidado têm implicações legais e financeiras, uma vez que todo procedimento realizado em instituições públicas de saúde, inclusive o atendimento na classificação de risco, pode gerar renda ao serviço de saúde⁽¹⁰⁾. Ressalta-se, ainda, a obrigatoriedade do uso do carimbo do profissional de enfermagem no registro de todos os trabalhos técnicos desempenhados pelos profissionais de enfermagem⁽²⁸⁾.

Limitações do estudo

Os resultados deste estudo são limitados pelo pequeno número de profissionais participantes e de atendimentos observados e podem não refletir totalmente a realidade, restringindo-se à instituição estudada. Também não foram examinadas diferenças na atuação dos profissionais por hora do dia, tornando impossível

estudar associações entre a qualidade do exame realizado ou possíveis erros na classificação de risco e o momento em que eles aconteceram (início, meio ou fim do turno de trabalho) ou ocorrência de choro ou agitação da criança na hora do atendimento. Portanto, estudos futuros devem explorar a influência desses e de outros aspectos que podem influenciar a atuação do profissional no serviço de ACRP.

Contribuições para a Área de Enfermagem; Saúde e Política Pública

Os resultados deste estudo mostram que o referencial de estrutura, processo e resultado é valioso para a avaliação de serviços de saúde por permitir identificar a vulnerabilidade dos aspectos que influenciam tanto a satisfação dos profissionais com o trabalho quanto a qualidade do atendimento oferecido.

CONCLUSÕES

Foram identificadas fragilidades tanto na estrutura como no processo e resultado do serviço investigado, mas, excluindo-se as de estrutura, quase todas os problemas identificados são passíveis de melhorias com mudança na conduta dos profissionais. Na

avaliação do processo e resultado, chamam a atenção a pouca importância atribuída pelos enfermeiros ao uso do protocolo no momento de classificar o risco da criança, que pode ser um dos fatores que concorrem para a tendência desses profissionais em classificar a maioria delas como não urgência, em contraste com o que ocorreria se o protocolo fosse utilizado. Outro aspecto que se destaca é a falta de comunicação dos enfermeiros com os pais/responsáveis pela criança, que permanecem desinformados sobre o risco da criança e o possível tempo de espera para atendimento médico.

No processo de reorganização do serviço, a implantação de um modelo de administração mais presente na rotina dos profissionais permitirá aos gestores o acompanhamento dos atendimentos para identificar falhas e propor soluções acordadas entre todos. Finalmente, o cuidado com o treinamento e atualização contínua dos profissionais que realizam os atendimentos e a correção das falhas tão logo sejam observadas contribuem para melhorar a qualidade dos atendimentos e a segurança dos pacientes.

FOMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela oferta de Bolsas de Estudos para Doutorado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 Sep 23]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
2. Drogue TC, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Percepção da enfermagem sobre a qualidade do acolhimento com classificação de risco do serviço de emergência. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(3):518-29. <https://doi.org/10.5902/2179769228748>
3. Berwick D, Fox DM. "Evaluating the quality of medical care": Donabedian's Article 50 years later. *Milbank Q*. 2016;94(2):237-41. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12189>
4. Sharew Y, Mullu G, Abebe N, Mehare T. Quality of health care service assessment using Donabedian model in East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia, 2018. *Afr J Med Health Sci*. 2020;19(9):157-65. <https://doi.org/10.5897/AJMHS2019.0066>
5. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Jan 26]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
6. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde. Hospital Municipal Universitário. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. Rio Verde: Secretaria Municipal de Saúde; 2015. 35p.
7. Ministério da Saúde (BR). 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2017 Nov 13]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>.
8. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data *Biometrics*. 1977;33(1):159-74. <https://doi.org/10.2307/2529310>
9. Amthauer C, Cunha MLC. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24(e2779):1-7. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>
10. Cabral KB, Rosa RR, Teixeira CC, Cruz KCT, Cabral FD, Bezerra ALQ, et al. Opinião de enfermeiros sobre a avaliação e classificação de risco nas urgências e emergências. *REAS*. 2018;10(3):1973-81. https://doi.org/10.25248/REAS417_2018
11. Araújo MPS, Quental LLC, Medeiros SM. Working conditions: feelings of the staff and precariousness of nursing work. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(8):2906-14. <https://doi.org/10.5205/reuol.9373-82134-1-RV1008201616>
12. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.077, de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014 [cited 2019 Sep 11]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>

13. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências - como implementar o Sistema Manchester de Classificação de Risco. Belo Horizonte: GBCR [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 26]. Available from: <http://www.gbcr.org.br/wp-content/uploads/2021/03/DIRETRIZES.pdf>
14. Anzillero F, Soler BED, Silva BA, Tanccini T, Beghetto MG. Manchester System: time spent on risk classification and priority of care at na emergency medical service. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4):e64753. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>
15. Chianca TCM, Costa RM, Vidigal MV, Silva LCR, Diniz GA, Araújo JHV, et al. Waiting time for assistance using the Manchester Triage System in na emergency hospital. *Rev Min Enferm.* 2016;20(e988):1-8. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160058>
16. Macedo GPOS, D'Innencenzo M. Satisfaction of quality of care in a pediatric emergency room. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(6):635-43. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700092>
17. Takahashi T, Inoue N, Shimizu N, Terakawa T, Goldman RD. 'Down-triage' for children with abnormal vital signs: evaluation of a new triage practice at a paediatric emergency department in Japan. *Emerg Med J.* 2016;33:533-37. <https://doi.org/10.1136/emermed-2015-204968>
18. Lee B, Chang I, Kim DK. Korean Society of Pediatric Emergency Medicine. Factors associated with triage modifications using vital signs in pediatric triage: a nationwide cross-sectional study in Korea. *J Korean Med Sci.* 2020;35(16):e102. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e102>
19. Quaresma AS, Xavier DM, Cezar-Vaz MR. Nurse's role in the risk classification on emergency services. *Rev Enferm Atual Derme.* 2019;87(25):1-9. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.especial-art.151>
20. Camara RF, Paulino TS, Pereira FCC, Nelson ICASR, Rocha KM, Inácio Neto L. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. *Rev Human Ser UNIFACEX [Internet].* 2015 [cited 2018 Oct 22];1(1):99-114. Available from: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/628/146>
21. Magalhães FJ, Lima FET, Almeida PC, Ximenes LB, Chaves CMP. Care protocols with risk classification in pediatrics: inter-observer reliability. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(3):262-70. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700040>
22. Mendes TJM, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore MEWS. *Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1077. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180007>
23. Pagliotto LF, Souza PB, Thomazini JO, Ortega ABA, Vavra SMF. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. *CuidArte, Enferm [Internet].* 2016 [cited 2018 Oct 9];10(2):148-55. Available from: <http://webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/148-155.pdf>
24. Godoi VCG, Ganassin GS, Inoue KC, Gil NLM. Reception with risk classification: characteristics of the demand in an emergency unit. *Cogitare enferm [Internet].* 2016 [cited 2020 Jun 8];21(3):1-8. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44664/pdf>
25. Magalhães-Barbosa MC, Robaina JR, Prata-Barbosa A, Lopes CS. Reliability of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. *Emerg Med J.* 2019;36:231-8. <https://doi.org/10.1136/emermed-2018-207781>
26. Oliveira JLC, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci Jr JA, Góes HLF, Matsuda LM. User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1):e0960014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>
27. Alonso Sánchez I, Parra Cotanda C, Melé Casas M, Sainz de la Maza VT, Luaces Cubells C. Perfil del niño atendido en la sala de críticos de urgências. *Rev Esp Salud Pública [Internet].* 2019 [cited 2020 Jul 10];93:e201911067. Available from: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201911067.pdf
28. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN nº 0545 de 09 de maio de 2017. Atualiza a norma sobre a forma de anotação e uso do número de inscrição pelos profissionais de enfermagem. *Diário Oficial da União [Internet].* 2017[cited 2018 Oct 9];93(1):135. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>