

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CAMILA AMTHAUER**

**CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE  
MANCHESTER EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

**Porto Alegre  
2015**

**CAMILA AMTHAUER**

**CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE  
MANCHESTER EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Luzia Chollopetz da Cunha.

**Porto Alegre  
2015**

## CIP - Catalogação na Publicação

Amthauer, Camila

Características da utilização do Sistema de Triagem de Manchester em uma Unidade de Emergência Pediátrica / Camila Amthauer. -- 2015.  
77 f.

Orientadora: Maria Luzia Chollopetz Cunha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Sistema de Triagem de Manchester. 2. Classificação de risco. 3. Enfermagem em emergência. 4. Enfermagem pediátrica. 5. Serviço hospitalar de emergência. I. Cunha, Maria Luzia Chollopetz, orient. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a Deus, que nos permitiu estar aqui trabalhando para nossa própria evolução e também do coletivo que nos rodeia. Com a consciência de que ninguém cresce sem auxílio e que sempre envolvemos várias pessoas na nossa caminhada.*

*Aos meus maravilhosos pais, Helmuth e Clair, quem amo incondicionalmente. Mesmo quando a saudade se fez presente, não me faltou apoio para continuar. Foram eles que me ensinaram as primeiras lições sobre cuidado, sensibilidade e respeito pelo ser humano. A eles devo minha vida e minha felicidade.*

*A minha vó amada, Verônica, pelas palavras de conforto, quando delas precisei.*

*Aos meus queridos irmãos, Carlos e Paulo, por toda dedicação e incentivo de sempre continuar em frente.*

*Ao meu namorado, Renan, pela compreensão nos momentos em que me fiz ausente, por compartilhar minhas alegrias e também meus medos e insegurança.*

*Com admiração, agradeço a minha orientadora Maria Luzia, pela paciência, confiança e pelo exemplo de profissional a seguir, por ter compartilhado comigo um pouco do que admiro nela.*

*Ao enfermeiro Valmir, ao estatístico Luciano e à Jane do SAMIS, pela compreensão e paciência, no qual foram indispensáveis para que esse fosse realizado.*

*Enfim, a todas as pessoas que, de alguma forma, estiveram comigo e participaram da minha conquista.*

*Muito Obrigada!*

*É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar.*

*É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se,*

*fazendo nada até o final.*

*Eu prefiro na chuva caminhar,*

*que em dias frios em casa me esconder.*

*Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver.*

*Martin Luther King*

*Pensador*

## RESUMO

AMTHAUER, Camila. **Características da utilização do Sistema de Triagem de Manchester em uma Unidade de Emergência Pediátrica**. 2015. 77 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é um protocolo de classificação de risco que possibilita a rápida avaliação do paciente e determina uma categoria de risco conforme sua prioridade clínica, a partir da seleção de fluxogramas e discriminadores, indicando uma das cinco categorias e um tempo limite em que o paciente pode esperar para ser atendido. O estudo teve como objetivo geral caracterizar os atendimentos por meio da classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester em uma Emergência Pediátrica de um Hospital Universitário. Trata-se de um estudo quantitativo transversal, que incluiu todos os atendimentos da Emergência Pediátrica de um Hospital Universitário de Porto Alegre, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2013, com idade inferior a 14 anos. Os dados referentes à classificação de risco foram obtidos por meio de uma *query* dos prontuários dos pacientes, solicitada para o Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde. O Comitê de Ética e Pesquisa da instituição emitiu parecer favorável à realização do estudo. Foram respeitados os princípios éticos em saúde, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Durante o período que compreendeu a pesquisa, foram realizados 10.921 atendimentos na Emergência Pediátrica, em sua maioria do sexo masculino, com idade entre 29 dias e dois anos, procedentes do município de Porto Alegre. A categoria de risco que prevaleceu foi a categoria Urgente, com 4.762 (43,6%) atendimentos. O fluxograma Pais Preocupados prevaleceu em relação aos demais, totalizando 2.446 (22,4%) atendimentos. Quanto aos discriminadores, houve prevalência do discriminador Evento Recente, com 1.671 (15,3%) atendimentos. Com relação ao desfecho dos pacientes, 49,1% foram direcionados para a Sala de Procedimentos Pediátrica e 12,7% para a Sala de Observação Pediátrica após a consulta médica e antes de receber alta ou ser encaminhados para internação no próprio hospital. Os pacientes que obtiveram alta domiciliar após a consulta médica somaram 4.161 (38,1%) pacientes e 1.136 (10,4%) pacientes foram encaminhados para internação após a classificação de risco e a primeira consulta médica. O maior número de internações aconteceu na Unidade de Internação Pediátrica (76,7%). Conhecer o perfil dos atendimentos na Emergência Pediátrica que passam pela classificação de risco de acordo com o STM auxilia o enfermeiro no planejamento de ações e intervenções em saúde baseadas nas necessidades de saúde de pacientes pediátricos, permitindo ao profissional direcionar seu atendimento às demandas que buscam assistência à saúde nos serviços de emergência, com qualidade e eficiência na atenção voltada à saúde da criança.

**Palavras-chave:** Triagem. Pediatria. Enfermagem em Emergência. Enfermagem Pediátrica. Serviço Hospitalar de Emergência.

## ABSTRACT

AMTHAUER, Camila. **Characteristics of use the Manchester Triage System at a Pediatric Emergency Unit.** 2015. 77 f. Dissertation (Master in Nursing). School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

The Manchester Triage System (MTS) is a risk classification protocol which enables the fast evaluation of the patient and determines a risk category according to their clinical priority, from the selection of flowcharts and discriminators, indicating one of the five categories and a time limit in which the patient can wait to be seen. The main goal of the study was to characterize the treatments through the risk classification by the Manchester Triage System in a Pediatric Emergency at a University Hospital. It was a quantitative cross-sectional study, which included all the patients assisted at the Pediatric Emergency at a University Hospital, during the period of January 1<sup>st</sup> to December 31<sup>st</sup> of 2013, age group inferior to 14 years old. The data referring to the risk classification was obtained through a query of the patients' records, requested at the Serviço de Medical Archives and Health Information (Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde). The Research and Ethics Committee of the institution issued a favorable assent towards the performance of the study. The basic principles of health care ethics were respected, according to the Brazilian National Health Council Resolution nº 466/2012. During the period of the research, 10.921 treatments were performed at the Pediatric Emergency, in its majority of the male gender, ages between 29 days and two years old, coming from the city of Porto Alegre. The risk category that prevailed was the Urgent category, with 4.762 (43,6%) patients assisted. The Worried Parents flowchart prevailed in relation to the others, reaching a total of 2.446 (22,4%) patients assisted. As for the discriminators, there was a prevalence of the Recent Event one, with 1.671 (15,3%) patients assisted. In relation to the outcome of the patients, 49,1% were directed to the Pediatric Procedures Room and 12,7% to the Pediatric Observation Room after examination and before being discharged or being sent to hospitalization to hospital. The patients who received a discharge home after examination added a total of 4.161 (38,1%) patients and 1.136 (10,4%) patients were sent to hospitalization after the risk classification and the first medical examination. The highest number of hospitalizations happened at the Pediatric Hospitalization Unit (76,7%). Getting to know the profile of the treatments at the Pediatric Emergency that go through the risk classification according to MTS supports the nurse on the planning of action and interventions in health based on the health needs of pediatric patients, allowing the professional to direct his assistance towards the demands of search for health assistance at emergency services, with quality and efficiency in attention towards children's health.

**Keywords:** Triage. Pediatrics. Emergency Nursing. Pediatric Nursing. Emergency Service, Hospital.

## RESUMEN

AMTHAUER, Camila. **Características de la utilización del Sistema de Triage de Manchester en una Unidad de Emergencia Pediátrica**. 2015. 77 f. Disertación (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

El sistema de Triage de Manchester (STM) es un protocolo de clasificación de riesgo que posibilita la rápida evaluación del paciente y determina una categoría de riesgo de acuerdo a su prioridad clínica, a partir de la selección de flujogramas y discriminadores, indicando una de las cinco categorías y un tiempo límite que el paciente puede esperar para ser atendido. El estudio tuvo como objetivo general caracterizar los atendimientos de clasificación de riesgo por parte del Sistema de Triage de Manchester en una Emergencia Pediátrica de un Hospital Universitario. Se trató de un estudio cuantitativo transversal que incluyó todos los atendimientos en la Emergencia Pediátrica de un Hospital Universitario, en el periodo de 01 de enero a 31 de diciembre de 2013, con edad inferior a 14 años. Los datos referentes a clasificación de riesgo fueron obtenidos por medio de una *query* de los prontuarios de los pacientes, solicitada por el servicio de Archivo Médico e Información en Salud. El comité de ética en investigación de la institución emitió parecer favorable a la realización del estudio. Fueron respetados los principios éticos en salud, en conformidad con la Resolución del Consejo Nacional de Salud nº ° 466/2012. Durante el periodo de la investigación, fueron realizados 10.921 atendimientos en la Emergencia Pediátrica, en su mayoría del sexo masculino, con edad entre 29 días y dos años, procedentes del municipio de Porto Alegre. La categoría de riesgo que prevaleció fue la categoría Urgente, con 4.762 (43,6%) atendimientos. El flujograma Padres Preocupados prevaleció a los demás totalizando 2.446 (22,44%) atendimientos. Cuanto a los discriminadores, hubo prevalencia del discriminador Evento Reciente, con 1.671 (15,3%) atendimientos. Relacionados a la solución final de los pacientes, 49,1% fueron direccionados para la Sala de Procedimientos Pediátricos y 12,7% para la Sala de Observación Pediátrica después de la consulta médica y antes de recibir alta o ser encaminados para la internación en el hospital. Los pacientes que obtuvieron alta domiciliar después de la consulta médica sumaron 4.161 (38,1%) pacientes y 1.136 (10,4%) pacientes fueron encaminados para la internación después de la clasificación de riesgo y la primera consulta médica. El mayor número de internaciones ocurrió en la Unidad de Internación Pediátrica (76,7%). Conocer el perfil de los atendimientos de Emergencia Pediátrica por la clasificación de riesgo de acuerdo con el STM auxilia al enfermero en el planeamiento de acciones e intervenciones en salud basadas en las necesidades de salud de los pacientes pediátricos, permitiendo al profesional direccionar su atendimento a las demandas que buscan asistencia a la salud en los servicios de emergencia, con calidad y eficiencia en la atención direccionada a la salud de los niños.

**Palabras-clave:** Triage. Pediatría. Enfermería de Urgencia. Enfermería Pediátrica. Servicio de Urgencia en Hospital.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Distribuição da proporção dos atendimentos realizados conforme a classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>40</b>
<b>Figura 2</b> – Principais fluxogramas selecionados durante a classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>42</b>
<b>Figura 3</b> – Principais discriminadores selecionados a partir dos fluxogramas durante a classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>43</b>
<b>Figura 4</b> – Distribuição dos pacientes atendidos na Emergência Pediátrica e que foram internados nas unidades do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013 .....	<b>50</b>
<b>Figura 5</b> – Principais exames realizados na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>52</b>
<b>Figura 6</b> – Principais unidades executoras de exames realizados na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>53</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização dos atendimentos realizados na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2013.....	<b>39</b>
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos principais discriminadores estratificados para cada fluxograma selecionado durante a classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>44</b>
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos principais fluxogramas estratificados para cada categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester durante a classificação de risco na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>45</b>
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos principais discriminadores estratificados para cada categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester durante a classificação de risco na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>47</b>
<b>Tabela 5</b> - Caracterização dos atendimentos quanto à faixa etária e à categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>48</b>
<b>Tabela 6</b> – Desfecho dos atendimentos de acordo com a categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>49</b>
<b>Tabela 7</b> – Distribuição da categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester conforme o local de internação dos pacientes atendidos na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.....	<b>51</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

SUS – Sistema Único de Saúde

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

SAMU – Serviço de Atendimento Hospitalar Móvel

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

PNH – Política Nacional de Humanização

AACR – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

STM – Sistema de Triagem de Manchester

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

CNS – Conferência Nacional de Saúde

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

HOB – Hospital Municipal Odilon Behrens

ESI – Emergency Severity Index

ATS – Australasian Triage Scale

CTAS – Canadian Triage Acuity Scale

MTS – Manchester Triage System

GPT – Grupo Português de Triagem

GBACR – Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco

MTG – Manchester Triage Group

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

SAMIS – Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

GPPG – Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

EQU – Exame Qualitativo de Urina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>18</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1 Sistema Único de Saúde</b> .....	<b>19</b>
<b>3.2 Serviços de Urgência e Emergência</b> .....	<b>21</b>
3.2.1 Serviços de Emergência Pediátrica.....	<b>23</b>
<b>3.3 Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco</b> .....	<b>25</b>
<b>3.4 Protocolos de Classificação de Risco</b> .....	<b>27</b>
3.4.1 Emergency Severity Index – ESI.....	<b>28</b>
3.4.2 Australasian Triage Scale – ATS.....	<b>28</b>
3.4.3 Canadian Triage Acuity Scale – CTAS.....	<b>29</b>
3.4.4 Manchester Triage System – MTS (Sistema de Triagem de Manchester – STM).....	<b>29</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>33</b>
<b>4.1 Delineamento do estudo</b> .....	<b>33</b>
<b>4.2 Local do estudo</b> .....	<b>33</b>
<b>4.3 População</b> .....	<b>35</b>
4.3.1 População em estudo.....	<b>35</b>
4.3.2 População da pesquisa.....	<b>35</b>
<b>4.4 Amostra e amostragem</b> .....	<b>35</b>
4.4.1 Critérios de inclusão.....	<b>35</b>
4.4.2 Critérios de exclusão.....	<b>36</b>
<b>4.5 Coleta de dados</b> .....	<b>36</b>
<b>4.6 Variáveis do estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>4.7 Análise dos dados</b> .....	<b>37</b>
<b>4.8 Aspectos éticos</b> .....	<b>37</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>64</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>72</b>
<b>APÊNDICE 1 – Formulário de solicitação da Query</b> .....	<b>73</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>74</b>
<b>ANEXO 1 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	<b>75</b>
<b>ANEXO 2 – Termo de Compromisso</b> .....	<b>76</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Além de garantir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a Constituição Federal, criada em 1988, preconiza o acesso universal e igualitário de todos os cidadãos por meio de ações e serviços de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, providos de um sistema organizado segundo as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação comunitária (BRASIL, 1988).

Conforme o Ministério da Saúde, o sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção a agravos e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2010a), na qual se insere no contexto das políticas públicas de seguridade social, abrangendo a saúde, a previdência e a assistência social.

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem possibilitado a construção de novas alternativas de organização, com propostas concretas de reconfiguração do modelo assistencial, ampliando os espaços das práticas de atenção à saúde e de gestão do sistema que se associam às propostas de novos modelos (MÜLLER, 2002).

A assistência à saúde deve ser ofertada de acordo com o nível de complexidade e as necessidades específicas do usuário em situação crítica. Tendo em vista um hospital que atende urgências e emergências, este necessita de estrutura adequada para o atendimento à população, com uma equipe multiprofissional capacitada para ofertar tais cuidados, além de recursos técnicos e funcionamento contínuo, prestando assistência à saúde no local ou em outro nível de atendimento por meio do serviço de referência e contra-referência (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Os serviços de urgência e emergência têm se configurado como uma importante porta de entrada aos serviços de saúde, onde grande parte da população usuária do SUS busca assistência por meio de consultas de pronto atendimento em hospitais, em vez de procurar por esse atendimento na Atenção Básica, indicada como principal porta de acesso para a assistência à saúde da população. Dessa forma, O'Dwyer; Matta e Pepe (2008) destacam que a atenção às urgências continua centrada nos hospitais, corroborando para o grande fluxo de demanda

espontânea, culminando com a superlotação e, conseqüentemente, com a baixa qualidade da assistência ofertada.

Para Alves (2011), o serviço de emergência pode ser considerado como o de maior complexidade da assistência, com grande fluxo de atividades de profissionais e necessidades dos usuários. Na emergência é necessário prestar uma assistência imediata, eficiente, com habilidade profissional e amplo conhecimento técnico. Com o aumento da demanda, torna-se visível o elevado fluxo de circulação desordenada de usuários nas portas destes serviços, tornando fundamental a reorganização do processo de trabalho nestas unidades de atendimento.

Os serviços de emergência, entendido como principal porta de entrada das instituições terciárias em saúde, retêm os problemas oriundos da rede básica de saúde e da falta de leitos das Unidades de Internação e das Unidades de Tratamento Intensivo (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011), aliada à falta de definições políticas e à dificuldade de mudança de hábitos e crenças da população usuária (MARQUES; LIMA, 2007).

Com a grande demanda de usuários que procuram atendimento nos serviços de emergência, a superlotação destes serviços consiste em um importante problema de saúde, tanto nos hospitais públicos como nos privados. Com o objetivo de melhor atender essa demanda de acordo com suas necessidades, políticas são adotadas a fim de facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Dentre estas políticas, destaca-se a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), proposta pelo Ministério da Saúde, em 2003, e, posteriormente, reformulada pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Esta Portaria, ainda, institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2011a). Junto à PNAU, foram integrados o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), como principais estratégias para a implementação da política (BRASIL, 2006a; 2010b).

Segundo o Ministério da Saúde, a UPA é um estabelecimento de saúde de média complexidade entre a Atenção Básica e a rede hospitalar, devendo ser implantada em locais e/ou unidades estratégicas para a configuração das redes de atenção à urgência, com vista ao acolhimento e à classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2010b; 2010c).

A UPA é descrita como porta de entrada aos usuários, pois funciona 24 horas durante os sete dias da semana e garante atendimento às demandas agudas ou

agudizadas, podendo resolver grande parte das urgências e emergências, como problemas de pressão arterial, febre alta, fraturas, cortes e infartos. Dessa forma, a UPA pode evitar que estes pacientes sejam sempre encaminhados aos pronto-socorros dos hospitais, sendo os usuários referenciados, quando necessário, para serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar (BRASIL, 2010b; 2010c). Cabe ressaltar que a UPA é estruturada com equipamentos de raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação, sendo solucionados, em média, 97% dos casos (BRASIL, 2010b).

Em estudo realizado por O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009), os autores trazem como questões centrais para a avaliação da emergência a resolutividade e a integralidade. Além disso, afirmam que a atuação deve ser conjunta a um sistema de regulação com referência e contra-referência, voltado ao atendimento ambulatorial e à classificação dentro do ambiente hospitalar, proporcionando locais de seguimento após o atendimento na unidade de emergência.

Neste contexto, o Ministério da Saúde cria, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como um de seus dispositivos o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na realização da promoção da saúde em rede (BRASIL, 2004a).

Segundo o Ministério da Saúde, a classificação de risco pode ser definida como *“um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento”* (BRASIL, 2004a, p.20).

Quanto aos objetivos delineados para a classificação de risco, encontram-se: a avaliação do paciente no momento da sua chegada à emergência, a redução do tempo de espera por atendimento médico, a fim de que o paciente seja atendido conforme sua gravidade, a determinação do encaminhamento do paciente diretamente às especialidades de acordo com protocolo, dentre outros (BRASIL, 2004a).

Dentre os protocolos de classificação de risco já existentes, destaca-se o Sistema de Triage de Manchester (*Manchester Triage System*), um sistema de classificação criado em 1997, na cidade de Manchester, na Inglaterra, com a finalidade de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros quanto à

classificação de pacientes nos serviços de emergência, além de melhorar a organização do atendimento em situações de urgência e emergência. Para isso, foi criado um novo sistema de definições e nomenclaturas comuns com uma nova metodologia de classificação, além de desenvolver um programa para a formação dos profissionais e métodos de auditoria e acompanhamento (ANDRADE et al., 2008).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é um sistema de classificação que determina o nível de urgência de cada paciente. O enfermeiro responsável pela classificação seleciona o fluxograma mais adequado para a queixa principal, história clínica e sinais e sintomas apresentados pelo usuário, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias: Emergente (vermelho), precisando de avaliação imediata; Muito Urgente (laranja), dentro das necessidades de avaliação pode esperar por 10 minutos; Urgente (amarelo), com tempo de espera de até 60 minutos; Pouco Urgente (verde), podendo esperar 120 minutos; e, Não Urgente (azul), onde o paciente pode esperar até 240 minutos (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010). Em Portugal foi introduzida a categoria Sem Classificação, representada pela cor branca, a fim de definir situações que chegam aos serviços de emergência e que não estão relacionadas a uma queixa clínica (GPT, 2002).

As ações de acolhimento ao usuário podem ser realizadas por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que este seja treinado. Entretanto, o enfermeiro tem sido o profissional indicado para classificar e avaliar o risco do paciente, orientado por um protocolo de classificação direcionador, propondo a utilização de um fluxograma de atendimento para instigar esse profissional a uma reflexão sobre seu processo de trabalho no contexto da atenção às urgências, substituindo a triagem excludente por um modelo de classificação acolhedor (BRASIL, 2009a; SOUZA et al., 2011).

É papel do profissional de enfermagem realizar a classificação de risco, e esse fato não ocorre isoladamente no Brasil. O enfermeiro tem sido o profissional considerado o mais adequado para executar a atividade em vários países, incluindo, dentre eles, Inglaterra, Canadá, Austrália e Portugal. Isso acontece porque na proposta da classificação de risco não é realizado diagnóstico médico, mas a identificação dos sinais que permitam atribuir o grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo máximo de espera recomendado (COREN-MG, 2011).



Ao que diz respeito ao Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco na Emergência Pediátrica, cabe ao enfermeiro responsável a capacidade de identificar as queixas e os problemas de saúde relatados pelos pacientes, além de constatar os possíveis riscos à saúde e a necessidade de atendimento no serviço. Para Santos et al. (2009), quando se trabalha com crianças em situação de hospitalização e risco de vida, os profissionais que as atendem, devem utilizar práticas de cuidado baseadas na integralidade do paciente, atentando para anseios e manifestações da criança.

Em seus estudos, Tacsí e Vendruscolo (2004), afirmam que em situações de emergência, a criança costuma ser a principal vítima, pois necessita de uma atenção especial diante de suas especificidades de saúde, sejam biológicas e/ou psicológicas, além das características próprias desse grupo populacional, sujeito aos agravos decorrentes das doenças prevalentes na infância, na qual precisam de recursos especializados para seu atendimento emergencial.

Estudo retrospectivo realizado na Holanda avaliou a validade do STM no atendimento de emergência pediátrica, com uma amostra de 1.065 pacientes de 0 a 16 anos de idade. O estudo mostrou que o STM tem moderada sensibilidade e especificidade no atendimento de emergência pediátrica, sugerindo que modificações específicas do STM devem ser consideradas no atendimento de emergência pediátrica, mantendo a sensibilidade nas categorias de maior urgência (ROUKEMA et al., 2006).

Um estudo prospectivo realizado na Holanda teve como participantes 17.600 crianças com idade inferior a 16 anos, visando realizar uma avaliação detalhada de categorias específicas dos pacientes e validar o uso do STM no atendimento de emergência pediátrica. A sensibilidade encontrada foi de 63% e a especificidade de 79%. Por conseguinte, o STM foi menos sensível para crianças de 0-3 meses, com um percentual de 50%. A triagem foi subestimada em 12% e superestimada em 54% dos pacientes. As crianças com problemas clínicos apresentaram 61% de triagem superestimada e 10% de subestimada. O estudo evidenciou que o STM possui validade moderada no atendimento de emergência pediátrica, quando comparado com outro padrão de referência independente para categorização de níveis de urgência. Os autores concluíram que a classificação de risco é particularmente difícil em crianças mais jovens. Entretanto, a triagem superestimada é maior que a subestimada, o que proporciona segurança ao paciente e ao profissional

responsável pela classificação (VAN VEEN et al., 2008; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Cabe destacar que a sensibilidade é considerada como a capacidade do protocolo de classificação em reconhecer os pacientes que apresentam situação de elevada urgência, obtida do agrupamento dos níveis Emergente com o Muito Urgente. A especificidade se caracteriza como a capacidade do protocolo de identificar pacientes com baixa urgência, obtida do agrupamento dos pacientes classificados como urgentes, pouco urgentes e não urgentes (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

No Brasil, o Sistema de Triagem de Manchester vem sendo aplicado desde 2008, tendo sido implementado na Emergência Pediátrica no segundo semestre de 2012. Na revisão da literatura, não foram encontrados estudos sobre o perfil dos pacientes pediátricos classificados com este protocolo, tão pouco foram relatadas pesquisas com análise do STM em Emergência Pediátrica. Desta forma, o presente estudo possui relevância na temática de investigação porque propõe a caracterização da classificação de risco pelo STM dos atendimentos de uma Emergência Pediátrica no Sul do país.

Considerando-se que a implantação do STM no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é recente, a justificativa em desenvolver o presente estudo deu-se em decorrência de que esse sistema de classificação de risco possui moderada sensibilidade e especificidade no atendimento de emergência pediátrica e precisa ser investigada na prática assistencial. Constata-se que, frequentemente, o enfermeiro responsável pela classificação de risco é o mesmo que atende adultos e crianças, sem que haja um olhar mais direcionado a este grupo etário, considerando as particularidades que os pacientes pediátricos apresentam. Para alcançar o objetivo proposto, partiu-se da questão norteadora “Quais são as características dos atendimentos realizados por meio da classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester em uma Emergência Pediátrica de um Hospital Universitário?” Tal estudo visa o conhecimento do emprego deste protocolo de classificação em pacientes pediátricos podendo, futuramente, justificar o desenvolvimento de pesquisas a fim de otimizar a classificação de risco a partir do STM na população pediátrica.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Caracterizar os atendimentos por meio da classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester em uma Emergência Pediátrica de um Hospital Universitário.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar os atendimentos quanto sexo, faixa etária, procedência e queixa principal;
- Identificar os principais fluxogramas e os seus discriminadores, utilizados em pacientes pediátricos classificados como Emergente (vermelho), Muito Urgente (laranja), Urgente (amarelo), Pouco Urgente (verde), Não Urgente (azul) e Sem Classificação (branco);
- Identificar os desfechos decorrentes da consulta médica, como: a) alta para domicílio; b) atendimento na Sala de Procedimentos; c) internação na Sala de Observação; d) internação hospitalar; e) realização de exames complementares; f) transferência para outras instituições.

## 3 REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 Sistema Único de Saúde

Em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), marcada por ampla participação popular, surge uma mobilização nacional a fim de pressionar a Assembleia Nacional Constituinte para inserir o modelo defendido e aprovado pelos movimentos sociais na Constituição brasileira, tornando-se um marco importante para as mudanças da saúde no Brasil que aconteceriam a partir de então. É na 8ª CNS que são aprovadas as propostas e diretrizes do SUS (BRASIL, 2010d).

Após um processo histórico de lutas organizadas em torno do movimento da reforma sanitária (CAVALCANTE FILHO et al., 2009), o processo de criação do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006b), sendo defendida a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 2010d).

O Ministério da Saúde define o SUS como

*“um conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania”* (BRASIL, 2011b, p.24).

Em 1990, foram consolidadas e regulamentadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que surgiram com o objetivo de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, assegurando que todo cidadão brasileiro teria direito de acesso ao serviço público de saúde (BRASIL, 2010a). Ainda, com a criação das LOS, foram estabelecidas normas e diretrizes que direcionavam o novo sistema de saúde, no que se refere à sua organização, ao seu funcionamento e aos critérios de repasses para os estados e municípios (BRASIL, 2006b).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta as ações do SUS e estabelece diretrizes para seu gerenciamento, enfatiza a descentralização político-administrativa a partir da municipalização das ações e dos serviços de saúde,

detalha as competências destinadas para cada esfera do Governo, responsabiliza o SUS pela definição de critérios, valores e qualidade dos serviços prestados, garantindo a gratuidade desses serviços nos atendimentos públicos e privados, contratados e conveniados ao SUS (BRASIL, 2009b).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de estabelecer a paridade dos Conselhos de Saúde, que têm a finalidade de garantir a representatividade de todos os setores envolvidos na saúde (gestor, prestador, profissional e usuário), sendo que a representação dos usuários deverá ser paritária, com 50% da representatividade nos Conselhos (BRASIL, 2009b).

A partir da regulamentação das LOS, o SUS vem se consolidando na busca da implementação de seus princípios norteadores, como a universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde, descentralização da gestão, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade (CAVALCANTE FILHO et al., 2009). Cabe ressaltar que o SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça os seus direitos e os riscos à sua saúde (BRASIL, 2010d). A utilização dos serviços prestados pelo SUS deve ser garantida por meio de políticas e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BACKES et al., 2009).

Com a implantação desse sistema único, o número de beneficiados passou de 30 para 190 milhões de pessoas que têm o direito de acesso aos serviços de saúde. Conforme destaca o Ministério da Saúde, o SUS tem 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família. O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações. Entre as principais ações realizadas pelo SUS, destacam-se a criação do SAMU, das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador, além dos programas de vacinação em crianças e idosos e da realização de transplantes pela rede pública (BRASIL, 2010e).

Para Backes et al. (2009), o SUS se configura como um importante mecanismo de cobertura social, servindo de apoio para driblar a fragmentação e a exclusão crescentes na sociedade atual. Contudo, a responsabilidade pela coordenação de esforços para a solidificação de um sistema de saúde parte dos gestores, profissionais e usuários, a fim de que se mostre eficiente e eficaz no atendimento à saúde da população. Por conseguinte, um sistema que esteja articulado e integrado com a coletividade é a garantia de um serviço de saúde de qualidade. Os autores ainda refletem sobre a necessidade de superar a marca do conservadorismo, bem como a hegemonia do modelo biomédico, que prevalece em nossa sociedade.

### **3.2 Serviços de Urgência e Emergência**

Os serviços de urgência e emergência se constituem como um problema de ordem pública no que se refere à saúde da população. Estes serviços têm sido a porta de entrada para o sistema de saúde, além de se apresentar como consumidores de recursos humanos e financeiros, na qual os hospitais recebem grande número de consultas especializadas, exames diagnósticos, internações e procedimentos de alto custo (AZEVEDO et al., 2010).

Anualmente, conforme Andrade e Donelli (2004), é possível observar um aumento da procura por atendimento nos serviços de emergência, sendo que 40% desses atendimentos não são considerados casos de urgência. Em consequência disso, limita-se o atendimento para os pacientes graves que necessitam de cuidados de saúde imediatos, impactando negativamente na qualidade da assistência ofertada.

Para a regulação e reorganização desses serviços foi proposta a Política Nacional de Atenção às Urgências, que justifica o crescimento dessa demanda devido ao aumento do número dos acidentes, da violência urbana, da estruturação precária da rede de saúde, da questão socioeconômica e da falta de resolutividade das ações, contribuindo para a superlotação dos serviços de urgência e emergência, comprometendo, assim, a integralidade e a equidade dos cuidados prestados (BRASIL, 2006a; GARLET et al., 2009; AZEVEDO et al., 2010).

Embora houvesse avanços na promessa de um novo modelo de atenção, o serviço de emergência continua sendo uma forma de o usuário ter acesso rápido ao sistema de saúde. A pressão exercida pelo excesso da demanda que vem caracterizando os serviços de urgência e emergência tem provocado a fragmentação da assistência hospitalar, marcada por ações específicas, imediatistas e desarticuladas da assistência integral da saúde (DAL PAI; LAUTERT, 2011). Diante de tal situação, o paciente que busca atendimento nos serviços de emergência é o maior prejudicado, pois, muitas vezes, fica durante horas em uma fila de espera, sem ser avaliado previamente quanto a sua urgência de ser atendido, podendo agravar ainda mais sua condição de saúde.

É importante acentuar que os serviços de atenção às urgências vêm apresentando avanços quanto à incorporação de novas tecnologias que possibilitem a reorganização do atendimento em rede, objetivando que a população usuária do serviço seja acolhida em qualquer nível de atenção à saúde, seja na Atenção Básica ou nas especialidades. Para tanto, ambos devem estar preparados para atender essa demanda, respeitando os princípios do acolhimento e ofertando um encaminhamento adequado para os demais níveis de atenção de acordo com as necessidades de cada paciente. A fim de colocar isso em prática, é necessária a formação de uma rede de assistência em todos os níveis de atenção, complementando as ações de saúde por meio da organização e pactuação dos serviços para que os mesmos se considerem como integrantes do sistema de urgências (GARLET et al., 2009), acolhendo e se responsabilizando pelo encaminhamento da demanda usuária destes serviços.

Para a reorganização dos serviços faz-se importante o fortalecimento de um modelo de gerenciamento que cuida do paciente em sua totalidade, focado no acompanhamento de todo seu processo clínico, desde a definição até a conclusão de seu tratamento (VALENTIM; SANTOS, 2009), além de estabelecer uma relação humanizada com os usuários, atendendo suas necessidades de saúde baseadas na responsabilização da assistência prestada. Desse modo, a oferta de um atendimento acolhedor, centrado no usuário, enquanto provedor de direitos, torna-se fundamental na conquista de sua cidadania (ANDRADE; DONELLI, 2004).

De acordo com a PNH, nos serviços de urgência e emergência, como pronto-socorro, pronto-atendimento e assistência pré-hospitalar, deve-se fazer as ações voltadas para atender os seguintes objetivos: acolhimento dos usuários através de

critérios de classificação de risco, de maneira a garantir o acesso referenciado aos demais níveis de atenção; garantir o uso do sistema de referência e contra-referência, visando a resolutividade dos problemas de saúde; definição de protocolos clínicos, com a não realização de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade do usuário (BRASIL, 2004b).

Com base nestes pressupostos e considerando que o atendimento realizado aos usuários com quadros agudos deve ser por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, a rede de atenção às urgências possibilita a resolutividade do atendimento ou, caso seja necessário, encaminha o usuário para um serviço de maior ou menor complexidade, dentro de um sistema organizado em redes regionais de atenção às urgências.

Neste processo de produção de saúde, todos, incluindo os profissionais de saúde, gestores e instituições, são responsáveis pela prestação e pela oferta de um atendimento acolhedor e humanizado para com os usuários que procuram pelo serviço. É necessário que o profissional de enfermagem tenha conhecimento clínico e saiba realizar os encaminhamentos necessários, de acordo com os protocolos pré-estabelecidos, priorizando o atendimento dos pacientes com maior agravo de saúde e visando a diminuição do risco de morte e o aumento da expectativa de vida (NASCIMENTO et al., 2011).

### 3.2.1 Serviços de Emergência Pediátrica

Com a grande demanda de pacientes na qual o serviço de emergência têm se deparado, o papel do profissional de enfermagem, junto com sua equipe, é prestar uma assistência rápida e resolutiva para minimizar as situações de risco de vida. Quando se trata de uma criança que se encontra em situação de risco, os profissionais vivenciam uma diversidade de respostas subjetivas, em consequência da sensibilidade presente na essência do ser humano (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004). Para Faquinello; Higarashi e Marcon (2007), a hospitalização em si já causa uma situação crítica e delicada, apresentando contornos especiais quando se trata de um acontecimento na vida de uma criança.



Conforme é mencionado por Lima et al. (2012), na avaliação da criança são considerados a apresentação usual da doença, situação/queixa, início, evolução e duração dos sintomas, aparência física, resposta emocional, uso de medicações e alergias. É importante ressaltar que a intuição do profissional não será usada para diminuir prioridade, apenas para aumentar. Também são investigados os sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), saturação de O<sub>2</sub>, escala de dor, escala de coma de Glasgow, glicemia, avaliação da superfície corporal queimada, entre outros, baseado na classificação de prioridade, segundo protocolo. Entre os inúmeros fatores que colocam a criança em situação de risco e que necessitam de atendimento nos serviços de emergência, pode-se destacar as doenças respiratórias, os estados convulsivos, as intoxicações, os acidentes e traumas (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

Em estudo transversal, realizado com 383 crianças menores de cinco anos, em cinco serviços públicos de emergência pediátrica da cidade de Recife, Pernambuco, Brasil, que tinha como objetivo conhecer a acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de emergência, os autores puderam constatar que 63,5% das crianças apresentavam problemas de saúde passíveis de serem solucionados na rede básica. Dentre os 36,5% cuja demanda havia sido considerada adequada, 15,2% necessitavam de atendimento em serviço de urgência/emergência e 3,9% chegaram encaminhadas. As demais apresentavam necessidades de atendimento que poderiam ter sido resolvidas no nível primário (KOVACS et al., 2005).

Outro estudo retrospectivo, este na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil, realizado com crianças de zero a 14 anos, que apresentava como objetivo descrever a casuística de pacientes pediátricos atendidos em sala de emergência pediátrica de um hospital universitário, contou com uma amostra de 20.028 pacientes que foram atendidos na Unidade de Emergência Pediátrica; destes, 203 (1%) foram atendidos na Sala de Emergência em Pediatria; 1.998 (10%) necessitaram de admissão para observação na unidade e os outros 17.818 (89%) foram dispensados após consulta médica (RICCETTO et al., 2007).

O profissional de enfermagem, diante de sua atuação na unidade pediátrica, visa a organização e o funcionamento da sala de emergência, por meio do controle de recursos humanos e tecnológicos, da realização de protocolos de atendimento e da capacitação dos demais integrantes da equipe de saúde, a fim de promover uma

assistência de qualidade, diminuindo riscos e possíveis sequelas e/ou incapacidades decorrentes da situação de emergência que a criança se encontra (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

No que se refere à assistência pediátrica de média e alta complexidade, frente à cronicidade e gravidade dos casos, os profissionais devem considerar a incorporação constante de novos conhecimentos sobre doenças raras, limitações do desenvolvimento e maturação dos pacientes, uso de tecnologias de ponta, além da valorização do saber dos pacientes pediátricos sobre seu processo de adoecimento e sobre as relações vivenciadas durante sua internação. O direito de expressão das crianças fornece subsídios para que o profissional de saúde possa refletir e repensar acerca de suas práticas com vista a uma assistência integral e acolhedora (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009).

Considera-se importante atentar para os casos de vulnerabilidade, como os casos de negligência, imprudência e abuso de menores. Para gerar resolutividade na realização desse trabalho, é necessário que todos profissionais envolvidos no cuidado à criança tenham conhecimento sobre o funcionamento da classificação de risco como forma de humanizar e qualificar o atendimento nos serviços de emergência, utilizando uma linguagem comum e informações claras entre os profissionais e usuários. Ao trabalho realizado no Serviço de Emergência Pediátrica, exige-se do enfermeiro responsabilidade, competência e habilidade para atender à demanda que busca atendimento nesses serviços (MAURER, 2010).

### **3.3 Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**

No Brasil, registros apontam que os primeiros hospitais brasileiros a utilizar o AACR no atendimento às urgências foram o Hospital Municipal de Paulínia, em 1993, na qual foi adotado o protocolo canadense para classificação de risco, após ter sido adaptado para sua realidade local e, em seguida, o Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, no município de Campinas, em 2001, ambos localizados no Estado de São Paulo. Posteriormente, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição, localizado no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul,

implantou a classificação de risco a partir da experiência do Hospital Municipal Dr. Mario Gatti (GBACR, 200-).

Em 2001, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, o processo de implantação da classificação de risco teve início quando uma UPA existente no município passou a utilizar a classificação de risco de forma sistematizada. No ano de 2005 iniciou-se o processo de implantação da classificação de risco no Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB). Contudo, o Sistema de Triagem de Manchester só foi adotado como política pública a partir de 2008 (SOUZA, 2009; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). A partir da data de implantação da classificação de risco no HOB, que aconteceu em 2005, conforme anteriormente mencionado, até 2008, foram classificados por volta de 162 mil pacientes, com uma média mensal de 4.500 pacientes e uma média diária de 150 pacientes (SOUZA, 2009).

Quanto à classificação de risco às crianças em situação de urgência e emergência, desde 2006, o município de Fortaleza, Ceará, tem trabalhado para implementar o ACCR e outros dispositivos propostos pela PNH. Neste processo, para realizar a classificação de forma eficiente e eficaz, uma equipe multiprofissional reuniu-se para elaborar o protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria, fundamentado no STM, na qual foram necessárias adaptações ao protocolo de classificação para adultos, utilizado pelo Hospital Odilon Behrens. Assim, em 2008, com o apoio do Ministério da Saúde, foi possível a utilização de um protocolo de classificação de risco, objetivando melhorar o atendimento nas portas de entrada das instituições pediátricas dos hospitais municipais de Fortaleza (RUIZ, 2009; LIMA et al., 2012).

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco surge como um dispositivo a fim de atender os objetivos elencados pela PNH, fazendo parte de uma ampla proposta de humanização da atenção à saúde, consolidada pela política. Neste contexto, o Ministério da Saúde ressalta que o AACR determina a agilidade do atendimento de acordo com a identificação dos pacientes que precisam de atendimento imediato a partir de seu grau de sofrimento, risco e/ou agravo à saúde, conforme protocolo pré-estabelecido, resultando em uma atenção centrada no nível de complexidade e não mais pela ordem de chegada. Com isso, todos os usuários que buscam os serviços de saúde podem ser atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2004a).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a classificação de risco apresenta objetivos importantes, como: organizar a fila de espera, descongestionando o serviço; avaliar o paciente na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando seu atendimento; reduzir o tempo para a consulta médica, garantindo atendimento imediato ao paciente de acordo com sua gravidade; informar o tempo de espera ao paciente que não apresente risco iminente, a fim de promover a informação sobre o funcionamento do serviço aos pacientes e seus familiares; encaminhar o paciente diretamente às especialidades de acordo com suas necessidades; garantir a satisfação dos usuários; possibilitar a construção de redes de acesso para prestar um atendimento de qualidade (BRASIL, 2004a; 2009a).

Entretanto, a realização da classificação de risco como um ato isolado não significa a prestação de uma assistência qualificada. São necessárias definições, internas e externas, para possibilitar o processo de produção de saúde, além de fortalecer as articulações com a Atenção Básica, ambulatórios de especialidades e serviços de internação domiciliar, por exemplo. Caracteriza-se, assim, o AACR como uma das intervenções essenciais para a (re) organização dos serviços de urgência e para a produção de saúde em rede (BRASIL, 2009a).

### **3.4 Protocolos de Classificação de Risco**

A classificação de risco vem sendo utilizada em vários países, incluindo, entre eles, o Brasil. Para facilitar e ajudar na classificação, foram desenvolvidos protocolos para priorizar o atendimento aos usuários que necessitam de uma conduta de saúde imediata. Para isso, todos os protocolos são baseados na avaliação primária do paciente que busca atendimento nos serviços de urgência e emergência.

Dentre os protocolos existentes para classificação de risco, os mais conhecidos e utilizados mundialmente são: Emergency Severity Index (ESI), Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS), e o Manchester Triage System – MTS (Sistema de Triagem de Manchester – STM) (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; SOUZA, 2009; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

### 3.4.1 Emergency Severity Index – ESI

Desenvolvida em 1998, a Emergency Severity Index (ESI), é a escala mais utilizada nos Estados Unidos, tendo como objetivo estratificar o risco dos pacientes. Em 1999, a ESI foi implantada nos hospitais de ensino americanos, e, no ano de 2000, a escala foi aperfeiçoada e passou a fazer parte de outros cinco hospitais. A ESI estratifica o risco em cinco prioridades, que podem ser divididas em: nível 1 (Emergente) – a avaliação médica é imediata; nível 2 (Urgente) – o paciente pode esperar até 10 minutos por atendimento; nível 3 – os sintomas do paciente são relacionados à doença aguda e seus fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida; nível 4 – os pacientes com queixas crônicas, sem ameaça a função de órgãos vitais; nível 5 – os pacientes apresentam-se estáveis (SOUZA, 2009; AHRQ, 2012; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

### 3.4.2 Australasian Triage Scale – ATS

Durante a década de 70, na Austrália, desenvolveu-se uma escala baseada no tempo de atendimento dos pacientes que apresentavam risco de vida. Em 1993, a National Triage Scale foi adotada como parte das políticas de triagem pelo Australasian College of Emergency Medicine. Nos anos 2000, essa escala passou a se chamar Australasian Triage Scale (ATS) e tem sido adotada pelas autoridades de saúde e pelo Australian Council on Health Care Standards como base de avaliação do desempenho dos serviços de emergência (GBACR, 200-; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

A ATS contém cinco categorias de urgência. Cada uma das categorias corresponde a uma série de discriminadores clínicos, que compreende desde sintomas até parâmetros clínicos e comportamentais. A ATS não constitui parte específica para crianças. A escala é aplicada pelo enfermeiro, que utiliza a lista de discriminadores clínicos para classificar o paciente em uma das categorias de urgência. À semelhança de outros sistemas de classificação, a ATS é um instrumento que assegura o atendimento dos pacientes segundo sua urgência

clínica, na qual está associado um tempo limite para se realizar determinada intervenção (GBACR, 200-; DIOGO, 2007).

### 3.4.3 Canadian Triage Acuity Scale – CTAS

A Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) foi implantada em 1999, no Canadá, e teve como referência a Australasian Triage Scale, a ATS, sendo adaptada para a realidade canadense. No ano de 2001, foi desenvolvida uma escala específica para o atendimento de pacientes pediátricos, a Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (SOUZA, 2009).

A CTAS, assim como as demais escalas, apresenta cinco níveis de classificação. São eles: nível 1 (Reanimação) – cor azul, o atendimento deve ser imediato; nível 2 (Emergente) – cor vermelho, até 15 minutos para realizar o atendimento; nível 3 (Urgente) – cor amarelo, o paciente pode esperar até 30 minutos para ser atendido; nível 4 (Menos Urgente) – cor verde, pode esperar até 60 minutos; e, nível 5 (Não Urgente) – cor branco, na qual o paciente pode esperar até 120 minutos por um atendimento (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

### 3.4.4 Manchester Triage System – MTS (Sistema de Triagem de Manchester – STM)

A classificação de risco passou a fazer parte do serviço de emergência a fim de responder às demandas que procuravam esses serviços por meio de uma assistência qualificada e adequada aos problemas de saúde de cada paciente, implicando diretamente nos resultados clínicos dos usuários. Quando a classificação é realizada de forma incorreta, esta pode acarretar em complicações de saúde para o paciente, levando-o, até mesmo, à morte.

Com vista a melhorar o atendimento nos serviços de emergência, em 1994 formou-se o Grupo de Triagem de Manchester, composto por médicos e enfermeiros que tinham o objetivo de estabelecer um consenso entre os profissionais quanto à

criação de normas de classificação, visando a adequação de nomenclaturas e definições comuns (SOUZA, 2009; MOREIRA, 2010).

Realizou-se um levantamento da linguagem dos protocolos de classificação já existentes para identificar temas comuns entre eles. Por meio deste trabalho, ficou acordado um novo sistema de nomenclatura constituído por cinco categorias de gravidade, sendo atribuídas a cada uma delas um número, um nome, uma cor e um tempo limite a qual o paciente deveria receber atendimento no serviço de emergência. Assim, chegou-se à criação desse novo protocolo de classificação (SOUZA, 2009).

A partir da criação do protocolo, em 1997, uma nova versão foi reformulada e publicada em 2006, com alterações referentes aos fluxogramas e a ampliação dos discriminadores, que passaram de 186 para 195, dentre eles, déficit neurológico agudo, alteração da categorização de dor leve para dor recente e inclusão da régua da dor pediátrica (MOREIRA, 2010; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). O STM traz uma lista com 52 fluxogramas, sendo sete deles específicos para crianças e dois para catástrofes (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Incluem-se como fluxogramas específicos para crianças: bebê chorando, criança irritadiça, criança mancando, dispneia em criança, dor abdominal em criança, mal estar em criança e pais preocupados (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010). No que tange aos fluxogramas específicos para catástrofes, são eles: catástrofe – avaliação primária; e, catástrofe – avaliação secundária (GPT, 2002).

Além da Inglaterra, o Sistema de Triagem de Manchester está sendo utilizado em vários países da Europa, dentre eles, Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia e Holanda. Em Portugal, o STM foi adotado como política e, desde 2000, está em funcionamento em vários hospitais, por intermédio do Grupo Português de Triagem (GPT). No Brasil, o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) é o representante oficial do protocolo, autorizado pelo Manchester Triage Group (MTG) e British Medical Journal, detentores dos direitos autorais do protocolo, e o GPT, licenciado pelo MTG para a tradução em língua portuguesa (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

A primeira etapa para se realizar o processo de classificação é a identificação do problema, a partir da coleta de dados realizada com o paciente, familiar e/ou responsável. Esta começa na avaliação do paciente ao referir sua queixa principal, que será direcionada a um fluxograma específico (SOUZA et al., 2012). São

realizadas algumas perguntas ao paciente até se obter uma resposta positiva. Uma vez escolhido o fluxograma, o profissional continua com a coleta e análise das informações sobre o estado de saúde do paciente.

Cada fluxograma apresenta os discriminadores, que irão definir a categoria de risco do paciente dentre sua prioridade clínica. Os discriminadores são divididos em gerais ou específicos. Os discriminadores gerais podem ser aplicados a todos os pacientes e não dependem de sua condição clínica. Estes aparecem inúmeras vezes no decorrer dos fluxogramas, remetendo a mesma prioridade clínica em todos os casos. São eles: risco de vida, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento da condição de saúde. Os discriminadores específicos são utilizados para casos individuais, relacionando-se diretamente com características inerentes à queixa principal do paciente (SOUZA, 2009; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; SOUZA et al., 2012).

Após a identificação de um discriminador, é definida uma prioridade clínica segundo a qual o paciente é classificado quanto ao seu nível de urgência, à cor correspondente e ao tempo limite de espera por atendimento. Nesse modelo de classificação, a decisão quanto à prioridade de atendimento é realizada com base em critérios bem definidos, e não mais de forma subjetiva e por ordem de chegada. Por fim, o paciente é encaminhado para uma área específica que atenda às suas necessidades ou espera por atendimento no limite de tempo que for preconizado para a sua situação de risco. Contudo, faz-se importante uma monitorização e reavaliação do paciente que se encontra na fila de espera por atendimento médico, a fim de constatar uma possível piora em seu estado de saúde (SOUZA, 2009; PINTO; LUNET; AZEVEDO, 2010; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

De acordo com Souza (2009), cada fluxograma possui a definição do tipo de situação a qual o paciente está sendo direcionado, fornecendo maiores informações ao enfermeiro responsável pela classificação sobre o risco de saúde do paciente, de forma a esclarecer se o fluxograma escolhido foi o mais adequado. Assim como os fluxogramas, a definição de todos os discriminadores específicos pode ser encontrada no final do protocolo, o que, segundo a autora, se configura como uma ferramenta poderosa para o enfermeiro na sua tomada de decisão quanto ao nível de prioridade atribuída a cada paciente.

Em estudo realizado no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, a fim de se conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o STM como



instrumento de trabalho no serviço de emergência, a autora pôde concluir que tal protocolo permite a padronização da conduta realizada pelos profissionais, contribuindo para melhorias e auxiliando-os na gestão e no planejamento dos recursos disponíveis em benefício dos usuários. Ainda, o enfermeiro encontra respaldo legal em sua tomada de decisão quando utiliza um protocolo estruturado e padronizado (BOHN, 2012), pois transmite segurança ao profissional durante a classificação do paciente por nível de gravidade, enquanto que para o usuário, possibilita o entendimento da ordem e do tempo de espera por assistência (ANZILIERO, 2011).

Entretanto, no que diz respeito à sua aplicação em idade pediátrica, sua utilização tem sido mais suscetível a erros, tanto pela variabilidade e gravidade das patologias quanto pela falta de especificidade de suas queixas, já que, na maioria das vezes, é o familiar ou responsável que reporta as queixas da criança ao profissional que realiza a classificação (ANDRADE et al., 2008).

Em uma revisão da literatura sobre a confiabilidade e a validade dos sistemas de classificação mais utilizados para o atendimento de emergência pediátrica, Van Veen e Moll (2009) destacam que o STM parece ser válido e confiável para a utilização pediátrica. Contudo, sua validade interna é moderada, podendo estar relacionada à falta de organização dos fluxogramas específicos para pacientes pediátricos.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Estudo quantitativo transversal.

### **4.2 Local do estudo**

O Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi aberto ao público em 1976, atendendo pacientes adultos e pediátricos por meio do Sistema Único de Saúde. Com capacidade para internar 49 pacientes adultos e nove pacientes pediátricos, o serviço atende mais de 5.000 pacientes mensalmente. Desse total, a Emergência Pediátrica atende uma média de 1.000 pacientes ao mês, por meio de um grupo de profissionais atuantes no local (HCPA, 2012).

O serviço segue a diretriz do AACR para as urgências e emergências, pautada pela PNH e preconizada pelo Ministério da Saúde. Com o objetivo de acatar com esta diretriz, em setembro de 2011, o Serviço de Emergência do HCPA adotou o STM para estabelecer o grau de prioridade clínica de atendimento e direcionar o paciente de acordo com sua queixa principal, além de pactuar respostas resolutivas aos problemas de saúde e qualificar o atendimento às situações de saúde dos pacientes (HCPA, 2012).

Quanto à sua estrutura, o Serviço de Emergência é localizado no andar térreo do hospital, ocupando uma área de, aproximadamente, 1.400 metros quadrados. Sua estrutura pode ser dividida em setores, entre eles: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Unidade de Observação Pediátrica; Unidade de Observação Verde; Unidade de Observação Laranja; Unidade de Internação; Unidade Vascular (HCPA, 2012). A Emergência do hospital atende, exclusivamente, queixas clínicas e cirúrgicas. Contudo, não possui atendimento para as especialidades como trauma, oftalmologia, psiquiatria, odontologia e queimados, sendo que estas são

referenciadas para outras instituições de saúde. Por outro lado, o HCPA se destaca como um hospital de alta complexidade para o atendimento em oncologia e doenças crônicas pediátricas.

A Emergência Pediátrica é uma unidade do Serviço de Emergência do HCPA, com capacidade de nove leitos para a internação de crianças de zero a 14 anos, conforme norma da instituição. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu Art. 2º da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade. Contudo, neste estudo, serão considerados crianças aqueles com idade inferior a 14 anos, pois esta é a faixa etária atendida pela Emergência Pediátrica do HCPA.

Destes nove leitos existentes para internação, dois são leitos de isolamento respiratório, instalados em uma enfermaria específica. A Sala de Observação Pediátrica possui cinco leitos, além de dois leitos individuais, denominados Box 1 e Box 2, sendo que a unidade de emergência pediátrica também possui o Box de Urgência para atendimento de casos de urgência.

Ao entrar no Serviço de Emergência do HCPA, o enfermeiro responsável realiza a classificação de risco do paciente em uma das duas salas específicas para o acolhimento, onde é utilizado o STM. Após a classificação, o paciente aguarda por atendimento médico de acordo com sua avaliação e prioridade clínica. Cabe destacar que o profissional que realiza a classificação é o mesmo que atende pacientes adultos e pediátricos, em uma mesma estrutura designada à classificação de risco.

O primeiro atendimento após a classificação de risco do paciente pediátrico é a consulta médica. Para a consulta, a Emergência Pediátrica possui dois consultórios. Após a consulta médica, a criança é liberada para o domicílio ou, caso seja necessário, são realizadas intervenções, exames complementares e/ou internação, na qual o paciente será designado ao local adequado para a continuidade de seu atendimento. Para isso, a Emergência Pediátrica possui uma Sala de Procedimentos, onde os pacientes realizam as intervenções e exames necessários para seu problema de saúde para, em seguida, ser avaliados e encaminhados para o domicílio, internação no HCPA ou transferidos para outra instituição.

## **4.3 População**

### 4.3.1 População em estudo

A população em estudo foi composta por todos os pacientes classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, durante os anos de implementação do protocolo.

### 4.3.2 População da pesquisa

A população da pesquisa foi composta por pacientes com idade inferior a 14 anos classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.

## **4.4 Amostra e amostragem**

Para a amostra foi solicitada uma *query* dos prontuários classificados como Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente, Não Urgente e Sem Classificação no período de 12 meses consecutivos, que compreende de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.

### 4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos os pacientes com idade inferior a 14 anos atendidos após a classificação feita a partir do Sistema de Triagem de Manchester, classificados como

Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente, Não Urgente e Sem Classificação.

Sabe-se que alguns pacientes buscaram atendimento na Emergência Pediátrica mais de uma vez durante o período estudado. Portanto, para fins de resultados, será considerado o número total de atendimentos realizados na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que foram classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester.

#### 4.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes admitidos na Emergência Pediátrica após a transferência de outras instituições de saúde, previamente classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester.

#### 4.5 Coleta de dados

Foi solicitada uma *query* ao banco de dados do Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde (SAMIS), onde consta o registro informatizado de dados dos prontuários dos pacientes classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester.

A *query* foi disponibilizada por arquivo no *Microsoft Excel* (planilha eletrônica), formato xls, versão 97-2003.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário de solicitação da *query* (APÊNDICE 1), onde constam todas as variáveis pertinentes ao estudo.

#### 4.6 Variáveis do estudo

a) data de nascimento; b) idade; c) sexo; d) queixa principal; e) fluxograma escolhido; f) discriminador escolhido; g) classificação de risco conforme o Sistema

de Triagem de Manchester (Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente, Não Urgente e Sem Classificação); h) encaminhamento do paciente após a consulta médica (alta hospitalar, internação, óbito); i) local de internação; j) exames complementares.

#### **4.7 Análise dos dados**

Os dados da pesquisa foram organizados em *Microsoft Excel* e, posteriormente, analisados por meio do *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 18.0.

Realizou-se análise descritiva dos dados. As variáveis categóricas são expressas em frequência absoluta e frequência relativa.

#### **4.8 Aspectos éticos**

Após avaliação e aprovação do projeto pela banca de qualificação, o estudo foi encaminhado para a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e, posteriormente, enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – GPPG do Hospital das Clínicas de Porto Alegre – HCPA, tendo sido aprovado sob o número 13-0397 (ANEXO 1).

Foram respeitados os princípios éticos em saúde, conforme a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os autores assinaram um Termo de Compromisso para utilização dos dados dos prontuários (ANEXO 2).

## 5 RESULTADOS

Durante o período que compreendeu a pesquisa, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2013, foram realizados 10.921 atendimentos na Emergência Pediátrica do HCPA a pacientes com idade inferior a 14 anos, conforme levantamento dos prontuários eletrônicos realizado pelo SAMIS.

Em relação às características, o sexo masculino prevaleceu com 5.941 (54,4%) atendimentos. Quanto à faixa etária, esta foi dividida em cinco categorias, são elas: Recém-Nascido (0 a 28 dias de vida); Lactente (29 dias até dois anos de idade); Pré-Escolar (2 anos e 1 dia até 6 anos de idade); Escolar (6 anos e 1 dia até 12 anos de idade); e, Adolescência (12 anos e 1 dia até 14 anos de idade). A categoria Lactente apresentou maior proporção durante o período estudado, com um total de 4.860 (44,5%) atendimentos. No que se refere ao município de origem, foram levantados 165 municípios de procedência dos usuários. A procura por atendimento ocorreu a partir de várias localidades Estado do Rio Grande do Sul, contudo, os cinco municípios de procedência com maior número de atendimentos realizados na Emergência Pediátrica estão localizados na Região Metropolitana de Porto Alegre. O município que prevaleceu foi Porto Alegre, seguido de Viamão, Alvorada, Canoas e Guaíba. Os demais municípios foram agrupados na categoria Outros (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização dos atendimentos realizados na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2013

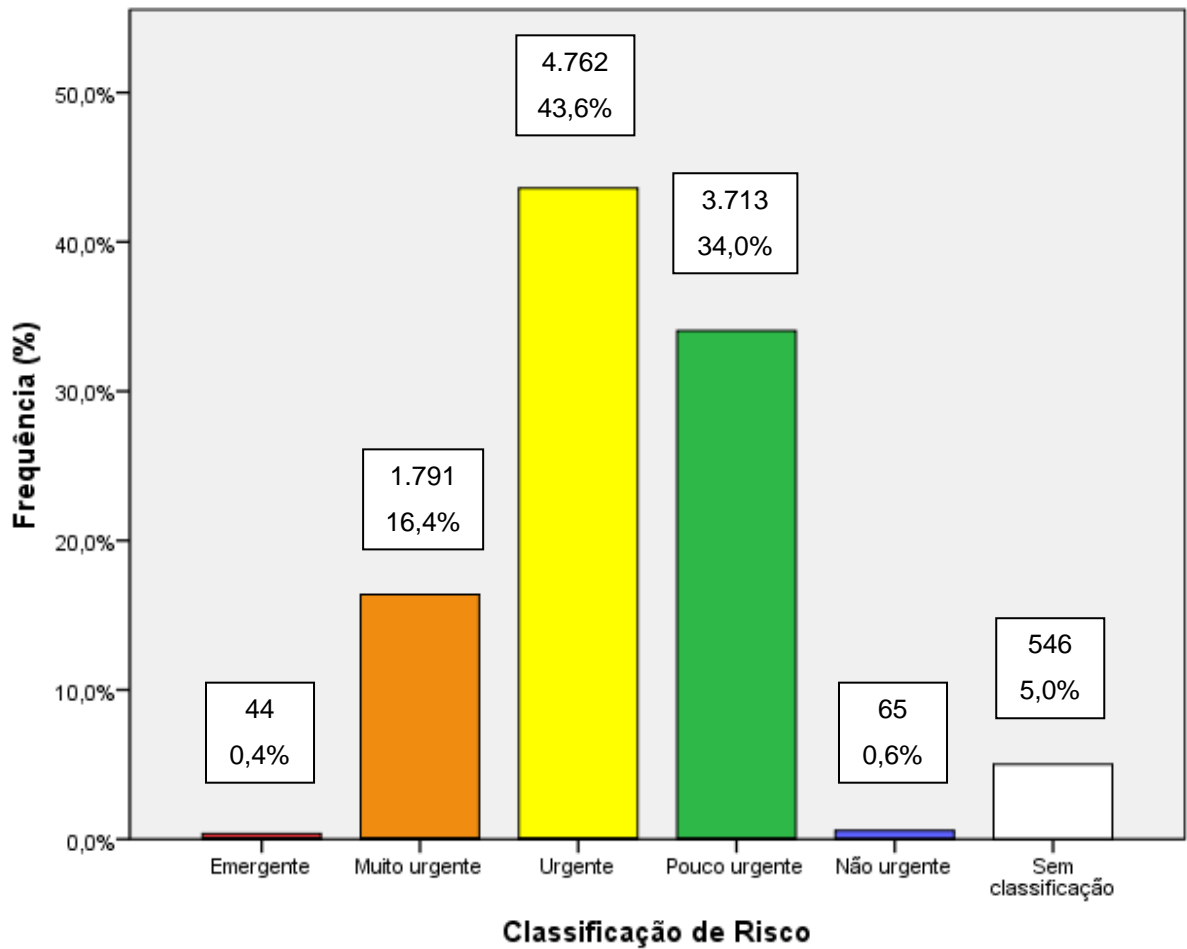
<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	5941 (54,4)
Feminino	4980 (45,6)
<b>Faixa etária</b>	
Recém-nascido (0 < 28 dias)	448 (4,1)
Lactente (29 dias < 2 anos)	4860 (44,5)
Pré-escolar (2 < 6 anos)	3200 (29,3)
Escolar (6 < 12 anos)	1878 (17,2)
Adolescência (12 < 14 anos)	535 (4,9)
<b>Município de origem</b>	
Porto Alegre	7525 (68,9)
Viamão	1714 (15,7)
Alvorada	306 (2,8)
Canoas	197 (1,8)
Guaíba	153 (1,4)
Outros	1026 (9,4)
<b>Classificação de risco</b>	
Emergente	44 (0,4)
Muito Urgente	1791 (16,4)
Urgente	4762 (43,6)
Pouco Urgente	3713 (34,0)
Não Urgente	65 (0,6)
Sem Classificação	546 (5,0)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.



De acordo com a classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester, a categoria Urgente apresentou maior prevalência em relação às demais categorias, totalizando 4.762 (43,6%) atendimentos (Figura 1).

**Figura 1** - Distribuição da proporção dos atendimentos realizados conforme a classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013



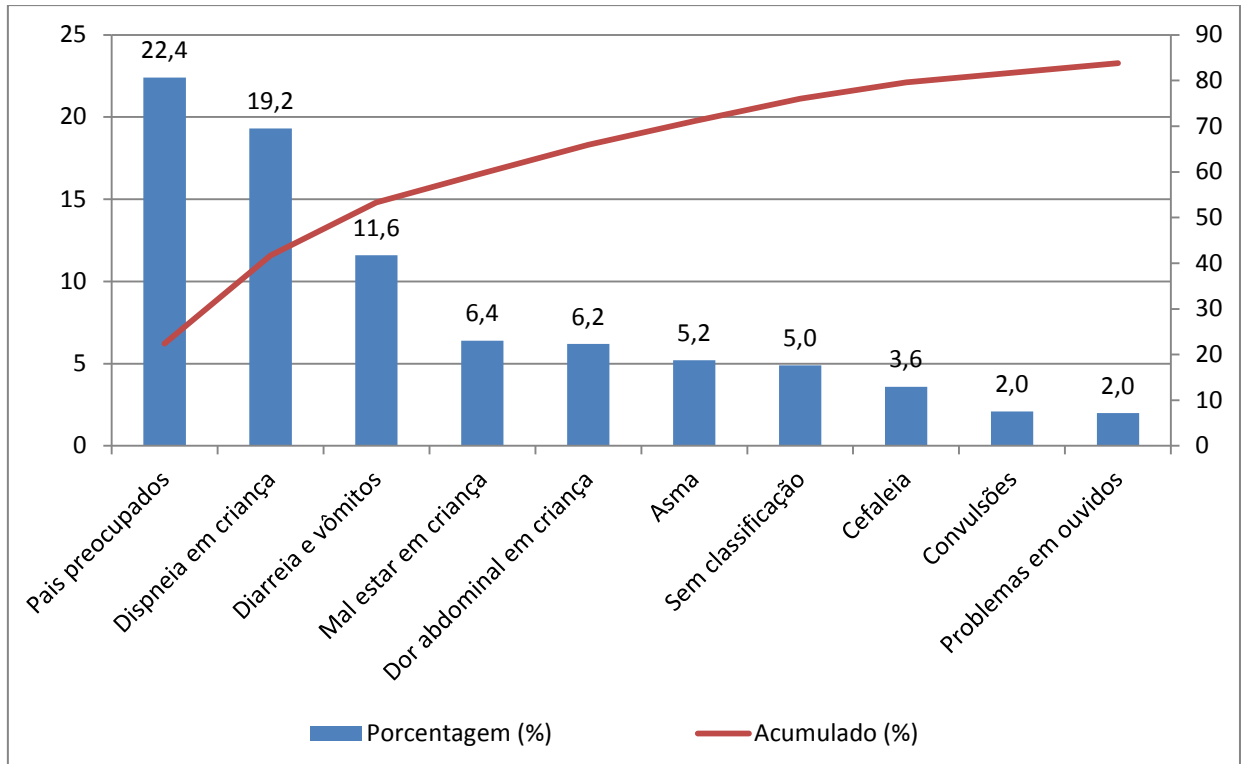
Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Do total de atendimentos realizados na Emergência Pediátrica do HCPA, foram registrados 18 óbitos, de uma amostra de 10.921 atendimentos, que aconteceram durante a permanência do paciente na emergência. Estes 18 óbitos representaram 0,16% do total da amostra. Destes, 16 (88,9%) ocorreram na Sala de Observação e 2 (11,1%) na Sala de Procedimentos. O principal fluxograma selecionado durante a classificação de risco, antes da ocorrência do óbito, foi Dispneia em Criança com 10 (55,6%) óbitos; Diarreia e/ou Vômitos com três (16,7%) óbitos; Sem Classificação com três (16,7%) óbitos; Mal Estar em Criança com um (5,5%) óbito; Agressão com um (5,5%) óbito. Entre os principais discriminadores selecionados, encontram-se Saturação O<sub>2</sub> Muito Baixa; Sem Classificação; Saturação O<sub>2</sub> Baixa; Vômitos Persistentes; Esforço Respiratório Aumentado; Respiração Inadequada; Criança Quente; Dor Intensa; Sinais de Dor Moderada.

No momento da classificação de risco, emergiram 367 diferentes tipos de queixas principais referidas pelos pacientes e/ou responsáveis. Ressalta-se que as queixas compreendem sintomas, diagnóstico e procedimentos. Estes foram relatados pelos pacientes, ou responsáveis, ou inferidos pelo profissional de saúde durante a classificação. As cinco principais queixas representam um percentual acumulado de 50,7%. Dentre elas, a mais referida entre os pacientes atendidos foi febre (21,9%), seguida da tosse (11,4%); vômitos (8,7%); dispneia (4,7%); dor abdominal (4,0%).

Quanto aos fluxogramas selecionados durante a classificação de risco dos 10.921 atendimentos, foram selecionados 43 fluxogramas dos 52 existentes no STM. Os dez fluxogramas prevalentes selecionados pelo enfermeiro durante a classificação de risco contabilizaram 83,6%, na qual houve prevalência do fluxograma Pais Preocupados, que apareceu na classificação de 2.446 (22,4%) atendimentos. Os demais fluxogramas foram agrupados na categoria Outros (16,4%) (Figura 2).

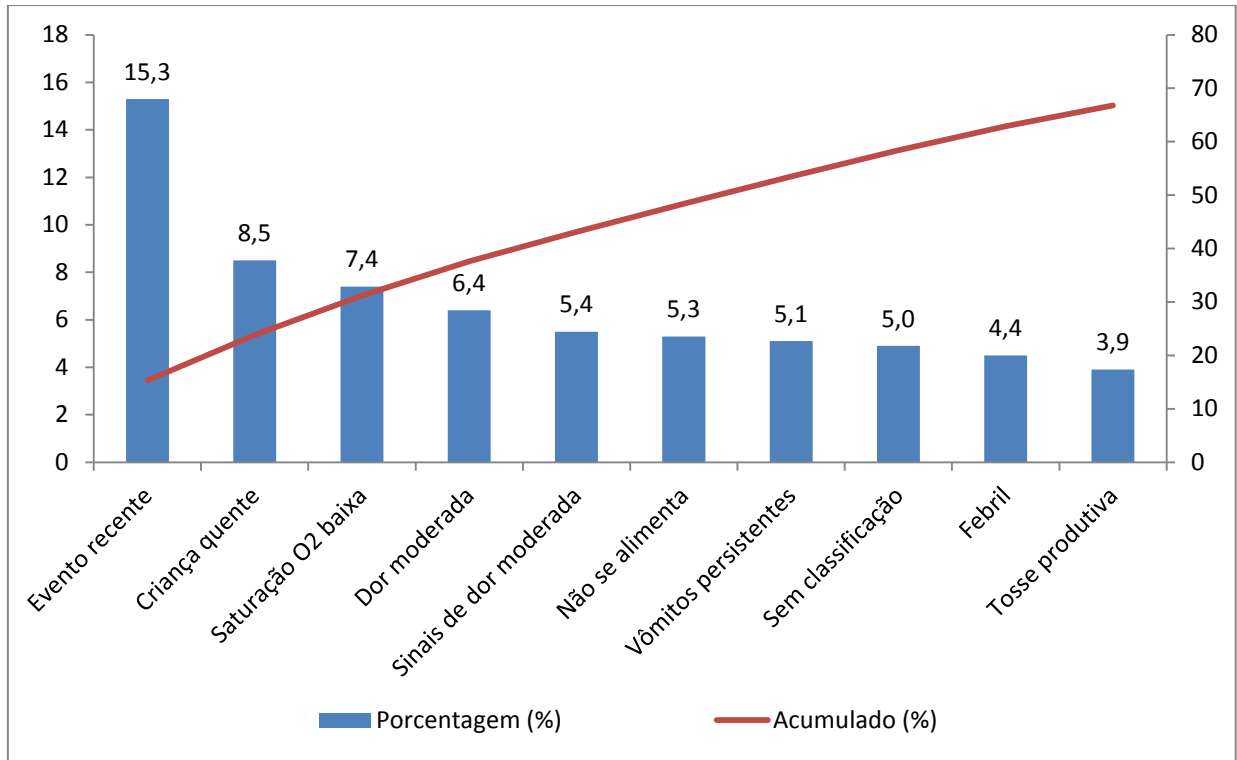
**Figura 2** - Principais fluxogramas selecionados durante a classificação de risco do Sistema de Triage de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013



Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Quanto aos discriminadores selecionados a partir dos fluxogramas, foram encontrados 105 discriminadores diferentes durante a classificação de risco. Em razão de uma representação significativa, considerou-se um percentual acumulado de 66,7%, distribuído entre os dez principais discriminadores utilizados para classificar os atendimentos na Emergência Pediátrica. O discriminador que apresentou maior prevalência foi Evento Recente, escolhido na classificação de 1.671 (15,3%) atendimentos. Os demais discriminadores selecionados durante a classificação de risco foram agrupados na categoria Outros (33,3%) (Figura 3).

**Figura 3** - Principais discriminadores selecionados a partir dos fluxogramas durante a classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013



Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Destaca-se a seguir os principais discriminadores estratificados para os cinco fluxogramas mais prevalentes selecionados no momento da classificação de risco dos atendimentos na Emergência Pediátrica do HCPA. Os demais discriminadores escolhidos foram agrupados na categoria Outros (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição dos principais discriminadores estratificados para cada fluxograma selecionado durante a classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013

<b>Fluxograma</b>	<b>Discriminador</b>	<b>n (%)</b>
<b>Pais Preocupados</b>	Evento recente	653 (26,7)
	Criança quente	286 (11,7)
	Febril	228 (9,3)
	Não se alimenta	215 (8,8)
	Dor moderada	120 (4,9)
	Outros	944 (38,6)
	Total	2446 (100)
<b>Dispneia em Criança</b>	Saturação O2 baixa	340 (16,2)
	Tosse produtiva	243 (11,6)
	Evento recente	205 (9,8)
	Chieira	185 (8,8)
	Criança quente	130 (6,2)
	Esforço respiratório aumentado	130 (6,2)
	Outros	864 (41,2)
	Total	2097 (100)
<b>Diarreia e/ou vômitos</b>	Vômitos persistentes	193 (15,2)
	Vômitos	185 (14,6)
	Evento recente	169 (13,3)
	Criança quente	96 (7,6)
	Dor moderada	72 (5,7)
	Outros	552 (43,6)
	Total	1267 (100)
<b>Mal Estar em Criança</b>	Evento recente	118 (16,9)
	Criança quente	109 (15,6)
	Não se alimenta	73 (10,4)
	Sinais de dor moderada	50 (7,1)
	Febril	42 (6,1)
	Outros	307 (43,9)
	Total	699 (100)
<b>Dor Abdominal em Criança</b>	Sinais de dor moderada	138 (20,4)
	Evento recente	92 (13,6)
	Sinais de dor leve recente	60 (8,9)
	Criança quente	43 (6,3)
	Saturação O2 baixa	43 (6,3)
	Outros	302 (44,5)
	Total	678 (100)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Apresentamos a distribuição dos cinco principais fluxogramas estratificados para cada categoria de risco durante a classificação dos pacientes pediátricos. Os demais fluxogramas selecionados foram agrupados na categoria Outros. Entretanto, na classificação de risco Não Urgente e Sem Classificação, houve empate na prevalência de alguns dos cinco principais fluxogramas, sendo que foram descritos todos os fluxogramas que apresentaram o mesmo percentual (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição dos principais fluxogramas estratificados para cada categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester durante a classificação de risco na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013

(continua)

<b>Classificação de risco</b>	<b>Fluxograma</b>	<b>n (%)</b>
<b>Emergente</b>	Convulsões	18 (40,9)
	Dispneia em criança	17 (38,6)
	Mal estar em criança	6 (13,6)
	Agressão	1 (2,3)
	Diabetes	1 (2,3)
	Dispneia em adulto	1 (2,3)
	Total	44 (100)
<b>Muito Urgente</b>	Pais preocupados	500 (27,9)
	Dispneia em criança	414 (23,1)
	Mal estar em criança	243 (13,6)
	Diarreia e vômitos	131 (7,3)
	Dor abdominal em criança	84 (4,7)
	Outros	419 (23,4)
	Total	1791 (100)
<b>Urgente</b>	Dispneia em criança	829 (17,4)
	Diarreia e vômitos	710 (14,9)
	Pais preocupados	695 (14,6)
	Asma	490 (10,3)
	Dor abdominal em criança	414 (8,7)
	Outros	1624 (34,1)
	Total	4762 (100)
<b>Pouco Urgente</b>	Pais preocupados	1222 (32,9)
	Dispneia em criança	835 (22,5)
	Diarreia e vômitos	423 (11,4)
	Mal estar em criança	182 (4,9)
	Dor abdominal em criança	178 (4,8)
	Outros	873 (23,5)
	Total	3713 (100)

**Tabela 3** – Distribuição dos principais fluxogramas estratificados para cada categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester durante a classificação de risco na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013

(conclusão)

<b>Classificação de risco</b>	<b>Fluxograma</b>	<b>n (%)</b>
<b>Não Urgente</b>	Pais preocupados	25 (38,4)
	Dispneia em criança	6 (9,2)
	Erupção cutânea	6 (9,2)
	Diarreia e vômitos	4 (6,3)
	Alergia	3 (4,6)
	Dor abdominal em criança	3 (4,6)
	Feridas	3 (4,6)
	Mal estar em criança	3 (4,6)
	Problemas em olhos	3 (4,6)
	Outros	9 (13,9)
	Total	65 (100)
<b>Sem Classificação</b>	Sem classificação	526 (96,3)
	Pais preocupados	3 (0,5)
	Agressão	1 (0,2)
	Diabetes	1 (0,2)
	Dor de garganta	1 (0,2)
	Infecções locais e abscessos	1 (0,2)
	Mal estar em criança	1 (0,2)
	Outros	12 (2,2)
	Total	546 (100)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Na sequência, apresentamos a distribuição dos cinco principais discriminadores estratificados para cada categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester, selecionados durante a classificação de risco na Emergência Pediátrica. Os demais discriminadores escolhidos foram agrupados na categoria Outros. Na classificação de risco Emergente, houve empate na prevalência de alguns dos cinco principais discriminadores, portanto, foram descritos todos os discriminadores que apresentaram o mesmo percentual (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição dos principais discriminadores estratificados para cada categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester durante a classificação de risco na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013

<b>Classificação de risco</b>	<b>Discriminador</b>	<b>n (%)</b>
<b>Emergente</b>	Convulsionando	10 (22,8)
	Dor moderada	8 (18,2)
	Saturação O2 baixa	4 (9,1)
	Criança quente	3 (6,9)
	Esforço respiratório aumentado	2 (4,5)
	Evento recente	2 (4,5)
	Hipoglicemia	2 (4,5)
	Respiração inadequada	2 (4,5)
	Saturação O2 muito baixa	2 (4,5)
	Outros	9 (20,5)
	Total	44 (100)
<b>Muito Urgente</b>	Criança quente	442 (24,7)
	Esforço respiratório aumentado	127 (7,1)
	Saturação O2 baixa	115 (6,4)
	Evento recente	91 (5,1)
	Não se alimenta	90 (5,0)
	Outros	926 (51,7)
	Total	1791 (100)
<b>Urgente</b>	Saturação O2 baixa	543 (11,4)
	Dor moderada	448 (9,4)
	Sinais de dor moderada	400 (8,4)
	Não se alimenta	386 (8,1)
	Vômitos persistentes	376 (7,9)
	Outros	2609 (54,8)
	Total	4762 (100)
<b>Pouco Urgente</b>	Evento recente	1155 (31,1)
	Febril	319 (8,6)
	Tosse produtiva	256 (6,9)
	Vômitos	227 (6,1)
	Chieira	208 (5,6)
	Outros	1548 (41,7)
	Total	3713 (100)
<b>Não Urgente</b>	Evento recente	46 (70,7)
	Esforço respiratório aumentado	2 (3,1)
	Febril	2 (3,1)
	Obstrução das vias aéreas	2 (3,1)
	Saturação O2 baixa	2 (3,1)
	Outros	11 (16,9)
	Total	65 (100)
<b>Sem Classificação</b>	Sem classificação	235 (43,0)
	Criança quente	32 (5,9)
	Evento recente	30 (5,5)
	Saturação O2 baixa	29 (5,3)
	Dor moderada	25 (4,6)
	Outros	195 (35,7)
	Total	546 (100)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.



Segundo a faixa etária e a classificação de risco, a categoria Urgente prevaleceu em todas as faixas etárias, exceto na categoria de Recém-nascido na qual houve prevalência da categoria de risco Pouco Urgente, totalizando 247 (55,2%) atendimentos (Tabela 5).

**Tabela 5** - Caracterização dos atendimentos quanto à faixa etária e à categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013

<b>Faixa etária</b>	<b>Classificação de risco</b>	<b>n (%)</b>
<b>Recém-nascido</b>	Emergente	1 (0,2)
	Muito urgente	36 (8,0)
	Urgente	109 (24,3)
	Pouco urgente	248 (55,4)
	Não urgente	3 (0,7)
	Sem classificação	51 (11,4)
	Total	448 (100,0)
<b>Lactente</b>	Emergente	15 (0,3)
	Muito urgente	846 (17,4)
	Urgente	1949 (40,1)
	Pouco urgente	1788 (36,8)
	Não urgente	24 (0,5)
	Sem classificação	238 (4,9)
	Total	4860 (100,0)
<b>Pré-escolar</b>	Emergente	10 (0,3)
	Muito urgente	550 (17,2)
	Urgente	1485 (46,4)
	Pouco urgente	1018 (31,8)
	Não urgente	16 (0,5)
	Sem classificação	121 (3,8)
	Total	3200 (100,0)
<b>Escolar</b>	Emergente	13 (0,7)
	Muito urgente	276 (14,7)
	Urgente	933 (49,7)
	Pouco urgente	547 (29,1)
	Não urgente	13 (0,7)
	Sem classificação	96 (5,1)
	Total	1878 (100,0)
<b>Adolescência</b>	Emergente	3 (0,6)
	Muito urgente	80 (14,9)
	Urgente	285 (53,3)
	Pouco urgente	120 (22,5)
	Não urgente	6 (1,1)
	Sem classificação	41 (7,6)
	Total	535 (100,0)

Fonte: dado da pesquisa, 2013.

Quanto ao desfecho dos atendimentos após a classificação de risco e a consulta médica, 5.362 (49,1%) foram encaminhados para a Sala de Procedimentos, onde receberam tratamento para sua condição aguda de saúde, sendo liberados para domicílio na sequência; 1.387 (12,7%) foram direcionados para a Sala de Observação; 4.161 (38,1%) receberam alta domiciliar; e, 11 (0,1%) não aguardaram pelo atendimento.

Em relação à classificação de risco e o desfecho dos atendimentos, constatou-se que a maioria recebeu cuidados na Sala de Procedimentos ou na Sala de Observação antes de obter alta da Emergência Pediátrica, na qual fizeram algum tipo de procedimento ou ficaram sob a observação e os cuidados da equipe de saúde (Tabela 6).

**Tabela 6** – Desfecho dos atendimentos de acordo com a categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013

(continua)

<b>Classificação de risco</b>	<b>Desfecho do paciente</b>	<b>n (%)</b>
<b>Emergente</b>	SP Pediátrica	6 (13,6)
	SO Pediátrica	38 (86,4)
	Alta	0
	Evasão	0
	Total	44 (100,0)
<b>Muito Urgente</b>	SP Pediátrica	992 (55,4)
	SO Pediátrica	455 (25,4)
	Alta	344 (19,2)
	Evasão	0
	Total	1791 (100,0)
<b>Urgente</b>	SP Pediátrica	2457 (51,6)
	SO Pediátrica	538 (11,3)
	Alta	1766 (37,1)
	Evasão	1 (0,0)
	Total	4762 (100,0)
<b>Pouco Urgente</b>	SP Pediátrica	1586 (42,7)
	SO Pediátrica	275 (7,4)
	Alta	1845 (49,7)
	Evasão	7 (0,2)
	Total	3713 (100,0)
<b>Não Urgente</b>	SP Pediátrica	29 (44,6)
	SO Pediátrica	7 (10,8)
	Alta	29 (44,6)
	Evasão	0
	Total	65 (100,0)

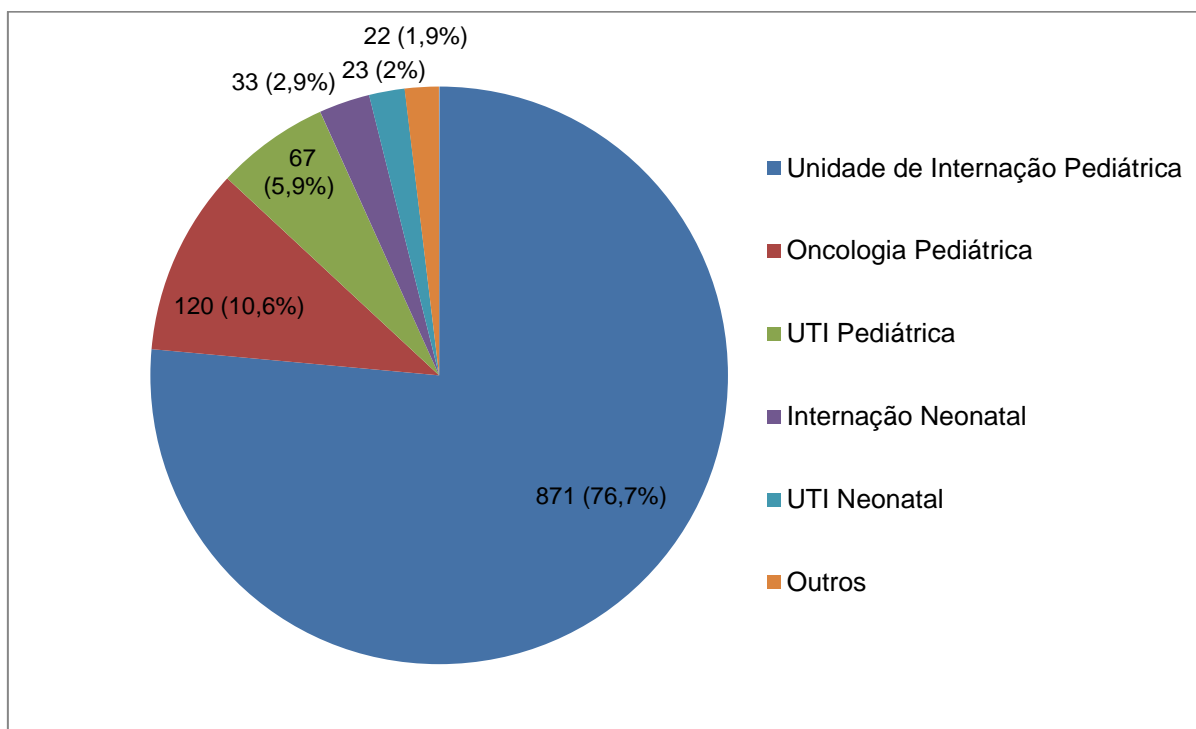
**Tabela 6** – Desfecho dos atendimentos de acordo com a categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013

(conclusão)		
<b>Sem Classificação</b>	SP Pediátrica	297 (54,4)
	SO Pediátrica	73 (13,4)
	Alta	174 (31,8)
	Evasão	2 (0,4)
	<b>Total</b>	<b>546 (100,0)</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Após a classificação de risco e a realização dos primeiros procedimentos e cuidados à saúde, alguns pacientes foram encaminhados para internação nas demais unidades do hospital. Do total de atendimentos realizados na Emergência Pediátrica, 1.136 (10,4%) necessitaram de internação. Destas, a maior proporção de internações aconteceu na Unidade de Internação Pediátrica (76,7%). Na categoria Outros foram agrupadas as demais unidades do HCPA, nas quais pelo menos um paciente foi encaminhado para internação, totalizando 22 (1,9%) internações. Segundo a *query*, não houve transferência para outros hospitais (Figura 4).

**Figura 4** - Distribuição dos pacientes atendidos na Emergência Pediátrica e que foram internados nas unidades do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013



Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Dos 1.136 pacientes internados, 379 (43,5%) foram classificados na categoria Urgente, sendo esta categoria que prevaleceu em todas as unidades de internação para a qual os pacientes foram encaminhados. Entretanto, na UTI Neonatal houve mais internações de pacientes classificados na categoria Pouco Urgente (Tabela 7).

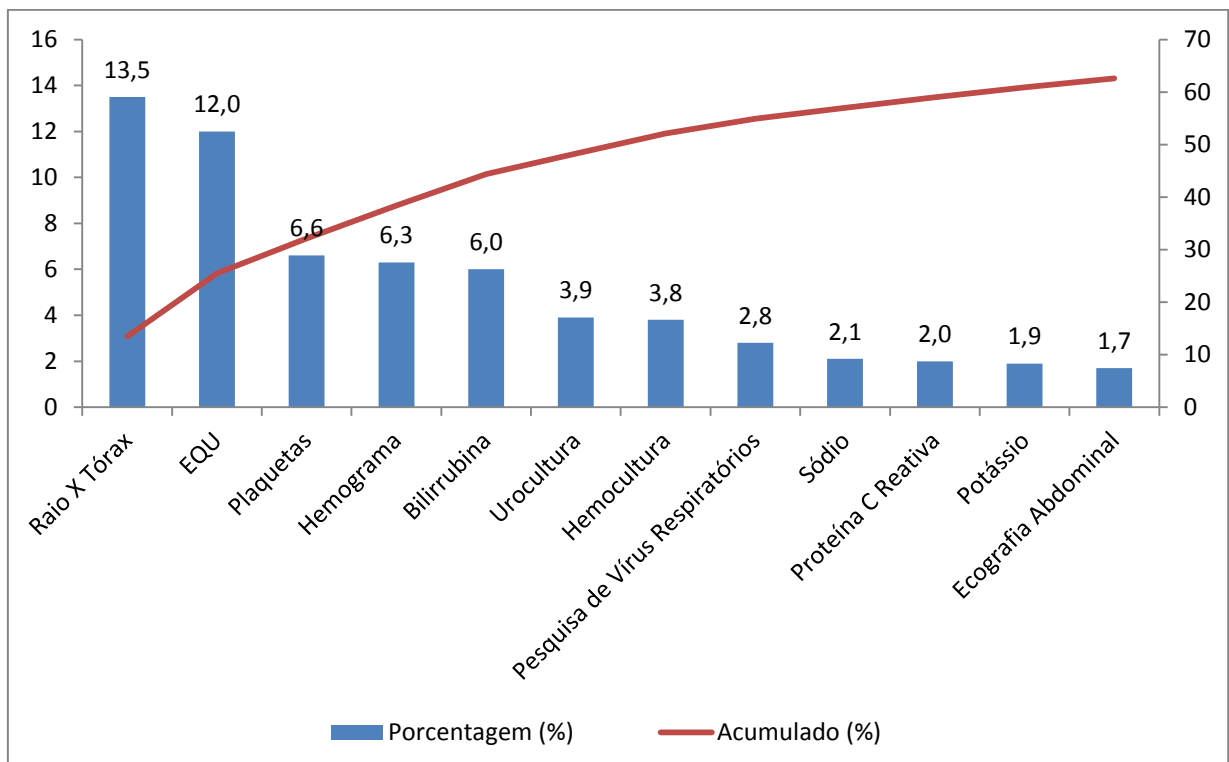
**Tabela 7** – Distribuição da categoria de risco do Sistema de Triagem de Manchester conforme o local de internação dos pacientes atendidos na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013

<b>Classificação de risco</b>	<b>Local de internação</b>	<b>n (%)</b>
<b>Internação Pediátrica</b>	Emergente	9 (1,0)
	Muito urgente	235 (27,0)
	Urgente	379 (43,5)
	Pouco urgente	190 (21,8)
	Não urgente	6 (0,7)
	Sem classificação	52 (6,0)
	Total	871 (100,0)
<b>Oncologia Pediátrica</b>	Emergente	1 (0,8)
	Muito urgente	35 (29,2)
	Urgente	49 (40,8)
	Pouco urgente	26 (21,7)
	Não urgente	0
	Sem classificação	9 (7,5)
	Total	120 (100,0)
<b>UTI Pediátrica</b>	Emergente	1 (1,5)
	Muito urgente	13 (19,4)
	Urgente	30 (44,8)
	Pouco urgente	12 (17,9)
	Não urgente	1 (1,5)
	Sem classificação	10 (14,9)
	Total	67 (100,0)
<b>Internação Neonatal</b>	Emergente	0
	Muito urgente	5 (15,2)
	Urgente	12 (36,4)
	Pouco urgente	10 (30,2)
	Não urgente	1 (3,0)
	Sem classificação	5 (15,2)
	Total	33 (100,0)
<b>UTI Neonatal</b>	Emergente	2 (8,7)
	Muito urgente	1 (4,4)
	Urgente	9 (39,1)
	Pouco urgente	11 (47,8)
	Não urgente	0
	Sem classificação	0
	Total	23 (100,0)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Outro desfecho pesquisado faz referência aos exames realizados pelos 10.921 pacientes atendidos na Emergência Pediátrica. Foram realizados um total de 23.878 exames. Estes foram distribuídos em 428 tipos diferentes de exames. Considerou-se um percentual acumulado de 62,5% para que houvesse uma representação significativa do total de exames. Este percentual foi distribuído entre os doze principais tipos de exames (Figura 5).

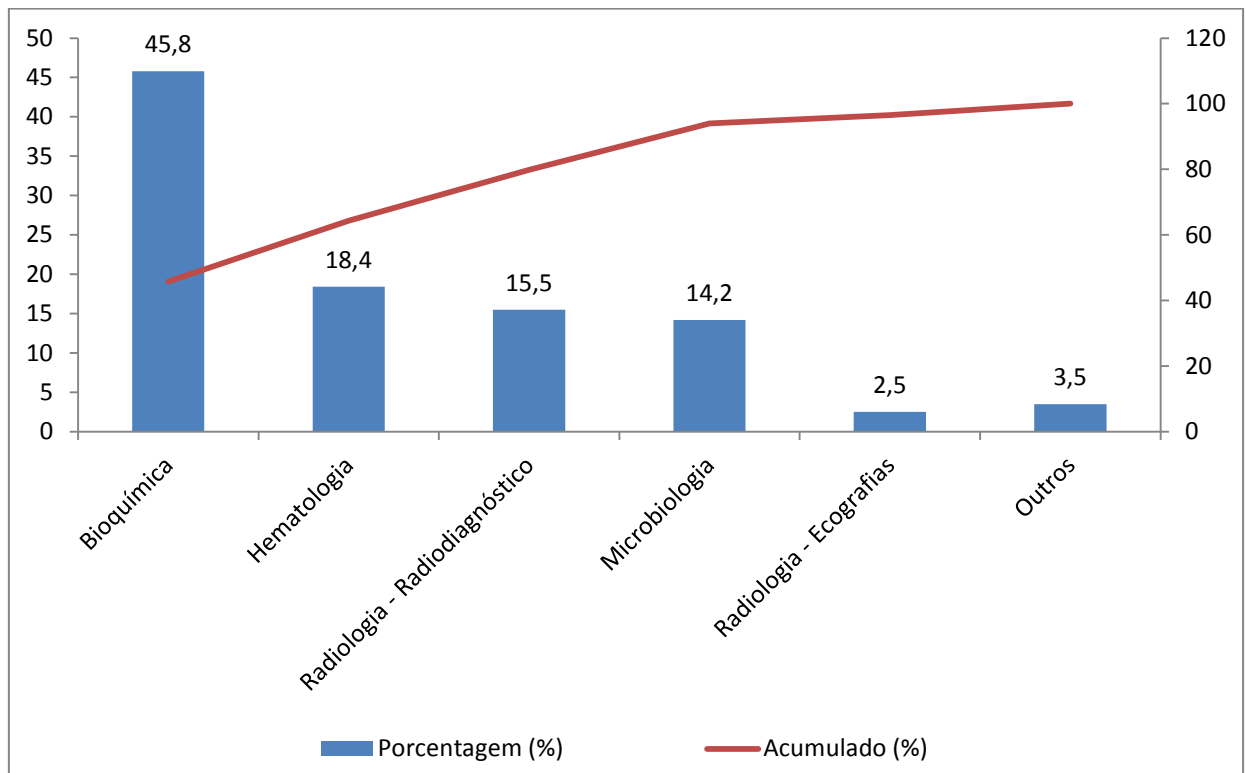
**Figura 5** - Principais exames realizados na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013



Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Os exames foram realizados em 19 unidades executoras diferentes. Dentre elas, prevaleceu a unidade de Bioquímica, com 10.943 (45,8%) exames. Para uma representação significativa, considerou-se um percentual acumulado de 96,5%. Este percentual compreende as cinco principais unidades executoras. As demais unidades foram agrupadas na categoria Outros (Figura 6).

**Figura 6** - Principais unidades executoras de exames realizados na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013



Fonte: dados da pesquisa, 2013.

## 6 DISCUSSÃO

A classificação de risco tem o objetivo de avaliar o paciente que procura atendimento nos serviços de urgência e emergência, priorizando o atendimento àqueles que apresentam maior gravidade e/ou risco à sua saúde. Dentre os protocolos de classificação de risco, o STM é utilizado mundialmente por enfermeiros em vários países desde 1997. O STM é um protocolo de classificação que possibilita a rápida avaliação do paciente e determina uma categoria de risco conforme sua prioridade clínica. A seleção de um fluxograma e um discriminador determina o nível de urgência do paciente, indicando uma das cinco categorias e um tempo limite em que o paciente pode esperar para ser atendido: Emergente (avaliação imediata); Muito Urgente (10 minutos); Urgente (60 minutos); Pouco Urgente (120 minutos); Não Urgente (240 minutos). A partir da aplicabilidade do STM, o atendimento acontece de acordo com a gravidade do problema de saúde do paciente, e não mais por ordem de chegada, a fim de garantir a segurança e a eficácia do atendimento (VAN DER WULP et al., 2011; PARENTI et al., 2014; SILVA et al., 2014).

O presente estudo permitiu caracterizar os atendimentos realizados na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a partir da classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester. Fizeram parte da amostra desta pesquisa 10.921 pacientes com idade inferior a 14 anos, atendidos no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2013. A maioria dos atendimentos foi do sexo masculino, com idade entre 29 dias e dois anos, na qual foram alocados na categoria de Lactentes, com procedência, em sua maioria, do município de Porto Alegre.

A partir da realização deste estudo, identificou-se que os atendimentos classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester na Emergência Pediátrica do HCPA foram distribuídos em 0,4% na categoria Emergente; 16,4% na categoria Muito Urgente; 43,6% classificados na categoria Urgente; 34,0% classificados como Pouco Urgente; 0,6% na categoria Não Urgente; e, 5,0% na categoria Sem Classificação. A categoria de risco que prevaleceu em relação às demais foi a categoria Urgente. Em pesquisa realizada por Andrade et al. (2008) sobre a

aplicabilidade do STM em idade pediátrica no serviço de urgência de seis hospitais localizados no Norte de Portugal, foram obtidos os seguintes resultados: 0,2% foram atribuídas na categoria Emergente; 13,4% na categoria Muito Urgente; 33,8% classificadas como Urgente; 49,4% como Pouco Urgente; 0,4% na categoria Não Urgente; e, 2,8% Sem Classificação. Outro estudo desenvolvido na Espanha, com abordagem descritiva observacional retrospectiva apresentou o objetivo de avaliar a eficácia do STM em uma unidade de urgência pediátrica. O estudo teve uma amostra de 935 pacientes e os resultados puderam evidenciar que 0,11% dos pacientes pediátricos foram classificados na categoria Emergente; 18,11% na categoria Muito Urgente; 11,68% classificados como Urgente; 67,85 na categoria Pouco Urgente; e, 2,25% classificados como Não Urgente (ARTIME, 2014).

Nos estudos de Portugal e da Espanha, a categoria de risco com maior prevalência entre os pacientes pediátricos foi a categoria Pouco Urgente (ANDRADE et al., 2008; ARTIME, 2014), diferentemente dos resultados desta pesquisa, realizada no Brasil, em que prevaleceu os atendimentos classificados na categoria Urgente, embora tenha sido utilizado o mesmo protocolo de classificação de risco em ambas as pesquisas. Tal fato pode estar associado à cultura organizacional dos países em que foram desenvolvidos os estudos, bem como as diferentes demandas e necessidades de saúde da população. Outro fato que pode ser atribuído a essa diferença diz respeito à classificação de risco que pode ser subestimada ou superestimada pelos profissionais responsáveis. Subestimar a classificação de risco pode representar um problema à saúde dos pacientes com gravidade e/ou risco elevado, visto que estes poderão ser classificados como pouco urgente ou não urgente, resultando em consequências importantes para sua saúde. A classificação de risco superestimada proporciona maior segurança ao paciente e também ao profissional. Ao mesmo tempo, corrobora para o aumento de pacientes com baixo risco de saúde admitidos no serviço de emergência que consomem os recursos que deveriam ser direcionados aos pacientes com maior gravidade de saúde (DIOGO, 2007; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; SEIGER et al., 2014).

Seiger et al. (2011) desenvolveram um estudo observacional prospectivo com o objetivo de avaliar a severidade clínica da subtriagem e definir seus determinantes para pacientes pediátricos, o estudo teve uma amostra de 13.408 pacientes que foram classificados a partir do STM. Do total de pacientes, 119 (0,9%) foram subtriados durante a classificação de risco. Destes, 63 (53%) foram considerados



como casos clinicamente graves. Para os autores, crianças menores de três meses de idade apresentam maior propensão para a subtriagem, devido à baixa sensibilidade e à objetividade em interpretar seus sinais e sintomas e direcioná-los a uma categoria de risco. Para Hagemann et al. (2014), apesar de raras as vezes em que subestima-se o nível de classificação atribuído ao paciente devem ser consideradas como de maior gravidade, pois, nestes casos, uma classificação inadequada pode dificultar e/ou limitar o diagnóstico e tratamento de saúde, podendo causar a morte do paciente, principalmente quando este espera por um longo tempo até ser atendido (HAGEMANN et al., 2014).

O presente estudo evidenciou que um terço da demanda de atendimentos aos pacientes pediátricos classificados na categoria Pouco Urgente são casos passíveis de serem resolvidos na Atenção Básica, referenciada como porta de entrada aos serviços de saúde e, caso haja necessidade, encaminhados para os demais serviços e especialidades. O aumento da procura por atendimento nas emergências hospitalares pode limitar a qualidade do atendimento ofertado, resultando na superlotação das emergências e aumento da sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, gerando repercussões na capacidade de responder aos verdadeiros casos de urgências e emergências. Desta forma, a Atenção Básica atua como um nível próprio de atendimento, com alta resolutividade frente às demandas básicas de saúde e como porta de entrada para a Atenção Secundária, como os ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e algumas unidades de urgência e emergência, e para a Atenção Terciária, como serviços hospitalares de maior complexidade. Tal organização iria demandar maior sensibilidade diagnóstica para realizar encaminhamentos adequados dentro do próprio sistema assistencial (KOVACS et al., 2005).

Entre os principais fluxogramas selecionados durante a classificação de risco dos pacientes atendidos na emergência pediátrica do HCPA, houve prevalência do fluxograma Pais Preocupados, com uma porcentagem de 22,4%. Conforme o Sistema de Triagem de Manchester, este fluxograma permite que haja uma priorização das crianças levadas ao serviço de emergência por motivo de preocupação dos pais. Segundo o STM, os pais são as pessoas que melhor conhecem suas crianças e, apesar de muitas delas não apresentarem uma doença ou problema grave de saúde, é fundamental que esta situação e/ou queixa seja considerada (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010). Entre os cinco

principais fluxogramas selecionados neste estudo, incluindo o fluxograma Pais Preocupados que apresentou maior prevalência, encontram-se Dispneia em Criança; Diarreia e Vômitos; Mal Estar em Criança; Dor Abdominal em Criança.

Na Holanda, Van Veen et al. (2012) desenvolveram um estudo observacional prospectivo com o objetivo de adequar o STM para sua utilização no atendimento de pacientes pediátricos nos serviços de emergência. Ao realizar um levantamento dos principais fluxogramas selecionados na classificação de risco no local do estudo, os autores destacaram os cinco principais fluxogramas selecionados na classificação de risco de pacientes em uma emergência pediátrica: Dispneia em Criança; Diarreia e Vômitos; Pais Preocupados; Dor Abdominal em Criança; Erupções. Ao comparar os resultados do estudo de Van Veen et al. (2012) com os encontrados neste estudo, percebe-se que quatro dos principais fluxogramas selecionados são semelhantes em ambos os estudos. Apenas os fluxogramas Mal Estar em Criança e Erupções se diferem nos resultados obtidos. Em outro estudo desenvolvido na Holanda, Seiger et al. (2011) apresentaram os principais fluxogramas encontrados, sendo eles: Diarreia e Vômitos; Dispneia; Pais Preocupados; Cefaleia; Mal Estar em Criança. Os resultados evidenciados neste estudo e na pesquisa de Seiger et al. (2011) são similares. Somente Dor Abdominal em Criança e Cefaleia não estão presentes em ambos os estudos.

Em relação aos discriminadores identificados neste estudo, que fazem referência aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes no momento da classificação de risco, houve maior prevalência no discriminador Evento Recente; seguido de Criança Quente; Saturação O<sub>2</sub> Baixa; Dor Moderada; Sinais de Dor Moderada; Não se Alimenta; Vômitos Persistentes; Sem Classificação; Febril; Tosse Produtiva. Somente um estudo foi encontrado na literatura em que eram descritos os principais discriminadores selecionados na classificação de risco de pacientes pediátricos em uma unidade de emergência. Com o objetivo de avaliar a capacidade discriminativa do STM para identificar infecções bacterianas graves em crianças com febre, Nijman et al. (2011) puderam detectar os seguintes discriminadores: Febre; Esforço Respiratório Aumentado; Dor; Evento Recente; História Médica Significativa; História Respiratória Significativa; Saturação O<sub>2</sub> Baixa; e, Saturação O<sub>2</sub> Muito Baixa. Cabe destacar que no referido estudo tais discriminadores foram direcionados aos pacientes que apresentaram febre no momento da classificação de risco, com possível evolução para uma infecção bacteriana grave. Diferentemente deste

estudo, na qual foram considerados todos os pacientes classificados na unidade de emergência pediátrica.

Neste estudo, emergiram 367 diferentes queixas, distribuídas entre sinais e sintomas, diagnósticos e procedimentos. As cinco principais queixas identificadas foram: febre; tosse; vômitos; dispneia; dor abdominal. Em estudo de Artime (2014), as principais queixas obtidas a partir da classificação de risco de pacientes pediátricos assemelham-se em três discriminadores àsquelas identificadas neste estudo. São elas: febre; vômitos; traumatismo; dor abdominal. Salgado e Agüero (2010) com o objetivo de delinear o perfil de pacientes pediátricos atendidos em um hospital universitário encontraram as seguintes queixas: febre; dor abdominal; obstrução nasal; cefaleia; dor torácica. Conforme pode ser observado nos estudos (SALGADO; AGÜERO, 2010; ARTIME, 2014) e em outras publicações encontradas na literatura (BILKIS et al., 2006; CALDEIRA et al., 2006; ANDRADE et al., 2008), a febre está entre as principais queixas apresentadas pelos pacientes no momento da classificação de risco nos serviços de emergência pediátrica. Para Van Ierland et al. (2013) a febre representa um problema importante para o paciente em idade pediátrica, visto que estes correm o risco de desenvolver uma doença de maior gravidade, como meningite, sepse e pneumonia. Segundo os autores, a detecção precoce da febre e das doenças febris é fundamental para reduzir o risco de morbidade e mortalidade que podem acometer os pacientes pediátricos.

Quanto ao desfecho dos atendimentos deste estudo, 49,1% ficaram sob os cuidados da equipe de saúde na Sala de Procedimentos e 12,7% permaneceram na Sala de Observação, após passarem pela consulta médica e antes de receberem alta hospitalar ou serem encaminhados para internação nas demais unidades do hospital. Van Veen et al. (2011) em seu estudo com o objetivo de verificar as taxas de hospitalização e identificar os pacientes com menor urgência de saúde, verificaram que 37% dos pacientes foram admitidos na observação pediátrica e em 63% dos pacientes foram realizados algum tipo de procedimento. A permanência dos pacientes nas salas de observação e procedimentos é fundamental para que a equipe de saúde possa acompanhar o paciente na evolução do seu estado de saúde, a fim de planejar os cuidados e o tratamento mais adequado para cada caso, em que o paciente pode ser direcionado para internação ou liberado para seu domicílio (SALGADO; AGÜERO, 2010). Além disso, permitem atender os casos em que a permanência do paciente no hospital é necessária por um curto período de

tempo, refletindo na rapidez da realização de exames e procedimentos e na redução das taxas de internações desnecessárias (ZAMBON et al., 2007).

Do total de atendimentos realizados na Emergência Pediátrica, excluindo os casos em que houve evasão após a classificação de risco, 9.786 (89,6%) receberam alta e 1.136 (10,4%) necessitaram de internação após a classificação de risco e a primeira consulta médica. O maior número de internações aconteceu na Unidade de Internação Pediátrica (76,7%), seguido da Oncologia Pediátrica (10,6%), da UTI Pediátrica (5,9%), da Internação Neonatal (2,9%) e da UTI Neonatal (2,0%). Em estudo desenvolvido por Zambon et al. (2007), os autores tinham o objetivo de caracterizar os pacientes pediátricos que permaneciam na área de observação na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, em São Paulo. Com os resultados encontrados, verificou-se que dos 20.028 pacientes que fizeram parte da amostra, 1.998 (10%) pacientes foram direcionados para a sala de observação. Destes, 1.275 (63,8%) receberam alta; 428 (21,4%) foram internados na enfermaria de pediatria; 52 (2,6%) internaram na UTI; 168 (8,4%) foram transferidas para outros hospitais. Em outro estudo, Salgado e Agüero (2010) constataram que dos 1.236 pacientes incluídos na amostra, 17,9% foram internados, sendo que 13,5% foram para enfermaria do hospital; 2,3% para a UTI; 1,2% para o berçário; 0,1% foram para UTI neonatal; 0,8% foram transferidos para internação em outros hospitais.

Outro desfecho investigado neste estudo se refere à realização de exames. Durante o ano de 2013, foram realizados um total de 23.878 exames, distribuídos em 428 tipos diferentes de exames. Dentre os principais exames, encontram-se: Raio X Tórax (13,5%); Exame Qualitativo de Urina (EQU) (12%); Plaquetas (6,6%); Hemograma (6,3%); e, Bilirrubina (6%). Em estudo multicêntrico desenvolvido nos serviços de emergência pediátrica de hospitais públicos na Argentina (BILKIS et al., 2006), os autores constataram que o principal exame realizado foi o Raio X tórax, com 40,1%, seguido de Raio X membros (11,6%); Raio X crânio (9,5%); EQU (8,2%). Segundo os resultados apresentados, em ambos os estudos, o Raio X tórax foi o exame mais solicitado no atendimento a pacientes pediátricos. Nos demais exames, os resultados encontrados se diferem entre os estudos. Pode-se atribuir essa diferença ao fato de que na Emergência Pediátrica do hospital em que foi realizado nosso estudo, não são atendidos os pacientes vítimas de traumas, sendo que estes são referenciados para instituições especializadas neste tipo de

atendimento. Entretanto, no estudo desenvolvido na Argentina, os hospitais que fizeram parte da pesquisa são referências para os pacientes que procuram atendimento por motivo de trauma.

Os exames complementares auxiliam o profissional da saúde no diagnóstico e na terapêutica do paciente, exigindo técnica, conhecimento e sensibilidade daqueles que realizam esses exames. Quando a assistência é direcionada à criança, isso requer do profissional uma atenção maior no preparo do paciente para a realização dos exames. Visto que muitos exames são invasivos e dolorosos, acompanhados de uma aparelhagem complexa, o profissional deve informar, esclarecer e interagir com a criança e a sua família, a fim de suavizar e humanizar a assistência prestada à criança (SOARES; VIEIRA, 2004).

Quanto às limitações deste estudo, estas dizem respeito à pequena quantidade de pesquisas publicadas sobre a utilização do Sistema de Triagem de Manchester em idade pediátrica, principalmente em nível nacional. A maioria dos estudos encontrados na literatura foram desenvolvidos em países europeus, que caracterizam os atendimentos de acordo com a realidade de saúde europeia, na qual divergem das necessidades e problemas de saúde apresentados pela população nos sistemas de saúde brasileiro. Ademais, as poucas publicações disponíveis sobre a classificação de risco de Manchester fazem referência à sua aplicabilidade em pacientes adultos. Desta forma, a discussão dos resultados fica restrita aos poucos estudos e às experiências com o STM no atendimento a pacientes pediátricos nos serviços de saúde do Brasil.

Outro ponto que se configura como uma limitação deste estudo é a utilização de dados secundários para a realização do mesmo, na qual não permite controlar as variáveis estudadas. Além disso, a fase da adolescência teve uma representação de apenas dois anos, que ocorreu dos treze a quatorze anos de idade, a fim de contemplar a população atendida na Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Considerando que, segundo o ECA, adolescente é aquele com idade entre doze e dezoito anos, não pôde ser abordado neste estudo a caracterização e perfil de adolescentes que procuram atendimento na Emergência Pediátrica do referido hospital.

## 7 CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes atendidos na Emergência Pediátrica foi do sexo masculino, com idade entre 29 dias e dois anos, na qual foram alocados na categoria de Lactentes, com procedência, em sua maioria, do município de Porto Alegre e demais municípios localizados na Região Metropolitana de Porto Alegre.

A categoria de risco que prevaleceu no atendimento a pacientes pediátricos foi a categoria Urgente, seguida da categoria Pouco Urgente, que apresentou um terço da prevalência de demanda na unidade de emergência em que aconteceu esta investigação.

Quanto aos principais fluxogramas selecionados pelo enfermeiro durante a classificação de risco dos pacientes pediátricos, constatou-se a utilização de 43 fluxogramas dos 52 existentes no STM. O fluxograma Pais Preocupados prevaleceu em relação aos demais. Em relação aos principais discriminadores, que fazem referência aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes durante a classificação de risco, houve prevalência do discriminador Evento Recente.

Segundo o desfecho dos atendimentos deste estudo, a maioria permaneceu em observação e/ou realizou procedimentos e exames, ficando sob os cuidados da equipe de saúde na Emergência Pediátrica, após a consulta médica e antes de receber alta ou ser encaminhado para realizar internação no hospital. Cerca de um terço dos pacientes da amostra obtiveram alta hospitalar após a consulta médica.

Os principais desfechos dos pacientes após a classificação do Sistema de Triagem de Manchester consistiram em consulta médica, realização de exames e procedimentos na Sala de Procedimentos e permanência na Sala de Observação. A permanência do paciente em observação na Emergência Pediátrica permite que os profissionais de saúde possam realizar um acompanhamento do paciente e da evolução do seu estado de saúde, possibilitando o planejamento dos cuidados, tratamento e intervenções mais adequadas e resolutivas em cada situação. Por conseguinte, tal medida contribui para um atendimento com rapidez na realização de exames e procedimentos, que trazem respostas resolutivas aos problemas de saúde dos pacientes.

Do total de pacientes que fizeram parte da amostra deste estudo, a maioria recebeu alta da emergência pediátrica e 10,4% dos pacientes foram encaminhados para internação após a classificação de risco e a primeira consulta médica. O maior número de internações aconteceu na Unidade de Internação Pediátrica.

Outro desfecho investigado se refere aos exames realizados pelos pacientes atendidos na Unidade de Emergência Pediátrica. O principal exame realizado foi Raio X Tórax. A Unidade Executora que realizou o maior número de exames foi a Unidade Bioquímica.

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, percebe-se a necessidade de adequar o STM para sua utilização em pacientes pediátricos. Para isso, tornam-se fundamentais pesquisas futuras que permitam avaliar e validar a aplicabilidade deste instrumento de classificação nos serviços de emergência pediátrica do Brasil, com vistas ao aprimoramento do Sistema de Triagem de Manchester em relação à sensibilidade e especificidade no atendimento a pacientes pediátricos.

O presente estudo apresenta relevância para a Enfermagem, visto que o enfermeiro é o principal profissional de saúde designado para avaliar e classificar o paciente no momento de sua chegada ao serviço de emergência. Quando se trata da avaliação e classificação de um paciente pediátrico, é fundamental que o enfermeiro apresente domínio e conhecimento necessários sobre o crescimento e desenvolvimento das diferentes fases da vida da criança, bem como as especificidades próprias que este grupo etário apresenta. Sugere-se que o enfermeiro responsável pela classificação de risco possua habilidade técnica, raciocínio clínico, escuta qualificada e conhecimento em pediatria para uma abordagem baseada na singularidade e na integralidade da criança. O ideal seria que o enfermeiro fosse um profissional especializado e atuante na assistência a pacientes em idade pediátrica, pois este trabalho requer medidas de tomada de decisão inerentes ao papel do enfermeiro, que deve agir com responsabilidade. Considerando que o Sistema de Triagem de Manchester não é um protocolo de manuseio simples, ele exige do profissional a atribuição de suas competências e habilidades durante a classificação de risco.

Por fim, conhecer o perfil dos atendimentos na Emergência Pediátrica e que passam pela classificação de risco, realizada de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, auxilia o enfermeiro no planejamento de ações e intervenções

baseadas nas necessidades de saúde de pacientes pediátricos, permitindo ao profissional direcionar seu atendimento às demandas que buscam assistência à saúde nos serviços de urgência e emergência, somando qualidade e eficiência na atenção voltada à saúde da criança.



## REFERÊNCIAS

AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. **Emergency Severity Index (ESI)**. A Triage Tool for Emergency Department Care. Version 4, implementation Handbook, Boston, Estados Unidos, 2012. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>> Acesso em: 10 jun.2013.

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, 2007.

ALVES, A. C. **Prática assistencial de Enfermagem ao acolhimento no pronto atendimento 24hs fundamentada em Wanda de Aguiar Horta**. [dissertação de mestrado], Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/829/Aline%20Cristiane%20Alves.pdf?sequence=1>> Acesso em: 23 abr.2013.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface** [online], Botucatu, v. 13, suppl. 1, p. 581-594, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a10v13s1.pdf>> Acesso em: 11 jun.2013.

ANDRADE, T. et al. Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. **Nascer e Crescer**, Porto, Portugal, v. 17, n. 1, p. 16-20, 2008.

ANDRADE, E. A.; DONELLI; T. M. S. **Acolhimento e humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH)**. Boletim da saúde. Porto Alegre, vol. 18, n. 2, 2004.

ANZILIERO, F. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco: revisão da literatura**. [trabalho de conclusão de curso] Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>> Acesso em: 15 jun.2013.

ARTIME, M. G. **Evaluación de la eficacia del Sistema de Triage Manchester como herramienta para valorar y classificar las urgencias pediátricas del Hospital Universitario Central de Asturias**. [dissertação de mestrado] Máster Universitario en Enfermería de Urgencias e Cuidados Críticos. Centro Internacional de Postgrado. Universidad de Oviedo. Asturias, Espanha, 2014. Disponível em: <[http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28288/6/TFM\\_MartaGarciaArtime.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28288/6/TFM_MartaGarciaArtime.pdf)> Acesso em: 05 nov.2014.

AZEVEDO, A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010.

BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/26.pdf>> Acesso em: 25 mai.2013.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Relações de “não cuidado” de Enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Esc Anna Nery** [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 116-123, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/17.pdf>> Acesso em: 23 abr.2013.

BILKINS, M. D. et al. Estudio multicéntrico de la urgencia pediátrica. **Arch Argent Pediatr.**, Buenos Aires, Argentina, v. 104, n. 4, p. 301-308, 2006.

BOHN, M. L. S. **Classificação de risco Manchester: opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** [trabalho de conclusão de curso] Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69756/000872993.pdf?sequence=1>> Acesso em: 15 jun.2013.

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira.** Brasília: Congresso Nacional, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)> Acesso em: 28 mai.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** 3. ed. ampl. Brasília: 2006a. 256 p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>> Acesso em: 01 jun.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2006b. 300 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)> Acesso em: 25 mai.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. 2ª ed. Brasília, 2009b. 46 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_municipio\\_garantindo\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf)> Acesso em 25 mai.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2010a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1)> Acesso em: 05 abr.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Unidades de Pronto Atendimento**. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-de-pronto-atendimento-upas-24horas>> Acesso em: 06 abr.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **UPA 24H**. Brasília, 2010c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1791](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1791)> Acesso em: 06 abr.2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As Conferências de Saúde ao longo da história**. Brasília, 2010d. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26506](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26506)> Acesso em 25 mai.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atendimento: Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portal Brasil. Brasília, 2010e. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>> Acesso em: 25 mai.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 07 de Julho de 2011**. Sistema de Legislação da Saúde. Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)> Acesso em: 14 jul.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: Para Entender a Gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde/CONASS. Brasília, v.1, 2011b, 291 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf)> Acesso em: 25 mai.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 14 jul.2013.

CALDEIRA, T. et al. O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. **Acta Pediatr Port.**, Portugal, v. 1, n. 37, p. 1-4, 2006.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface** [online], Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a07v1331.pdf>> Acesso em: 20 mai.2013.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Parecer Técnico nº 136/2011**. Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/anexos/Parecer%20T%C3%A9cnico%20136.2011.pdf>> Acesso em: 21 ago.2013.

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

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Esc. Anna Nery** [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 524-530, 2011.

DIOGO, C. S. **Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS**. [dissertação de mestrado] Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Escola de Gestão Iscte. Lisboa, Portugal, 2007. Disponível em: <<http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/993>> Acesso em: 10 jun.2013.

ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)> Acesso em: 23 ago.2013.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-616, 2007.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GBACR. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. **História da Classificação de Risco**. Belo Horizonte, 200-. Disponível em: <[http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=74&Itemid=107](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107)> Acesso em: 10 jun.2013.

GPT. Grupo Português de Triagem. **Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando**. 2. ed. Lisboa, Portugal: BMJ Publishing Group, 2002.

HAGEMANN, L. B. **Exactitud de enfermeras en la evaluación de un protocolo de acogida con clasificación de riesgos en emergencia.** XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Cartagena de Indias, Colômbia, 2014. Disponível em: <<http://coloquioenfermeria2014.com/pt/node/303#.VGOnRzTF9qI>> Acesso em: 12 nov.2014.

HCPA. Hospital das Clínicas de Porto Alegre. **Serviço de Enfermagem em Emergência.** Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/464/705/>> Acesso em: 27 abr.2013.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 251-258, 2005.

LIMA, F. E. T. et al. Capacitação profissional sobre protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 211-219, 2012.

MACKWAY-JONES, K. ; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência.** 1ª edição brasileira, tradução do livro Emergency Triage, Manchester Triage Group. Editora: Grupo brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, 2007.

MAURER, T. C. **Enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na emergência pediátrica.** [trabalho de conclusão de curso] Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24869/000749662.pdf?sequence=1>> Acesso em: 11 jun.2013.

MOREIRA, C. T. P. **Avaliação de uma implementação do Sistema de Triage de Manchester: Que realidade?** [dissertação de mestrado] Faculdade de Ciências. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Portugal, 2010. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf>> Acesso em: 15 jun.2013.

MÜLLER, A. R. **Reflexão crítica acerca do Sistema Único de Saúde – SUS na formação profissional: ponto de vista de acadêmicos de Enfermagem.** [dissertação de mestrado], Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0395.pdf>> Acesso em: 05 abr.2013.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 597-603, 2011.

NIJMAN, R. G. et al. Can urgency classification of the Manchester triage system predict serious bacterial infections in febrile children? **Arch Dis Child**, Inglaterra, v. 96, p. 715-722, 2011.

O'DWYER, G. O.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/27.pdf>> Acesso em: 10 abr.2013.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/30.pdf>> Acesso em: 10 abr.2013.

PARENTI, N. et al. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, p. 1062-1069, 2014.

PINTO, D.; LUNET, N.; AZEVEDO, A. Sensibilidade e especificidade do Sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda. **Rev Port Cardiol.**, Portugal, v. 29, n. 6, p. 961-987, 2010.

RICCETTO, A. G. L. et al. Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. **Rev Paul Pediatría**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 156-160, 2007.

ROUKEMA, J. et al. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. **Emerg Med J.**, Inglaterra, v. 23, n. 12, p. 906-910, 2006.

RUIZ, E. **Oficinas de implantação dos protocolos de acolhimento com classificação de risco, pediatria e adulto, em Fortaleza**. Rede HumanizaSUS. Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/6503-oficinas-de-implantacao-dos-protocolos-de-acolhimento-com-classificacao-de-risco-pediatria-e-adulto-em-fortaleza>> Acesso em: 22 ago.2013.

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

SANTOS, D. L. et al. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. **Interface** [online], Botucatu, v. 13, n. 31, p. 359-368, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a10v1331.pdf>> Acesso em: 11 jun.2013.

SEIGER, N. et al. Undertriage in the Manchester triage system: an assessment of severity and options for improvement. **Arch Dis Child**, Inglaterra, v. 96, p. 653-657, 2011.

SEIGER, N. et al. Improving the Manchester Triage System for pediatric emergency care: an international multicenter study. **PLOS ONE**, San Francisco, Estados Unidos, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2014.

SILVA, M. F. N. et al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 218-225, 2014.

SOARES, V. V.; VIEIRA, L. J. E. S. Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 298-306, 2004.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.** [dissertação de mestrado] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-83FKCZ/cristiane\\_chaves\\_de\\_souza.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-83FKCZ/cristiane_chaves_de_souza.pdf?sequence=1) Acesso em: 15 jun.2013.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, 8 telas, 2011.

SOUZA, C. C. et al. Main complaints of emergency patients according to the Manchester protocol for risk classification. **Rev Enferm UFPE Online**, Pernambuco, v. 6, n. 3, p. 540-548, 2012. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2207/pdf\\_1013](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2207/pdf_1013) Acesso em 11 nov.2014.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 477-484, 2004.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-289, 2009.

VAN DER WULP, I. et al. Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a prospective observational study. **Emerg Med J.**, Inglaterra, v. 28, p. 585-589, 2011.

VAN IERLAND, Y. et al. Alarming Signs in the Manchester Triage System: A Tool to Identify Febrile Children at Risk of Hospitalization. **The Journal of Pediatrics**, v. 162, n. 4, p. 862-866, 2013.

VAN VEEN, M. et al. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. **BMJ**, Inglaterra, 337:a1501, 2008.

VAN VEEN, M. et al. Safety of the Manchester Triage System to identify less urgent patients in paediatric emergency care: a prospective observational study. **Arch Dis Child**, Inglaterra, v. 96, p. 513-518, 2011.

VAN VEEN, M. et al. The Manchester triage system: improvements for paediatric emergency care. **Emerg Med J.**, Inglaterra, p. 1-6, 2012.

VAN VEEN, M.; MOLL, H. A. Realibility and validity of triage systems in pediatric emergency care. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation an Emergency Medicine**, Escandinávia, 17:38, 2009. Disponível em: <<http://www.sjtrem.com/content/17/1/38>> Acesso em 11 ago.2014.

ZAMBON, M. P. et al Observação pediátrica em unidade de emergência de um hospital universitário. **Rev Ciênc Med.**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 79-85, 2007.



# APÊNDICES

## APÊNDICE 1 – Formulário de solicitação da Query

<b>Especificação da Query</b>
<b>Título: Características da utilização do Sistema de Triagem de Manchester em uma Unidade de Emergência Pediátrica</b>
<b>Período a ser analisado:</b> <b>01 de Janeiro de 2013 a 31 de Dezembro de 2013</b>
<b>Filtros a serem aplicados: Classificação de risco de pacientes pediátricos da emergência</b>
<b>Colunas a serem recuperadas:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número do prontuário eletrônico</li> <li>2. Data de nascimento</li> <li>3. Idade</li> <li>4. Sexo</li> <li>5. Município de origem</li> <li>6. Data da classificação de risco</li> <li>7. Queixa principal do paciente</li> <li>8. Fluxograma selecionado</li> <li>9. Discriminador selecionado</li> <li>10. Classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester (Emergente, Muito urgente, Urgente, Pouco urgente, Não urgente, Sem classificação)</li> <li>11. Abandono após a classificação de risco e antes do primeiro atendimento médico (sim, não)</li> <li>12. Desfecho do paciente após consulta médica (alta, internação, óbito, transferência para outro hospital)</li> <li>13. Local de internação (sala de procedimentos, sala de observação, unidade de internação pediátrica, UTI pediátrica, UTI neonatal)</li> <li>14. Exames complementares</li> </ol>

# ANEXOS



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 130397

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

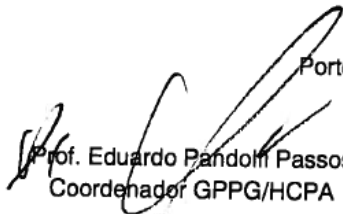
MARIA LUZIA CHOLLOPETZ DA CUNHA  
CAMILA AMTHAUER

**Título:** CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE  
MANCHESTER EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.  
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 28 de outubro de 2013.

  
Prof. Eduardo Pandolfi Passos  
Coordenador GPPG/HCPA



# Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

## Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

### Título do Projeto

Características da utilização do Sistema de Triagem de Manchester em uma Emergência Pediátrica	Cadastro no GPPG
------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 23 de setembro de 2013.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Maria Luzia Chollopetz da Cunha	<i>M. Luzia Cunha</i>
Camila Amthauer	<i>Camila Amthauer</i>