

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Mônica Verônica Santos Silva

**PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM
PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO NA CIDADE DO NATAL/RN**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

MÔNICA VERÔNICA SANTOS SILVA

**PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM
PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO NA CIDADE DO NATAL/RN**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Me. Kátia Regina Barros
Ribeiro**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO NA CIDADE DO NATAL/RN** de autoria do aluno **MÔNICA VERÔNICA SANTOS SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Me. Kátia Regina Barros Ribeiro
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes e seus familiares que diariamente procuram por uma assistência a saúde de qualidade, efetiva e humanizada. Dedico também a todos os profissionais comprometidos com o atendimento de urgência que vivenciam diariamente a experiência de acolhimento dentro dos serviços públicos de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus valorosos pais, pela simples existência e eterna presença mesmo quando longe e por sempre me proverem as ferramentas necessárias para alçar vultosos voos. Agradeço ao pequeno Nicholas pela luz e doce bagunça que trouxe a minha vida desde sua chegada.

Agradeço ainda aos colegas de trabalho que contribuíram direta ou indiretamente para a construção do presente estudo, seja dando apoio ou compartilhando suas experiências e angústias.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3 MÉTODO.....	16
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICES	31
APÊNDICE 1: FLUXOGRAMA DO PACIENTE NO PRONTO SOCORRO	31
APÊNDICE 2: FLUXO DO PACIENTE ATENDIDO EM SALA VERMELHA	32
APÊNDICE 3: FLUXO DO PACIENTE ATENDIDO EM SALA AMARELA.....	33
APÊNDICE 4: INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	34
APÊNDICE 5: FICHA DE ENCAMINHAMENTOS COM GARANTIA DE ATENDIMENTO	35
ANEXOS	36
ANEXO 1	36
ANEXO 2	37
ANEXO 3	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Graduação por cores do Sistema de triagem de Manchester.....	14
---	-----------

RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção tendo como objetivo elaborar uma proposta de acolhimento com classificação de risco e encaminhamentos a unidades de menor complexidade, construindo um instrumento norteador para o acolhimento de enfermagem no serviço de urgência que contemple ainda os encaminhamentos a unidades de saúde de menor complexidade quando necessários, ou seja, provocando intervenções sobre o cenário prático identificado no pronto socorro de um hospital pediátrico na cidade do Natal/RN. Como a prática da classificação de risco isolada não garante um aumento na qualidade da assistência é imperativo consolidar pactuações internas e externas para a execução do processo assistencial, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a representação destes na rede de atenção. Dessa forma, através de conversas com usuários e profissionais foi possível analisar a situação encontrada, o que resultou em elementos que fomentaram a necessidade de estabelecer uma estratégia de acolhimento com classificação de risco e referenciamento adequados. Conclui-se que para uma implementação satisfatória do acolhimento com classificação de risco se faz necessário além da aplicação dos instrumentos propostos, a capacitação os profissionais ativos no processo e avaliação posterior que vise à identificação de problemas remanescentes da execução.

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência funcionam cada vez mais como porta de entrada do sistema de saúde, tanto para complementação do atendimento das Unidades Básicas de Saúde quanto das Unidades Especializadas. Mesmo que superlotadas, impessoais e atuando sobre a queixa principal, as unidades de emergência ainda é a primeira escolha de grande parte da população para atendimento de saúde, pois estas demonstram ser um serviço resolutivo (MARQUES; LIMA, 2007).

É importante entender o contexto onde o paciente que busca atendimento de urgência e emergência está inserido, assim, de acordo com resolução do Conselho Federal de Medicina sobre estabelecimentos para o atendimento a situações de urgência-emergência (resolução nº 1451/95):

Urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e “emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

A referida resolução define que os estabelecimentos de pronto-socorro públicos e privados devem ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Assim, Pronto Socorro (PS) ou emergência, deve ser entendido como um espaço organizado adequadamente para o atendimento de pacientes com risco potencial ou iminente de vida ou com sofrimento intenso e que necessitam de tratamento médico imediato. As “urgências” seriam locais de atendimento de pacientes com agravo à saúde, sem risco iminente de vida, mas com necessidade de receberem cuidados médicos imediatos (CARVALHO; TORREÃO, 1999).

O acesso aos serviços de saúde deve acontecer, preferencialmente, através da atenção básica e de acordo com as necessidades apresentadas pelo usuário, é que deve ser realizada referência para outros níveis (O'DWYER et. al. 2009). Devido ao descrédito e ao abandono do

sistema de atenção primária à saúde da população, os pronto socorros e as emergências se confundem com as “urgências” e os pronto atendimentos, e são procurados indiscriminadamente por pacientes carentes de assistência médica (sem risco iminente de vida), que buscam resolução para os seus problemas de saúde, fazendo mau uso desses locais, por ser o serviço, teoricamente, mais disponível. Isto cria um dilema para o profissional responsável pela tarefa de triar. Muitos pacientes não têm outros recursos para recorrer, nem sempre a instituição dispõe de um pronto atendimento para atender a esta demanda, assim como pode não existir uma adequada interação com o sistema ambulatorial, a ponto de garantir que este paciente será atendido por um profissional nos próximos dias. Frente a esta situação difícil, muitas vezes o profissional opta por atender a estes pacientes, consciente de que está distorcendo o objetivo do serviço. Além desta problemática, há ainda, serviços que não dispõem de triagem com classificação de risco, que denota uma falta de organização no atendimento que é determinado pela ordem de chegada, sem levar em consideração o quadro clínico do paciente (BRASIL, 2002).

Assim, a inexistência do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) junto com a demanda desgarrada da atenção básica pode, segundo Goldim (2003), acarretar outra situação difícil, que é a de que os recursos emergenciais poderão estar não disponíveis para os pacientes que efetivamente necessitem deste tipo de atendimento.

O atendimento de urgência e emergência é um importante componente da assistência à saúde e está dentro do rol de responsabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo e de acordo com o grau de gravidade dos pacientes e complexidade tecnológica de cada serviço de saúde (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, tendo como base legal a Portaria GM nº 479 de 15 de abril de 1999, o hospital onde se pretende aplicar o projeto é caracterizado como Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I. Embora a unidade esteja localizada em Natal, capital do Rio grande do Norte (RN), é a referência na Rede SUS para casos pediátricos clínicos e cirúrgicos de alta gravidade em todo o estado.

Para aqueles pacientes que não demandam atendimento de urgência ou emergência devem ser orientados para o atendimento em unidades de atenção primária e secundária da Rede SUS. Essa proposta de referenciamento está de acordo com a portaria GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, na qual o Ministério da Saúde aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência

e Emergência. Os pacientes chegam ao PS do serviço com queixas diversas solicitando atendimento. Para a consumação do atendimento de emergência se faz necessária a definição do paciente como aparentemente grave, que é aquele com risco de morrer segundo o Ministério da Saúde (2009). Quando o paciente não apresenta sinais claros de risco de morte, como por exemplo, alteração severa em algum de seus sinais vitais, o técnico de enfermagem se volta para o enfermeiro e após breve discussão, define-se o caso como grave ou não grave e então se procede a consulta médica. Porém, no caso daqueles que são tomados por aparentemente não graves, mas que precisam ou procuram o atendimento de urgência são orientados ao atendimento em unidades secundárias ou primárias conforme o quadro clínico.

Diariamente nos deparamos com usuários que buscam no atendimento de urgência a resolução para o problema de saúde de suas crianças, visto que o atendimento do PS do referido hospital pediátrico, é restrito a crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, 11 meses e 29 dias. Quando o infante ou adolescente chega ao serviço com sinais vitais denotando sintomas característicos de risco de morte, recebe rapidamente a assistência necessária à estabilização de seu estado de saúde.

O problema surge quando o enfermo é considerado paciente não grave, de modo que são obrigados junto com seu responsável a se dirigirem a outras unidades de atendimento de urgência pediátrica. Não raro esta situação gera ansiedade, irritação e temor no acompanhante do paciente quanto à integridade da vida da sua criança, visto que esse não recebe a informação apropriada quanto a procura de outra unidade de atendimento.

O Ministério da Saúde (2009) afirma que a prática da classificação de risco isoladamente não assegura um aumento na qualidade da assistência. Sendo imprescindível estabelecer pactuações internas e externas para a execução do processo assistencial, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção. Para tanto é lançada a proposta de acolher o paciente, avaliar sua situação de saúde com segurança e orientá-lo adequadamente tanto para o atendimento no PS, objeto do estudo, quanto um encaminhamento com resolutibilidade, ou seja, para o serviço de saúde mais adequado e próximo à sua residência, garantindo a integralidade da assistência, respeitando assim a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, transformando o fluxo para o atendimento, mais organizado, humano e seguro.

Dentro da lógica de proteção e respeito aos direitos do paciente e à sua dignidade, esse trabalho objetiva elaborar uma proposta de acolhimento com classificação de risco e

encaminhamentos a unidades de menor complexidade. Para tanto se faz necessário construir um instrumento norteador para o acolhimento de enfermagem no serviço de urgência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A ampla procura por atendimento nos serviços de urgência hospitalar tem múltiplas causas, dentre as quais Valentin e Santos (2009) destacam a falta de agilidade e de resolutividade, de ações e serviços de saúde, ou seja, à insuficiente estruturação da rede. Além disso, os serviços básicos e secundários tem se mostrado incapazes de absorver a demanda de primeiro atendimento em cuidados de saúde, contrariando os esforços das políticas públicas de saúde. Assim, é possível perceber o aumento na demanda aos serviços de atendimento terciário, congestionando-os.

A maioria dos usuários que chegam as emergências apresentam problemas simples que na falta de estrutura dos postos de saúde e a reduzida oferta de serviços, se veem obrigados a procurar unidades de funcionamento ininterrupto com atendimento de emergência, na certeza de encontrar um médico de plantão (TOSCANO, 2001). Esses fatos, entre outros, segundo Marques e Lima (2008), tem levado a procura ao atendimento nas emergências, não apenas pessoas em situações de urgência e emergência, bem como àquelas em condições de saúde não graves, que aglomeradas em um só ambiente, atrapalham a visualização e o estabelecimento de prioridades no atendimento, como colocam Souza e Bastos (2008). Souza et. al. (2007) completa afirmando que situações como essa geram sobrecarga de trabalho da equipe de saúde que executa o atendimento, fato que implica em práticas das ações mecanizadas, onde a humanização torna-se ausente.

Faz-se necessário remodelar a assistência suplementar à saúde, com propostas e alternativas de modelagem dos serviços, incorporando outros campos de saberes e práticas em saúde e configurando outras formas da assistência de saúde anti-hegemônica. Estas ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias voltadas para a produção do cuidado, apostam em novas relações entre trabalhadores e usuários e suas necessidades estabelecendo um contraponto à crise vivida pela saúde (MERHY, 2004)

Para reorganizar e implementar a promoção de saúde em rede, o ACR sendo um processo de transformações, de mudanças, que busca modificar as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência, é uma ação de imprescindível execução no âmbito do atendimento de urgência que objetiva a resolutibilidade, identificando e priorizando os

atendimentos realizados nesse serviço, tratando os pacientes de forma virtuosa, cordial e humanitária (FEIJÓ, 2010).

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002) impulsionou a organização nos sistemas de urgência. Nesse contexto, e posteriormente reforçada pela Política Nacional de Humanização (PNH), a palavra triagem foi substituída por classificação de risco (BRASIL, 2002; 2009)

O acolhimento representa uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH), pois acolher significa prestar um atendimento com qualidade, compromisso, dignidade e respeito a todos as pessoas que procuram os serviços de emergência. É buscar a resolutividade na assistência prestada, saber direcionar os pacientes de acordo com o grau de necessidade, estabelecendo uma articulação com outros serviços para que seja garantida a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

A política do acolhimento é uma ação técnico-assistencial que busca realizar alterações na relação profissional - usuário e toda rede social, utilizando-se de medidas que visem um atendimento mais ético, humanitário e solidário, cujo principal objetivo é que sejam colocados em prática os princípios do SUS, como equidade, universalidade, acessibilidade e integralidade. (FILHO et. al., 2010).

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2004).

Atualmente o profissional enfermeiro tem se destacado, adquirindo maior ênfase em diversas áreas da saúde, o que contribui para um reconhecimento e valorização desse profissional, que é evidenciado não só no contexto nacional como no internacional. Além disso, assume um papel cada vez mais importante e decisivo para uma melhor determinação das necessidades do cuidado aos enfermos que procuram os serviços de saúde (BACKES et al, 2012).

O sistema de classificação de risco é aplicado na maioria das emergências do Brasil e do mundo, especialmente nos hospitais de países mais desenvolvidos, como por exemplo, nos Estados Unidos que desde a década de 80 realiza essa prática como forma de ser acreditado pelos programas governamentais. Em muitos países, o serviço de triagem era realizado por médicos, contudo foi identificado que o enfermeiro é o profissional mais indicado para esse atendimento inicial (ALBINO; et. al., 2007).

Oliveira e Trindade (2010) também sugere que o enfermeiro é um dos profissionais mais recomendados para realizar a triagem dos pacientes, uma vez que recebe formação voltada para a assistência com abordagem holística, olhando o ser humano como um todo, visando atender suas necessidades físicas, psicológicas e se necessário de ordem social. E o COFEN normatiza na RESOLUÇÃO COFEN Nº 423/2012 a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência, no âmbito da enfermagem, como privativa do Enfermeiro.

Através de um conjunto de observação do paciente, ouvindo as queixas que o levaram a procurar esse serviço sejam elas físicas, psíquicas ou sociais, o enfermeiro ao ter o primeiro contato com o paciente executando a identificação de prioridades para a assistência à saúde (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010). Godoy (2010) complementa que por meio da escuta ativa das queixas dos pacientes pode-se construir uma relação de vínculo, uma troca de saberes, facilitando a interação entre profissionais de saúde e pacientes, construindo um serviço técnico assistencial com maior capacidade, resolutividade e qualidade.

Outro fator importante que demonstra que o enfermeiro é o profissional mais indicado para o serviço de triagem é pelo fato de suas características generalistas, que o permitem coordenar a equipe de enfermagem, responsabilizar-se pela sua unidade de atuação, melhorar os processos de classificação de risco, encaminhando o paciente para a área clínica mais adequada para seu quadro clínico. Além do mais consegue supervisionar o fluxo de pacientes, tem autonomia sobre sua equipe, capacitando à mesma por meio da Educação Continuada; também exerce espírito de liderança, o que promove um melhor andamento dos serviços de triagem (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Logo, verifica-se que o profissional enfermeiro assume posição importante no ACR, pois atua objetivando a melhoria do padrão de funcionamento do serviço de emergência via ordenação do atendimento em consonância com a gravidade do paciente e não por ordem de chegada, o que

potencializa a execução dos processos, reduz o tempo de espera nas filas (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013), acarretando uma maior satisfação dos acompanhantes e dos próprios pacientes pediátricos que chegam aos serviços de emergência.

No momento da fase aguda da doença ou de acidentes, o paciente pediátrico é levado aos serviços emergenciais com alto risco para a morte, configurando um cenário que requer do enfermeiro e equipe assistencial como um todo, o desenvolvimento de suas potencialidades para prover o atendimento de emergência ágil e eficaz. Pois se o profissional não tiver habilidade técnica e conhecimentos necessários diante a conduta a ser tomada, poderá implicar em agravo ao quadro do paciente (SCHONS e KLOCK, 2012).

3 MÉTODO

O presente estudo propõe elaborar um instrumento que auxilie à implementação do acolhimento com classificação de risco de modo que contemple ainda os encaminhamentos a unidades de saúde de menor complexidade quando necessários, através de um instrumento (formulário) padronizado. Estando assim pautado na TECNOLOGIA DE CONCEPÇÃO. Nietzsche (2003) entende tecnologia como o resultado de processos efetivados a partir da experiência diária e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conglomerado de saberes científicos para a elaboração e construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática, sendo, todo esse processo avaliado e controlado sistematicamente.

O hospital pediátrico, onde surgiram as questões que motivaram este trabalho, está situado na zona norte do município do Natal, foi inaugurado em 12/10/1999 para atendimento na faixa etária pediátrica de 0 a 14 anos e 11 meses. É referência estadual na área de pediatria clínica e cirúrgica. Oferece serviços de urgência clínica e cirúrgica para a faixa etária descrita e conta com leitos de retaguarda para internação em enfermaria e UTI.

O critério para ingresso no serviço se dá primeiramente através da faixa etária, em segundo momento procede-se a avaliação do paciente como grave ou não grave, referenciando-se este e atendendo aquele no próprio serviço. Conforme aponta Schmitz (2000), a comunicação entre equipe, criança ou adolescente e família tende a ser vertical, assim o profissional de enfermagem de nível médio informa ao acompanhante a necessidade de se dirigir ao serviço de menor complexidade mais próximo de sua residência, fato que normalmente causa descontentamento do responsável gerando diversas queixas, conversou-se com este grupo de forma a entender suas angústias e buscar soluções efetivas.

Entre novembro de 2013 a janeiro de 2014, foram consultados usuários que foram orientados a procurar o serviço de complexidade secundária ou primária, e ainda profissionais que atuam diretamente a essa demanda. Dessas conversas resultaram dados que fomentaram a necessidade de estabelecer uma estratégia de encaminhamento satisfatória.

Para desencadear a implementação do acolhimento com classificação de risco observou-se a necessidade da aplicação da humanização da assistência a saúde e de um sistema que,

fundamentado na realidade local fosse capaz de realizar a classificação de necessidades dos indivíduos atendidos no serviço. Estando o sistema de triagem de Manchester adequado ao cenário do estudo, iniciou-se o processo de construção do instrumento norteador do primeiro atendimento na porta da urgência de um hospital pediátrico da cidade do Natal/RN visando à classificação em cores.

Optou-se por permitir, no instrumento norteador do acolhimento de enfermagem, a disposição da identificação do doente e de seus respectivos valores dos sinais vitais no instrumento, e não apenas as características, de modo que possa contribuir com a assistência, promovendo agilidade no segundo momento do atendimento. Além do exame físico, a ficha contempla ainda campos para descrição de outras informações complementares e imprescindíveis como a queixa principal, os medicamentos em uso, a ocorrência de alergias e os possíveis exames já realizados. Por sua vez, para os encaminhamentos pensou-se em um instrumento que abarcasse os dados do paciente e de seu responsável e ainda o endereço, local, horário do atendimento para o qual estes serão referenciados. Por não se tratar de um estudo desenvolvido em seres humanos, nem utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Ainda assim, acredita-se que desenvolver projeto com o foco na avaliação de um serviço de emergência, é imprescindível para subsidiar propostas de reestruturação organizacional e melhorar a qualidade do atendimento no serviço (NASCIMENTO, 2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Intencionando-se melhorar o atendimento nas portas de entrada do hospital no qual foi realizado o estudo, organizar espaços físicos, diminuir a superlotação, esclarecer à comunidade sobre a forma e a expectativa de atendimento no nível de assistência que um Pronto Socorro está inserido e realizar a acolhida de crianças em situação de urgência e emergência de forma eficiente, eficaz e humanizada, propõe-se um acolhimento com classificação de risco em pediatria, fundamentado no Protocolo de Manchester e pelo Processo de Acolhimento e Classificação de Risco proposto pelo HumanizaSUS em 2004.

Pronto socorro é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato, funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação (BRASIL, 2002). É uma unidade que tem a finalidade de receber e atender de modo adequado os pacientes que requerem cuidados emergenciais ou urgentes. O objetivo do serviço de emergência é a avaliação rápida do paciente, estabilização e pronta admissão pelo hospital (ROTSTEIN, 2002). Com fins de organização do fluxo inicial de pacientes em um serviço tão complexo é que o ACR se destaca. O acolhimento é um instrumento que amplia a ação dos profissionais de saúde que atuam no SUS, viabilizando a promoção do acesso e da atenção em saúde às reais necessidades de cada usuário (MEDEIROS et. al., 2006).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) visa padronizar o atendimento nas emergências e garantir um tempo de espera equivalente e coerente com a gravidade dos casos (FERNANDES, 2010; MACKAWAY-JONES, 2006). É um sistema de classificação de prioridade e de prognóstico de risco para usuários de serviços de emergência que dá embasamento e contribui para as tomadas de decisão durante a admissão dos pacientes, possibilitando a compreensão de que o ordenamento (priorização) do atendimento se dará de acordo com a condição clínica dos usuários, ao invés da ordem de chegada (SCOBLE, 2004).

O STM não possui uma ferramenta de classificação exclusiva para o acolhimento com classificação de risco para extremos de idade, mas ainda assim contempla alguns fluxogramas de apresentação como "bebê chorando", "dor abdominal na criança", "dispneia em criança", entre outros (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010)

Em situações emergenciais, a criança e o adolescente carecem de uma atenção especial face às peculiaridades biológicas e psicológicas, necessitando de recursos materiais e profissionais especializados para o atendimento emergencial em pediatria. Segundo a UNICEF (2012) todos os anos, quase 11 milhões de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento morrem de doenças facilmente evitáveis e tratáveis, como a desidratação por doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, sarampo e malária, salienta-se ainda que em metade dos casos, a doença de principal é complicada por desnutrição, além destas, existem muitas outras causas em que se faz necessário o atendimento da criança em emergência hospitalar, como: asma, estado convulsivo, intoxicação, processo parasitário e infeccioso, acidente e trauma. Juntas essas afecções constituem os maiores agravos nas emergências pediátricas (WHO, 2001).

Assim sendo, torna-se claro que as crianças compõem um grupo mais suscetível à doença e à hospitalização, conseqüentemente, ao atendimento nos serviços de urgência e emergência pediátricos, que acabam por receber frequentemente uma demanda de pacientes em situações de risco que ultrapassa as capacidades do serviço, fato que afeta diretamente na qualidade da assistência. Neste contexto o ACR pode ajudar efetivamente organizando a fila de espera de pacientes, minimizando a ocorrência de situações frustrantes onde o profissional não pode seguir os preceitos mais fundamentais de ética e moral na atenção às demandas dos pacientes devido à escassez de recursos e às incoerências do sistema de saúde vigente (GOLDIM, 2003).

O processo de acolhimento no pronto socorro do serviço estudado se dará através da abordagem dos pacientes de maneira individual, obedecendo aos fluxogramas propostos (**Apêndices 1, 2, 3 e 4**): Os pacientes são inicialmente recebidos pela equipe de portaria/segurança e recepção, esclarecidos sobre o serviço referenciado e encaminhados para a Equipe de Acolhimento ou para a Rede SUS quando a demanda não envolver queixa clínica, então o paciente com qualquer queixa clínica é dirigido ao atendimento de acolhimento.

Albino, et. al. (2009) afirma que o enfermeiro é o profissional mais indicado para esse atendimento inicial que têm por finalidade verificar quais pacientes necessitam ser atendidos prioritariamente e quais podem aguardar em segurança. Na União Europeia e Reino Unido, o STM é operado predominantemente por enfermeiros, com sucesso, (FERNANDES, 2010; MACKAWAY-JONES, 2006), assim, se mostra adequado para a utilização no hospital pediátrico

em questão, visto que a equipe de ACR na instituição é composta apenas por profissionais de enfermagem.

Dessa forma, a equipe de enfermagem recebe o paciente, realiza uma breve avaliação da situação utilizando o instrumento proposto (**Apêndice 5**) e classifica-a em prioridades, registra a avaliação e anexa o instrumento no boletim de atendimento ambulatorial e encaminha a criança ou adolescente, junto com seu responsável, ao local de atendimento.

Na avaliação pediátrica considera-se a apresentação usual da doença, situação/queixa, início, evolução e duração dos sintomas, aparência física, resposta emocional, medicação atual e alergias. Ressalta-se que a intuição do profissional jamais será aplicada para diminuir prioridade, apenas visando aumentá-la. Investiga-se, ainda, outros dados como: sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), saturação de O₂, escala de dor (**Anexo 1**), escala de coma de Glasgow (ECG) (**Anexo 2**), glicemia, avaliação da superfície corporal queimada (**Anexo 3**), entre outros, objetivando a classificação de prioridade das necessidades.

Posteriormente a avaliação do paciente pediátrico, deverá ser realizada a classificação de acordo com as cores preconizadas pelo STM.

Tabela 1: Graduação por cores do Sistema de triagem de Manchester

Escala	Níveis de prioridade	Tempo para observação	Fluxogramas
Sistema de Manchester	Nível 1 – Emergência	Avaliação imediata	Possui 52 fluxogramas com discriminadores gerais e específicos
	Nível 2 – Muito urgente	Avaliação em 10 minutos	
	Nível 3 – Urgência	Avaliação em 60 minutos	
	Nível 4 – Pouco Urgente	Avaliação em 120 minutos	
	Nível 5 – Não urgente	Avaliação em 240 minutos	

Fonte: Adaptado de Grupo Brasileiro de Classificação de risco, 2010.

Portanto, o paciente e seu responsável recebem a ficha de avaliação com indicação do nível de prioridade, onde as prioridades de atendimento codificada em cores (MAFRA, 2008): Prioridade I – Vermelho: Emergência, atendimento médico imediato; Prioridade II – Laranja: Muito urgente, atendimento médico em até 10 minutos, e reavaliação pela enfermeira a cada 10 minutos; Prioridade III – Amarelo: Urgente, avaliação médica em até 60 minutos ou reavaliação pela enfermeira a cada 60 minutos; Prioridade IV – Verde: Pouco Urgente, encaminhamento por escrito a outro centro de Saúde com contato telefônico prévio e garantia de atendimento; Prioridade V - Azul: Não urgente, encaminhamento por escrito a outro centro de saúde com contato telefônico prévio e garantia de atendimento.

Os pacientes que, segundo conclusão da equipe de acolhimento, necessitam de atendimento de urgência passarão por atendimento médico no pronto socorro de acordo com a prioridade indicada na classificação de risco. Então a gravidade do estado de saúde das crianças e adolescentes é identificada por marca colorida, e as crianças em situação de emergência são direcionadas imediatamente para a sala de estabilização; as que estiverem em situação de urgência serão conduzidas ao consultório médico ou à sala amarela; as que necessitarem de atendimento cirúrgico pediátrico serão encaminhadas a sala de pequena cirurgia para procedimentos ou avaliações.

Para aqueles que vêm de outro serviço, mas já foram regulados pelo pediatra plantonista, da mesma forma são classificados e identificados por marca colorida, porém após a verificação da senha de atendimento, mesmo que o paciente receba classificação verde ou azul, ele é encaminhado ao médico que tomará a sua conduta.

Objetivando prestar uma assistência integral e de qualidade os diversos níveis de atenção à saúde devem formar uma rede de recursos, de modo que um complete a ação de outro através de pactuações prévias (GARLET et. al. 2009), ou seja, que se complementem por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra-referência (FEIJÓ, 2010). Entretanto, isso só acontecerá se cada um servir como integrante do sistema de atendimento às urgências, utilizando os recursos disponíveis no seu nível de atenção para atender o usuário no que seja necessário (GARLET et al. 2009), e se responsabilizando pelo encaminhamento dela quando não tiver os recursos disponíveis ao atendimento (FEIJÓ, 2010). Da mesma forma, o ACR favorece a relação e confiança entre as equipes e os serviços, permitindo avanços na construção de vínculos entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde e possibilita prestar um atendimento em saúde

com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a assistência em um nível de atenção a saúde adequado para o caso e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Desse modo, possibilita o atendimento a todos que procuram os serviços de saúde na rede, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, sem sobrecarregar o serviço de urgência.

Os pacientes classificados como verde (pouco urgente) serão encaminhados, após contato telefônico realizado pelo Serviço Social, aos outros dois serviços de urgência pediátrica generalista, disponíveis em Natal/RN, ambos de administração municipal e funcionamento interrupto. Já os de classificação pouco urgente que necessitarem do atendimento por especialidades como, por exemplo, odontologia, ginecologia, obstetria, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, neurologia, aguardarão na sala de espera enquanto a enfermagem contata o Serviço Social que buscará na rede SUS um serviço que atenda as necessidades daquele paciente, após esse procedimento, os encaminhamentos adequados são realizados (**Apêndice 6**).

Então, aquelas que receberem classificação azul (não urgente) serão orientadas e encaminhadas para os serviços básicos de saúde de sua região adstrita, onde a garantia de atendimento é baseada em pactuações prévias entre os entes da rede de saúde, de forma que, todo paciente saia do serviço direcionado a um local que encontre o atendimento almejado.

Todo esse processo deverá ser realizado no menor tempo possível e estão previstas avaliações periódicas daqueles que serão atendidos no serviço de forma manter a classificação mais dinâmica e eficaz.

No entanto, deve ficar claro que o processo de ACR em pediatria é mais específico, sendo assim, Andrade et. al. (2008) enfatiza a importância do ACR adaptado para aplicação à faixa etária pediátrica que utilize vários parâmetros na abordagem da criança, de forma que a prioridade seja atribuída de forma correta e reforça que a classificação de risco realizada por enfermeiros especialistas em pediatria e com treino adequado possui maior qualidade (DUROJAIYE, et al., 2002; DALE, J. et. al., 1995; MATTHEW, W. et. al., 1999).

Durante algumas conversas com colegas enfermeiros atuantes no Pronto Socorro do hospital pediátrico em questão, foi possível constatar que a grande maioria não possui especialização em pediatria, para minorar esta problemática encontrada se faz necessário ao menos à capacitação da equipe o que estaria em consonância com o pensamento de Machado,

et.al. (2007) que declara importante a construção do conhecimento com base nas reflexões da práxis de atendimento à criança em unidade de emergência e urgência pediátrica propondo efetivar um processo educativo em saúde envolvendo o profissional, em especial de enfermagem, e a comunidade por meio de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável.

A educação permanente cria espaços de discussão para que a equipe multiprofissional repense sua prática, entendam os processos de trabalho no qual estão inseridos, e tenham a possibilidade de repensar condutas, de buscar novas estratégias de intervenção e perseguir, também, a superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho. (CICONET, et.al., 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) existem, ainda, muitos desafios para uniformizar o atendimento das emergências brasileiras. Dentre eles o investimento financeiro, a capacitação dos profissionais de saúde e o treinamento de enfermeiros para utilização de protocolos de classificação de risco parecem ser os mais relevantes.

Além da capacitação da equipe, dentre as condições necessárias para a implementação do ACR, é imperioso a adesão de toda a equipe multiprofissional (MACHADO et. al., 2007), todavia é indispensável ainda, a constituição de um ambiente adequado e a existência dos equipamentos da instituição necessários para a execução do processo. Isso é imprescindível, uma vez que a organização, articulada à diretriz do acolhimento propicia a intervenção, a criação de espaços físicos na urgência e a identificação da problemática das práticas, os processos de trabalho e os modos de viver e conviver nesse espaço (BRASIL, 2011).

Para tanto, torna-se fundamental que o lugar de trabalho seja constituído de espaços físicos e sociais, ou seja, que a ambiência social estabeleça relações interpessoais alicerçadas no autoconhecimento e no conhecimento do outro. Além disso, o local deve ter mecanismos que promovam qualidade de vida no trabalho, caracterizando prazer ao cuidar da criança, o que, conseqüentemente, humanizará o processo e o serviço da unidade de acolhimento com classificação de risco da criança (FONTANA, 2010).

Por conseguinte, para a efetiva contextualização do ACR no serviço, objeto desse estudo, sugere-se a realização de discussões entre todos os atores do processo, em especial, acerca da otimização das relações interdisciplinares e da importância de um cuidado holístico e

humanizado junto ao paciente pediátrico em situação de risco, considerando a equidade, a integralidade e a universalidade (BRASIL, 1990).

Como todo projeto de intervenção, trabalho visa orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade, alterando o processo da situação (CORDONI JÚNIOR, 2013), num segundo momento, após sua aplicação, é essencial que haja avaliação e acompanhamento das ações para identificar, quantificar, dar valor aos benefícios atribuíveis à sua execução (GODOY; DUARTE, 2005).

Assim, visando verificar a viabilidade do projeto, pretende-se após 6 meses após o início de sua implantação, investigar através de conversa com os usuários, entendendo a sua satisfação em relação ao processo do ACR, bem como verificar com a equipe atuante através de observação participante o andamento e o fluxo do atendimento prestado no PS do hospital pediátrico abordado. Planeja-se com esta avaliação identificar problemas remanescentes da execução, e dessa forma buscar a resolução ou a satisfação da necessidade a satisfazer, e assim conseguir a

otimização do uso dos recursos.

A expectativa é de que o serviço de ACR permita expandir o atendimento dos pacientes graves, tanto aumentando o número de pacientes que tem acesso ao serviço, quanto evoluir na qualidade da assistência. Espera ainda que seja possível fornecer orientações aos usuários sobre serviços da Rede SUS, e que o processo proporcione a interdisciplinaridade na equipe de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste projeto de intervenção, espera-se implantar com sucesso o acolhimento com classificação de risco no pronto socorro de um hospital pediátrico da cidade do Natal/RN, minimizando assim os transtornos causados aos usuários por uma avaliação primária e pouco qualificada adicionada a encaminhamentos sem compromisso.

Após leituras exaustivas de diversas considerações de autores presentes na literatura, fica evidente a relevância desse projeto para o desenvolvimento do processo de trabalho na urgência.

Da apreciação das informações coletadas, foi possível perceber a angústia das mães que procuravam atendimento para seus filhos e saíam do serviço frustradas e sem orientação adequada. Já em relação aos profissionais de enfermagem, vários deles expressaram dificuldades em realizar uma avaliação, devido a falta de aperfeiçoamento em acolhimento com classificação de risco e muitos relataram sentir-se desconfortável por realizar um referenciamento sem garantias.

As contribuições deste estudo poderão ser tanto sociais como científicos. Os efeitos sociais se darão no sentido de promover a melhoria do atendimento ao usuário do SUS e humanização da porta de entrada do pronto socorro em questão. No aspecto científico, a importância reside na formulação de subsídios para o estudo através da síntese bibliográfica realizada e da pesquisa de campo, que poderão ser úteis aos que se dedicam a esse assunto, contribuindo para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento profissional dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALBINO, M. R.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acesso em: 10 fev.2013.

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Code of ethics for emergency physicians. *Ann Emerg Med*, v. 30, p. 365-372, 1997. In: CARVALHO, P.R.A.; TORREÃO, L.A. Aspectos Legais na Emergência. **Jornal de Pediatria**, v. 75, p. 307-314, 1999.

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

ANDRETTA, I.B.; et. al. Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras em hospital do sul do Brasil, de 1998 a 2008. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v.12, n. 01, p. 22-29, 2013.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 02 mai.2013.

BOFF, L. **Ética da vida**. São Paulo: Record, 2009.

BOTTEON, C. **Introdução à avaliação de projetos**. Políticas para gestão de investimentos públicos. Brasília: Curso de avaliação socioeconômica de projetos, 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.451/95**. Brasília: Diário Oficial da União, 17 mar. 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 13 jun. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41/95**. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Brasília: Diário Oficial da União, 17 out. 1995.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n 8.069/1990. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. CONANDA. Ministério da Justiça/Secretaria de Estado de Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente, edição de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. **Portaria n° 479, de 15 de junho de 2002**. Brasília: Diário Oficial da União, 17 jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Urgências. **Portaria n° 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília: Diário Oficial da União, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sul. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 56 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação do Rio Grande do Norte 2011**. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_rn_5ed.pdf>
Acesso em: 23 jun. 2013.

CARVALHO, P.R.A.; TORREÃO, L.A. Aspectos éticos e legais na emergência. **Jornal de Pediatria**. v. 75, n. 02, p. 307-314, 1999.

CICONET, R.M.; MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.12, n. 26, p. 659-66, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 423/2012**. Rio de Janeiro: COFEN, 2012.

CORDONI JÚNIOR, L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva**. Londrina : Eduel, 2013.

DALE, J. et. al. Primary care in the accident and emergency department: II. Comparison of general practitioners and hospital doctors. **BMJ**, v. 311, p. 427-430, 1995.

DAL MOLIN, R.S. **Cuidando da dor na perspectiva da Enfermagem**. Goiânia: AB, 2004.

DUROJAIYE, L. O'MEARA, M. Paediatric Emergency Medicine: A study of triage of paediatrics patients in Australia. **Emergency Medicine Australasia**, v. 14, p. 67-76, 2002.

FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola**. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/113.pdf>>. Acesso em: 26 dez.2013.

FERNANDES, I.A. Protocolos no serviço de urgência. **Revista Nursing**, Portugal, p.121-125, 2010

FILHO, A. D. D.et. al. **Acolhimento com Classificação de Risco: humanização nos serviços de emergência**. 2010. 10 p. Curso de Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia, 2010. Disponível em: <<http://revista.universo.edu.br/index.php/1reta2/article/viewFile/311/238>>. Acesso em: 26 dez.2013.

FONTANA, R.T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revista Rene**, v. 11, n. 01, p. 200-207, 2010.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto enfermagem**, v. 18, p. 266-72, 2009.

GODÓI, F. D. S. **Organização do Trabalho em uma Unidade de Urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 2010. 156 p. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf>>. Acesso em: 13 mar.2013.

GOLDIM, J.R. **Aspectos Éticos da Assistência em Situações de Emergência e Urgência**. Núcleo Interinstitucional de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: UFRGS, 2003. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/emergen.htm>> Acesso em: 14.06.2013

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Classificação de Risco na Urgência e Emergência. 1ª ed. Brasil, 2010.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MACKAWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage: Manchester Triage Group**. 2. ed. Paperback, 2006.

MAFRA, A.A. et. al. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza, 2008.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de Usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e seu Acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 1-8, jan/fev. 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2013.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n. 1, p. 41-7, 2008.

MATTHEW, W. et. al. Does the Manchester triage system detect thecritically ill? **Journal of Accident & Emergency Medicine**, v. 16, p. 179-181, 1999.

MEDEIROS, J.E. et al. **Sementes do SUS**. São Leopoldo: Palloti, 2006.

MERHY, E. E. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Revista Ciência e Saúde**. v. 9, n. 2, 2004.

NASCIMENTO, E. R. P. ; HILSENDEGER, B. R.; NETH, C; BELAVER, G. M.; BERTONCELLO, C.G. Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan/mar. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>>. Acesso em 18 fev. 2014.

NIETSCH, E. A. **As Tecnologias Assistenciais, Educacionais e Gerenciais produzidas pelos Docentes dos Cursos de Enfermagem das Instituições de Ensino Superior de Santa Maria-RS**. In: Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Relatório Final. Santa Maria (RS): UFSM/CNPq; 2003.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1881-1890, 2009.

OLIVEIRA, D. A.; GUIMARÃES, J. P. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, vol.2, p.25-44, jan/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/197>> Acesso em: 22 out. 2013.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 4, n. 2, out/dez. 2010. Disponível em: <http://www.faes.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/atendimento_urgencia.pdf> Acesso em: 22 out. 2013.

ROTSTEIN, Z. Management by constraints: considering patient volume when adding medical staff to the emergency department. **Internal Medicine Australian Journal**, v. 4, p. 171-174, 2002.

SCHMITZ, E. M. R. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu Editora, 2000.

SCOBLE, M. Implement triage in a children's assessment unit. **Nursing Standard**, v. 18, n 34, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n 4, p. 581-586, 2008.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e paciente. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 242 – 249, 2007.

TOSCANO, L. N. P. **Uma ferramenta integrada de suporte a decisões em casos de emergências médicas hospitalares**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

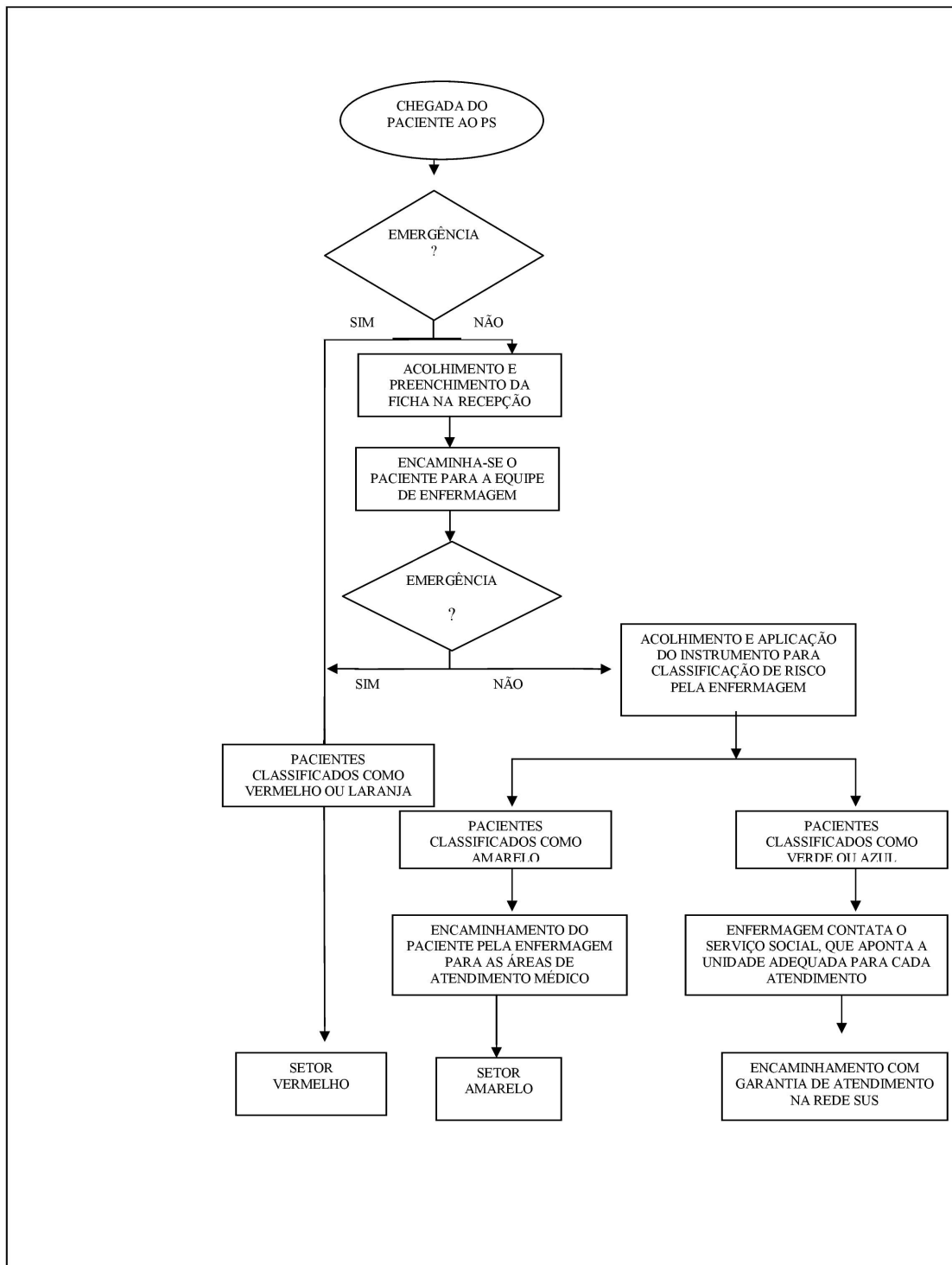
UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Integrated management of childhood illness**. 2012. Disponível em: < http://www.unicef.org/health/index_imcd.html > Acesso em: 22 out. 2013.

VALENTIM, M.R.S.; SANTOS, M.L.S.C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Revista enfermagem UERJ**, v.17, n.2, p. 285-289, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Call of action to the attention integrated to the prevalent diseases of the children**. 2001. Disponível em: < <http://www.who.int/chd/imci-sd/callacts.htm> > Acesso em: 22 out. 2013.

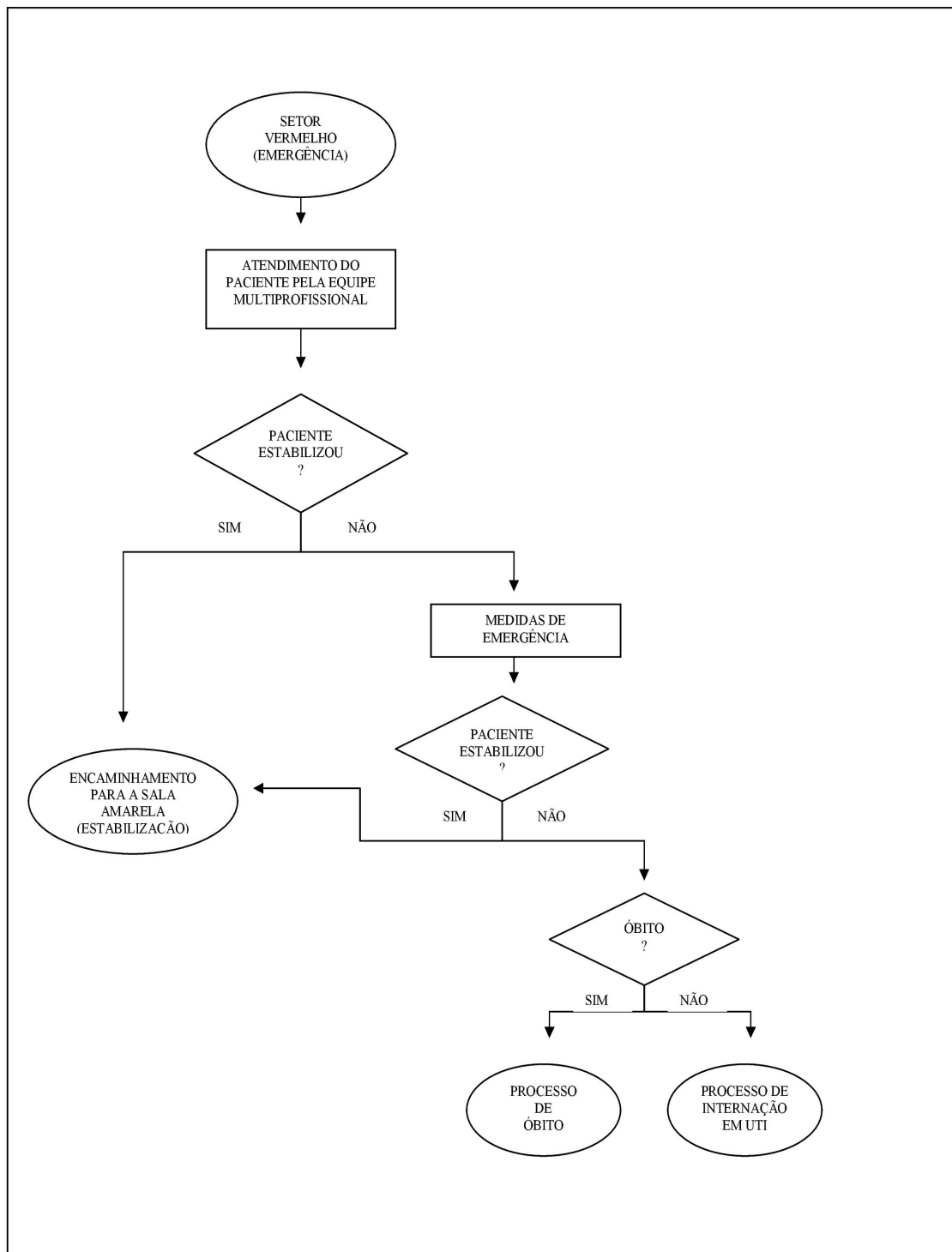
APÊNDICES

APÊNDICE 1: FLUXOGRAMA DO PACIENTE NO PRONTO SOCORRO



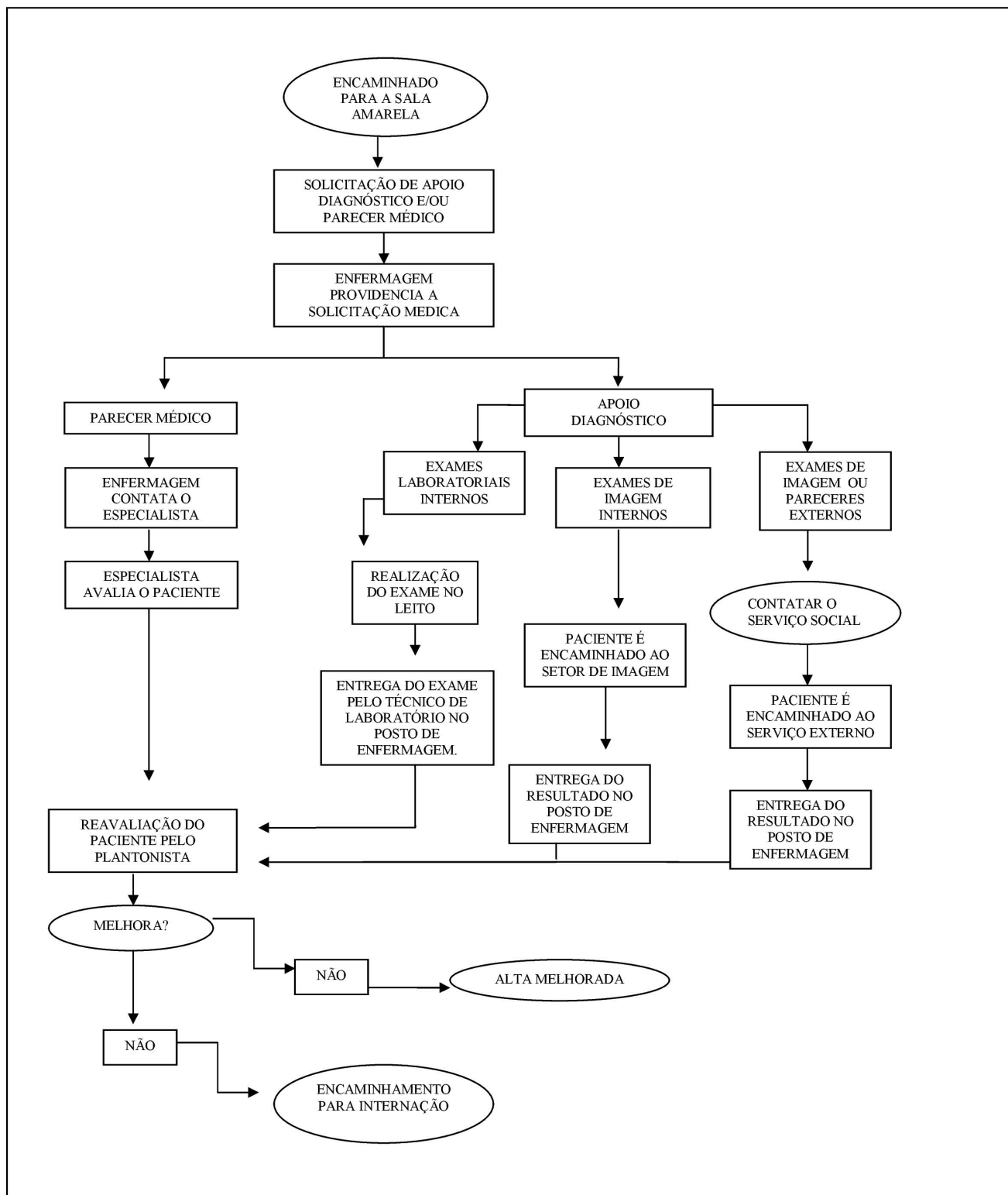
Fonte: Elaborado pelas autoras, Natal/RN, 2014.

APÊNDICE 2: FLUXO DO PACIENTE ATENDIDO EM SALA VERMELHA



Fonte: Elaborado pelas autoras, Natal/RN, 2014.

APENDICE 3: FLUXO DO PACIENTE ATENDIDO EM SALA AMARELA



Fonte: Elaborado pelas autoras, Natal/RN, 2014.

APENDICE 4: INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PEDIÁTRICA

	CLASSIFICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo
	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul
Paciente: _____ Idade: _____ Peso: _____ Prontuário: _____	
Sinais vitais: PA: _____ x _____ FC: _____ FR: _____ TAX: _____ SPO2: _____	
Classificação da dor <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Recorrente Intensidade da dor: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Severa	
Exame Físico	
Queixa Principal:	Pupilas: () Isocóricas () Fotoreagentes () Mióticas () Midriáticas
	Cabeça e Pescoço:
	Pele: () Integra () Prurido () Exantema () Queimadura _____ () Lesão _____ () Edema _____
Medicamentos em Uso:	
	Lesões Osteo-Articulares:
Alergias:	Última Refeição:
Exames complementares:	Observações:
Nível de Consciência:	
() Ativo () Reativo () Hipoativo () Hiporreativo	
() Consciente () Orientado () Inconsciente () Desorientado	
() Agitado () Choroso () Torporoso () Comatoso	Encaminhamento:
Violência: () Sim () Não () Suspeito	
Avaliador:	DATA: ____/____/____

Fonte: Elaborado pelas autoras, Natal/RN, 2014.

APENDICE 5: FICHA DE ENCAMINHAMENTOS COM GARANTIA DE ATENDIMENTO

ENCAMINHAMENTO COM GARANTIA DE ATENDIMENTO

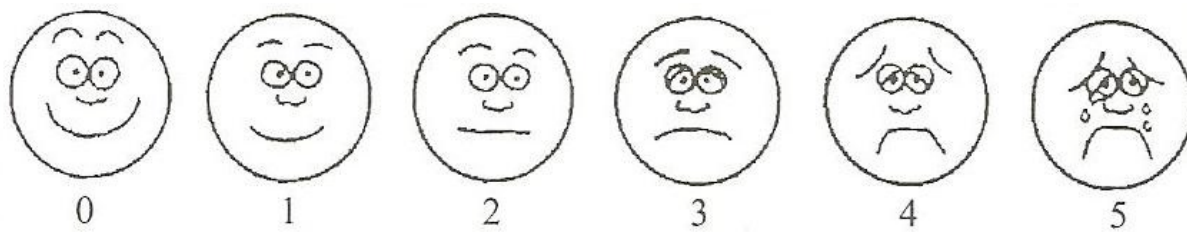
Estiveram nessa unidade no dia ____/____/____ e horário ____:____, o paciente _____ juntamente com seu responsável _____, o paciente foi recepcionado, acolhido e classificado como _____. Portanto, não foi observada instabilidade clínica que demande atendimento de urgência, motivo pelo qual referenciamo-lo para atendimento na seguinte unidade:

Unidade:
Endereço:
Observações: _____ _____

Salientamos que os dados classificatórios são relativos ao dia e horário informados, devendo o paciente dirigir-se ao local de encaminhamento o quanto antes.

ANEXOS

ANEXO 1



Escala de dor com faces para crianças (DAL MOLIN, 2004).

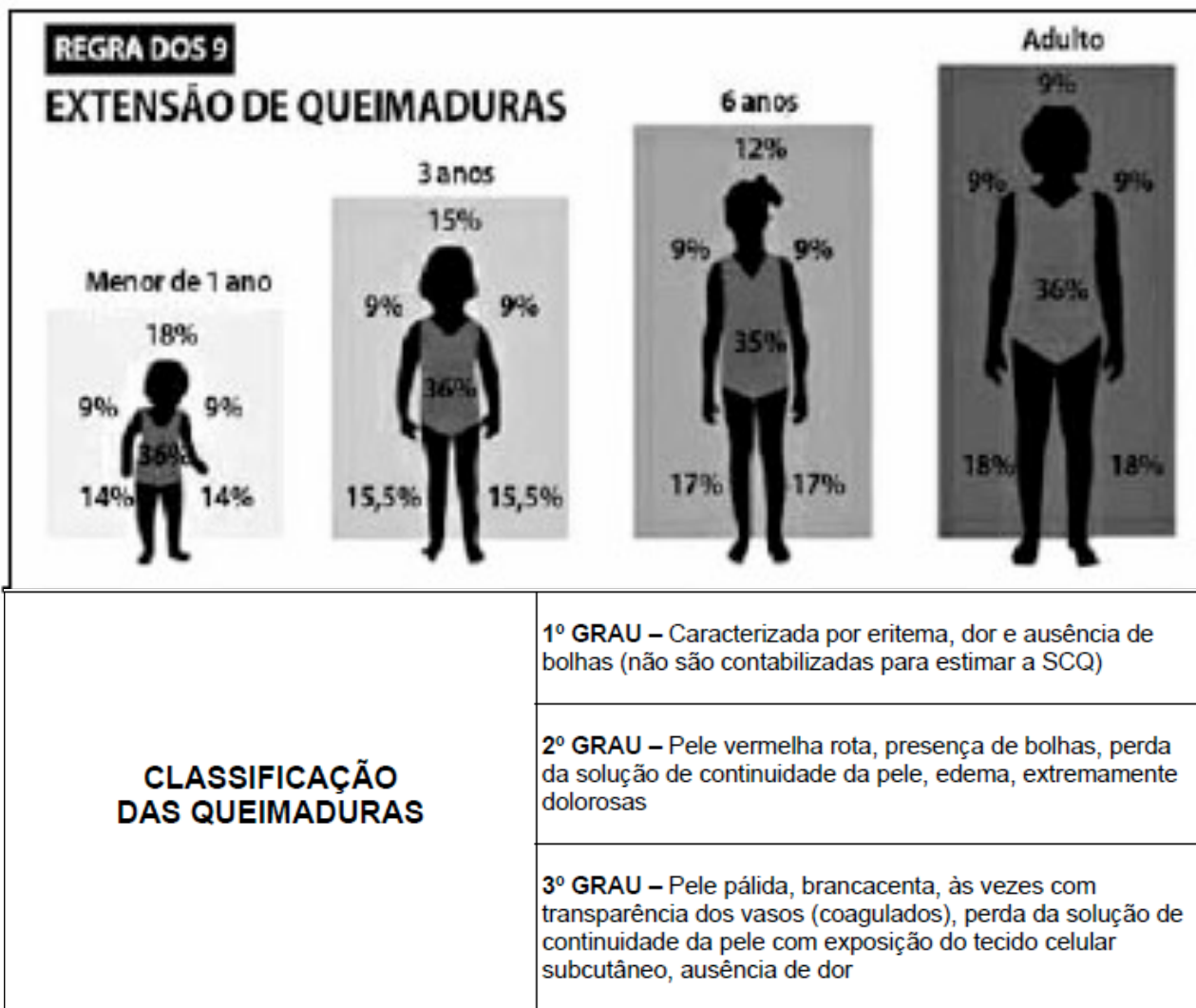
ANEXO 2

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Escala de coma de glasgow (ECG) (SMELTZER; BARE, 2011)

ANEXO 3



Avaliação da superfície corporal queimada (ANDRETTA et. al., 2013)