



Percepções de enfermeiros sobre sua atuação profissional na avaliação e classificação de risco em pediatria

Nurses' perceptions of their professional role in the evaluation and risk classification in pediatrics

Percepciones de los enfermeros sobre su actuación profesional en la evaluación y clasificación de riesgo en pediatría

Thais Amanda Rossa¹, Kelly Holanda Prezotto², Jessyca Slompo Freitas², Dannyele Cristina da Silva, Maicon Henrique Lentsck², Bruno Bordin Pelazza², Letícia Gramazio Soares², Viviane Knuppel de Quadros Gerber², Natan David Pereira¹, Debora Regina de Oliveira Moura¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as percepções dos enfermeiros sobre a classificação de risco em pediatria, seus conhecimentos sobre o uso dos protocolos de triagem e suas dificuldades na avaliação com acolhimento e classificação de risco (AACR). **Métodos:** Estudo de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 10 enfermeiros atuantes em unidades de pronto atendimento de um município do Centro-Oeste do estado do Paraná. A pesquisa se deu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi conduzida através de um questionário semi estruturado pelos autores, a mesma foi gravada e posteriormente transcrita compondo um corpus textual que passou pela análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Os resultados foram divididos em duas categorias: "A atuação do enfermeiro na AACR e a adesão ao protocolo de triagem" e "As fragilidades na AACR da criança no Pronto Atendimento". **Conclusão:** Verificou-se falha na adesão ao protocolo de triagem evidenciado pela falta de padronização e diferença de condutas e na avaliação dos sinais vitais das crianças. Além disso, pontos como excesso de demandas e comunicação com os pais como pontos dificultantes. Ressalta-se falta de capacitação desses profissionais, sendo ponto chave para uma prática adequada e baseada em evidências científicas.

Palavras-chave: Percepção, Triagem, Classificação de risco, Enfermagem, Pediatria.

ABSTRACT

Objective: To analyze nurses' perceptions regarding risk classification in pediatrics, their knowledge about the use of triage protocols, and their challenges in assessment through Evaluation and Risk Classification in Pediatrics (ERCP). **Methods:** This exploratory and descriptive study employed a qualitative approach and was conducted with 10 nurses working in urgent care units in a municipality in the central-western region of Paraná, Brazil. The research was approved by the Research Ethics Committee and conducted using a semi-structured questionnaire developed by the authors. Interviews were recorded, transcribed, and compiled into a textual corpus that underwent content analysis as proposed by Bardin. **Results:** The findings were divided into two

¹ Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá - PR.

² Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (UNICENTRO), Guarapuava - PR.

categories: "The nurse's role in ERCP and adherence to the triage protocol" and "Weaknesses in the ERCP of children in Urgent Care." **Conclusion:** A failure in adherence to the triage protocol was identified, as evidenced by the lack of standardization and variation in practices, as well as shortcomings in the assessment of children's vital signs. Additionally, issues such as excessive workload and communication challenges with parents were noted as barriers. The lack of training for these professionals was highlighted as a key point for ensuring appropriate and evidence-based practices.

Keywords: Perception, Triage, Risk assessment, Nursing, Pediatric.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las percepciones de los enfermeros sobre la clasificación de riesgo en pediatría, sus conocimientos sobre el uso de los protocolos de triaje y sus dificultades en la Evaluación con Acogida y Clasificación de Riesgo (AACR). **Métodos:** Estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 10 enfermeros que trabajan en unidades de atención urgente de un municipio de la región centro-oeste del estado de Paraná, Brasil. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación y se llevó a cabo mediante un cuestionario semiestructurado elaborado por los autores. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y compiladas en un corpus textual que fue sometido al análisis de contenido propuesto por Bardin. **Resultados:** Los resultados se dividieron en dos categorías: "El rol del enfermero en la AACR y la adhesión al protocolo de triaje" y "Las debilidades en la AACR del niño en Atención Urgente." **Conclusión:** Se identificaron fallas en la adhesión al protocolo de triaje, evidenciadas por la falta de estandarización y las diferencias en las prácticas, así como deficiencias en la evaluación de los signos vitales de los niños. Además, se destacaron cuestiones como el exceso de demandas y la comunicación con los padres como obstáculos. Se subrayó la falta de capacitación de estos profesionales, siendo un punto clave para una práctica adecuada y basada en evidencias científicas.

Palabras clave: Percepción, Triaje, Medición de riesgo, Enfermería, Pediatría.

INTRODUÇÃO

No que se refere ao atendimento de crianças em situações críticas de saúde, o atendimento rápido, seguro e baseado em evidências científicas é essencial. Há uma série de singularidades no atendimento pediátrico que podem representar um desafio aos profissionais de saúde, devido às especificidades das condições clínicas e os possíveis agravamentos dos quadros, o que exige dos profissionais um alto preparo e expertise no atendimento de emergências pediátricas (MAGALHÃES FJ, et al., 2020; CABRAL KB, et al., 2020).

Pensando em organizar e sistematizar o atendimento de Urgência e Emergência, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), propondo então uma estratégia para o Acolhimento Com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), como um método sistemático de organizar e selecionar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário nos serviços de Urgência e Emergência (UE). Ainda, ressalta a PNH, que ao implantar esses serviços, é necessária uma avaliação das ações da AACR, com objetivo de corrigir eventuais falhas e promover melhorias nesse processo (BRASIL, 2009).

Dentro da AACR, os protocolos de triagem são um método de avaliação dos pacientes com distinção dos quadros clínicos emergentes com o intuito de conduzi-los ao atendimento segundo a prioridade, de modo humanizado, esclarecendo o tempo de espera e organizando fluxos de pacientes. Esses protocolos devem ser baseados em evidências científicas, garantindo ao profissional que irá realizar a priorização de um usuário frente a outro com maior segurança e assertividade. Cada instituição pode adotar um protocolo de triagem conforme suas necessidades institucionais e regionais, porém esses devem ser baseados em protocolos já validados (BRASIL, 2013; MAGALHÃES FJ, et al., 2020).

Em 2012, por meio da Resolução nº 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), foi instituído que a AACR é atividade privativa do profissional enfermeiro. Para isso o profissional deve estar dotado de conhecimentos específicos, competências, e habilidades, amparados por protocolos, que visam garantir rigor

técnico científico na realização do procedimento. O enfermeiro atuante em serviços de emergência deve ter conhecimento e treinamento para a utilização de protocolos de classificação de risco institucionais, baseando sua atuação em evidências científicas (COFEN, 2012).

Contudo, é de suma importância a equipe utilizar de protocolos de atendimento para assegurar uma assistência de enfermagem segura, assegurando assim os princípios de resolutividade e integralidade do atendimento nos serviços de urgência e emergência (CABRAL KB, et al., 2020).

Durante o atendimento pediátrico podem ocorrer situações difíceis exigindo do enfermeiro habilidades que propiciem uma avaliação clínica mais criteriosa e uma escuta qualificada. Garantindo esse atendimento qualificado, o enfermeiro pode diminuir os riscos de uma classificação de risco que subestime os sintomas da população pediátrica, bem como reduz os riscos de agravamento do quadro clínico (CABRAL KB, et al., 2020; OWUSU-ANSAH S, et al., 2020; VERAS JEGLF, et al., 2019).

É fundamental garantir uma assistência de qualidade de forma a prevenir maiores danos às crianças em situações críticas de saúde, e a percepção dos profissionais de saúde sobre seu processo de trabalho torna-se crucial na identificação de pontos a serem melhorados (BIASIBETTI C, 2020).

Portanto, o desenvolvimento deste estudo teve a seguinte questão norteadora: Quais as percepções dos enfermeiros sobre a sua atuação na AACR em pediatria em serviços de urgência e emergência? Quais os desafios e as dificuldades que os enfermeiros enfrentam na AACR em pediatria? Como é realizada a AACR em pediatria e como são seguidos os protocolos de triagem? Portanto, o estudo teve como objetivo analisar as percepções dos enfermeiros sobre a classificação de risco em pediatria, seus conhecimentos sobre o uso dos protocolos de triagem e suas dificuldades na AACR.

MÉTODOS

Estudo de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, utilizando-se todos os critérios consolidados para pesquisa qualitativa (COREQ) (TONG A, et al., 2007), a fim de conhecer as percepções dos enfermeiros sobre o processo de classificação de risco pediátrica em unidades de pronto atendimento. A pesquisa qualitativa trata-se de uma investigação do fenômeno, no local em que ele ocorre. Ela trabalha com uma realidade que não pode ser quantificada, sendo assim, ela se preocupa com um universo de significados, de motivações, valores, crenças (GODOY AS, 1995; MINAYO MCS, 2014).

O presente estudo foi realizado em três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município de um município do Centro-Sul do Estado do Paraná, com objetivo de levantamento das percepções por parte destes profissionais relacionados ao tema pesquisado. Atualmente, o município conta com três unidades intermediárias de pronto atendimento entre UBS e hospitais, unidades de funcionamento 24 horas ininterrupto, todos os dias da semana, servindo de suporte para atendimento de quadros agudizados clínicos e traumáticos à população. Essas unidades são componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) adulta e infantil do município. O município em questão utiliza para a classificação de risco em UPA um protocolo próprio baseado no Protocolo de Manchester.

Foram critérios de inclusão na pesquisa: enfermeiros assistenciais das UPA's, vinculados à prefeitura por meio de concurso, enfermeiros fixos semanais, nos turnos manhã e tarde, de segunda a sexta-feira, que possuíam vínculo a mais de seis meses de concurso público. Foram critérios de exclusão enfermeiros de férias no período da coleta de dados. Foi agendado a entrevista com os enfermeiros por meio de contato telefônico, explicando a pesquisa e seu objetivo.

A coleta de dados ocorreu somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em que os participantes ficaram cientes a respeito dos objetivos e a forma de trabalho em que se processou o estudo, bem como a garantia de sua participação espontânea, deixando claro que poderiam abandonar a pesquisa no momento que assim desejarem. O referido documento foi redigido em duas cópias, ficando uma cópia do mesmo com o (a) participante do estudo e outra com a pesquisadora. A coleta de dados ocorreu no período de março à junho de 2023, nas UPA's do município.

Para produção de informações foi realizada uma entrevista estruturada por intermédio de um questionário elaborado pela autora com base na revisão de literatura, que compreendeu as seguintes questões: Você recebeu treinamento sobre classificação de risco em pediatria quando começou a trabalhar na urgência?; Quais são os discriminadores que protocolo de classificação de risco utiliza na classificação de risco em pediatria?; O que você leva em consideração na avaliação do risco em pediatria?; Você sente falta de um sistema de classificação de risco específico para a pediatria?; Fale sobre suas dificuldades e facilidades enfrentadas no dia a dia de trabalho na classificação de risco em pediatria; A existência de um instrumento de classificação de risco específico para a pediatria te auxiliará na classificação?; Você se sente seguro ao realizar triagem pediátrica?

O questionário foi aplicado nas UPA's em uma sala com privacidade e aplicado a um enfermeiro por vez. Os Enfermeiros preencheram um questionário sobre sua caracterização, idade, sexo, tempo de formação, grau de formação e a quanto tempo trabalha em setor de urgência e emergência, carga horária semanal, tempo de experiência profissional. As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas em um *corpus* que foi submetido a análise. Os entrevistados receberam um código para sua identificação, como E01, E02, E03, e assim por diante, de modo a preservar sua identidade.

A análise dos dados compreendeu a metodologia de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin. A análise de conteúdo fez-se em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) sob parecer nº 6.038.847 e CAAE 68578523.0.0000.0106.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte deste estudo 10 enfermeiros, 50% da amostra do sexo feminino, com idades entre 30 e 55 anos. Quanto ao tempo de graduação, compreendeu-se enfermeiros graduados de 5 a 33 anos. Em relação ao tempo de experiência no setor de UE, o tempo de experiência foi de 6 meses até 25 anos.

Quanto à análise e tratamentos dos dados das entrevistas, os resultados estão apresentados em 2 categorias temáticas: a atuação do enfermeiro na AACR e a adesão ao protocolo de triagem; as fragilidades para o AACR da criança no pronto atendimento.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA AACR E A ADESÃO AO PROTOCOLO DE TRIAGEM

Os enfermeiros relataram que consideram as informações informadas pelos acompanhantes, bem como as condições clínicas que as crianças apresentam durante o acolhimento.

“Na criança a gente sempre avalia a reatividade né, se ele tá ativo reativo, hipoatividade, cianose, frequência respiratória né, porque a criança descompensa muito rápido né, quando você verifica que o paciente está com sinais vitais estáveis mas está hipoativo, ele pode rebaixar rapidamente” (E07)

“faço acolhimento da criança com o responsável, vejo a história médica pregressa, se tem alguma comorbidade, se tem alguma medicação de uso contínuo e a queixa principal da criança, o que motivou ele a procurar o serviço de urgência e emergência.” (E06)

“é utilizado a clínica, principalmente na criança a clínica é muito importante, visualizar se ela tá mais debilitada, se ela tá apresentando algum tipo de hematoma, não só a queixa que a mãe refere, mas avaliar a criança em si, observar a criança como um todo, os sinais vitais, as prioridades dela” (E05)

“a gente vê a criança, talvez não está com nenhum sinal vital alterado, mas ela tá inapetente, caidinha, pálida” (E03)

Em relação à avaliação dos sinais vitais durante a classificação, percebeu-se que não há uma padronização entre os enfermeiros. Segundo os relatos, a frequência respiratória não é vista em todos os atendimentos, sendo realizada quando a criança apresenta algum esforço respiratório ou realizada em épocas com mais incidências de infecções de vias aéreas superiores. Alguns entrevistados não referiram verificar a frequência respiratória nas crianças.

“Agora, nessa época do ano que a gente tá nessa fase de infecção de vias aéreas a gente vê bastante frequência respiratória nas crianças que na verdade é o que mais conta para nós no atendimento né, a temperatura axilar e a frequência respiratória.” (E01)

“Os sinais vitais verificados são temperatura, frequência cardíaca, saturação e de acordo com a queixa o HGT.” (E02)

“Os sinais vitais que vemos são saturação, frequência cardíaca, temperatura. A frequência respiratória a gente vê quando a criança está com esforço respiratório, porque a gente não consegue fazer como na puericultura né, na urgência e emergência a gente não consegue né, mas a gente avalia a criança e dependendo do que a gente vê a gente faz os sinais vitais.” (E03)

“a gente vê saturação, frequência cardíaca e a temperatura” (E08)

Nenhum dos entrevistados citou a verificação da pressão arterial em crianças e quando questionados percebeu-se que não há padronização quanto a verificação desse sinal vital entre os enfermeiros, conforme os relatos a seguir.

“Para verificar a pressão arterial das crianças, na verdade a gente não tem uma constância em pressão arterial nas crianças, sabe, mas assim a partir de 7 ou 8 anos a gente já tá verificando, dependendo na verdade da estatura da criança de 7 ou 8 anos, mas acima de 10 ou 11 anos a gente verifica porque já são maiores” (E01)

“A pressão arterial pelo sistema é visto acima dos 10 anos, mas se a mãe relata que a criança já é cardiopata e faz acompanhamento normalmente fora da UPA, a gente verifica a pressão arterial independente da faixa etária.” (E02)

“A partir de 8 anos a gente vê a pressão arterial, ou tem criança menos de 8 anos, mas já são mais obesas, a gente já verifica se ela já está hipertensa devido a obesidade.” (E03)

“A pressão arterial só vemos conforme a queixa também, se não tiver queixas ou não tiver histórico não vemos, nas crianças é a partir de 11 anos.” (E04)

“Não é feita essa investigação de pressão arterial em criança, uma pela alta demanda que temos e outra porque a criança está ali só por uma síndrome gripal, então a gente acaba negligenciando essa parte mesmo.” (E06)

“A pressão arterial a gente não faz na classificação de risco né, se tem alguma queixa que seja cardiopata a gente faz essa verificação, mas no geral a gente não faz a pressão arterial nas crianças.” (E07)

Percebeu-se que alguns enfermeiros não têm conhecimento sobre o protocolo vigente ou o mesmo não fica disponível para consulta na sala de AACR. Alguns enfermeiros referiram realizar a triagem baseada no protocolo de Manchester, ou ainda, realizam a triagem conforme a vivência profissional.

“O protocolo de classificação do município é baseado no Manchester, ele só não tem a cor laranja, quando é semelhante ao laranja a gente sempre peca por excesso, a gente sempre coloca no vermelho.” (E01)

“Não sei se é da secretaria de saúde ou se é baseado em outro protocolo, não sei por que não fica ali na sala de triagem, eu sei que existe mas não tem ali para a gente olhar. Quando tenho dúvida não consigo olhar o protocolo para ver. Não sei dizer se é por faixa etária, eu classifico pela vivência que a gente tem de enfermeiro, mas não pelo protocolo.” (E03)

“A gente usa o protocolo de Manchester. Não temos para consulta, deveria ter mas não tem.” (E10)

AS FRAGILIDADES NA AACR DA CRIANÇA NO PRONTO ATENDIMENTO

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na AACR, a relação com os pais foi um dos fatores mais citados, seja por falta de conhecimentos dos mesmos em relação ao fluxo de atendimento dentro das UPA's, ou pelo fato de dificuldades no relato das queixas das crianças. Também surgiu o fato de as crianças não verbalizarem sinais e sintomas, dificultando ainda mais a comunicação com os pais.

“o que pressiona são os familiares, a criança é algo que seja mais simples, mas a pressão do familiar que quer um atendimento rápido, isso é uma questão da pressão que estressa, isso dificulta e isso influencia algumas vezes na tomada de decisão da tua classificação” (E02)

“o que dificulta é o que a mãe diz né, esse que é o problema, a mãe aumenta muita coisa e a criança não apresenta queixa nenhuma, porque a clínica é soberana” (E05)

“eles têm dificuldade de expressar o que a criança tem, de conhecimento da história patológica da criança, isso dificulta” (E06)

“Na criança por si só não conta o que tem, não verbaliza, é uma dificuldade que a gente tem né, o acompanhante também não sabe contar” (E10)

Outro ponto levantado é o grande número de atendimentos eletivos e queixas que seriam pertinentes à Atenção Básica que são atendidos nas UPA's, o que acaba por superlotar esses serviços de EU, interferindo no processo de AACR.

“o que mais dificulta é queixa de atendimentos eletivos, que poderia ser realizado na unidade básica de saúde e acabam vindo na UPA, então assim, a maioria dos atendimentos que a gente realiza não são atendimentos de urgência.” (E 07).

“Como, na verdade, a nossa demanda é grande, pode acontecer a questão da gente colocar uma classificação e não ser exatamente aquela” (E 02)

“então acaba gerando uma fila de consulta muito grande, uma demanda por classificação gigantesca, aqui por ser muito perto da unidade básica de saúde acaba os pacientes vindo querer fazer curativo aqui, acompanhamento de mapa pressórico, glicemia, então o enfermeiro que está na classificação não consegue fazer uma avaliação bem-feita, sempre acaba esquecendo alguma coisa” (E06)

Alguns profissionais relataram-se inseguros na realização da AACR. Além disso, a falta de capacitação dos profissionais foi um ponto bastante relevante nas falas.

Depende da situação, acho que nem sempre a gente está 100% seguro (E02)

Nunca passei por um treinamento de classificação de risco. (E03)

Desde que entrei trabalhar aqui não passei por treinamento de classificação de risco (E04)

Seguro sei que é uma palavra muito forte, talvez acostumado a realizar a classificação em pediatria, mas quando eu fico na dúvida eu prefiro priorizar, daí o médico já reavalia, porque a evolução que pode ter é muito rápida. A classificação basicamente, pra mim nunca ninguém passou nada de treinamento ou de capacitação, então eu faço basicamente como a do adulto. Tem um protocolo ali, mas desde que a gente entrou ninguém foi capacitado ainda [...] precisa dessa reciclagem, porque eu só tive esses conteúdos na faculdade, não vi mais, então a gente acaba pecando, mas a secretaria está fazendo capacitações, estão investindo na equipe. (E06)

o que eu sinto um pouco de receio é os recém-nascidos né, porque a criança quando ele deixa de ser lactente você consegue ter uma segurança maior, ele sinaliza a queixa, ele mostra onde dói, os recém nascidos não, então você tem que se basear muito em respostas fisiológicas do paciente então, acredito assim que a criança ela descompensa muito rápido, ela altera muito rápido. (E07)

Em relação a segurança, criança é mais complicado que adulto né, então como elas não verbalizam acaba sendo mais difícil, é mais complexo. Quando entrei foi feita uma orientação, não foi nem uma capacitação, eles dão uma apostila com orientações, mas não foi uma capacitação, acho que isso foi uma coisa que ficou faltando, deveria ter. (E10)

DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a realização da AACRP. Com isso, observou-se que na primeira classe emergente da análise de dados, ressalta-se um dado importante deste estudo é a falta de padronização na realização da AACRP. Na avaliação da criança, os enfermeiros não dispõem de uma mesma metodologia na identificação de sinais e sintomas bem como investigação do quadro clínico das crianças e histórico médico progressivo. A avaliação de sinais vitais também não segue um padrão, percebendo-se que estes são realizados conforme as queixas dos pais, os sinais ou sintomas do paciente ou ainda pelo julgamento do profissional que está exercendo a classificação.

Os relatos dos enfermeiros demonstram uma forte valorização das condições clínicas apresentadas pelas crianças, além das informações fornecidas pelos acompanhantes, como parte fundamental do processo de triagem. No entanto, também revelam lacunas e inconsistências no uso dos protocolos e na padronização da avaliação dos sinais vitais. A observação clínica, como destacada pelos participantes (E07, E05, E03), é considerada um pilar essencial para a avaliação das crianças, visto que elas podem descompensar rapidamente. O estudo de Veras JEGLF, et al. (2019), ressalta que a AACR associada com as variáveis clínicas pediátricas presentes favorecem para uma avaliação mais assertiva pelos enfermeiros da triagem.

No entanto, essa abordagem altamente clínica, embora relevante, parece depender da experiência individual dos profissionais e da subjetividade na avaliação, o que pode gerar variações entre os atendimentos. De acordo com Leite DHB, et al. (2024), o enfermeiro atuante em emergências pediátricas deve basear sua prática em evidências científicas.

Em termos de avaliação dos sinais vitais, as falas dos entrevistados revelam uma falta de padronização. Embora sinais como temperatura, frequência cardíaca e saturação sejam frequentemente verificados, a frequência respiratória é medida apenas em circunstâncias específicas, como em crianças com esforço

respiratório ou durante épocas com alta incidência de infecções respiratórias (E01, E03). Isso aponta para uma prática de triagem que é adaptada conforme o contexto, o que pode gerar inconsistências no atendimento de crianças com diferentes queixas. Considerando que a maioria das crianças apresentam infecções respiratórias sem gravidade, mas que se não tratadas a tempo, podem evoluir para complicações e infecções respiratórias mais graves. Outros estudos corroboram com esses dados, num estudo observou-se que os enfermeiros não realizam a verificação de sinais vitais conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, negligenciando essa etapa na triagem das crianças (CABRAL KB, et al., 2020). Basear-se em sua experiência de trabalho para realizar a triagem pode interferir na gravidade atribuída às crianças e é uma conduta pouco confiável, visto que o julgamento pode variar de profissional para profissional. A não verificação de sinais vitais básicos, como a frequência respiratória, pode influenciar negativamente no desfecho dessas crianças e vão em contrapartida aos protocolos e diretrizes (VERAS JEGLF, et al., 2019).

Outro ponto importante é a pressão arterial, que raramente é verificada nas crianças, exceto em situações específicas, como em crianças maiores ou com histórico de doenças cardíacas. O mesmo foi observado em um estudo que avaliou o processo de AACR pediátrica, onde verificou-se que os enfermeiros não utilizam estetoscópio e esfigmomanômetro durante os atendimentos, e o exame físico não foi realizado em mais de 90% dos casos observados. Os principais sinais vitais registrados nos prontuários das crianças foram o peso e a temperatura, enquanto a pressão arterial esteve ausente em 100% dos prontuários analisados (CABRAL KB, et al., 2020).

Em relação à adesão aos protocolos, a discussão revela uma falta de acesso e conhecimento sobre o protocolo vigente entre os enfermeiros e há incertezas quanto à sua aplicação correta, especialmente pela ausência de materiais de consulta disponíveis na sala de AACR (E03, E10). A falta de consulta ao protocolo em situações de dúvida representa uma falha significativa no processo, já que a utilização padronizada de protocolos de triagem é essencial para garantir a segurança e a qualidade no atendimento emergencial pediátrico. Esses aspectos, em conjunto, podem comprometer a qualidade da AACR. No estudo de Cabral KB, et al. (2020), dos 204 atendimentos de AACR pediátrica observados, em nenhum momento foi consultado o protocolo de triagem pelos enfermeiros. Além disso, ao comparar o nível de prioridade atribuído pelo enfermeiro com o nível que seria indicado pelo protocolo, verificaram-se discrepâncias na classificação atribuída pelo enfermeiro com a atribuída caso o protocolo fosse utilizado, sugerindo a não utilização do protocolo.

Como um ponto dificultante relatado pelos enfermeiros, percebeu-se que a relação com os pais foi bastante citada. A literatura confirma que o desconhecimento dos pais pode prejudicar o processo de anamnese e avaliação clínica (CABRAL KB, et al., 2020; LACERDA ASB, et al., 2019).

Além disso, muitos enfermeiros não explicam aos pais sobre a prioridade de atendimento de suas crianças e o tempo de espera correspondente, o que pode gerar insatisfação e incompreensão. No estudo de Phiri LS, et al. (2023), que analisou a experiência dos pacientes com o processo de triagem, foi observado que a falta de comunicação entre os profissionais e os pacientes, os pacientes relataram não receber informações sobre sua triagem, tempo de espera, o que gerava angústia emocional e insatisfação nos mesmos.

Barcellos LN, et al. (2021) ressalta a importância de um bom relacionamento e comunicação entre enfermeiros, pais e criança para criar um ambiente de confiança entre eles, contribuindo para uma assistência mais qualificada.

Outro fator dificultante na AACR é a demanda por atendimentos eletivos nos serviços de UE. A grande demanda nos serviços de UE por procedimentos e consultas eletivas têm se mostrado crescente no Brasil, o que faz com que esses serviços acabem funcionando acima da sua capacidade e o excesso de demanda e demanda inadequada podem interferir no gerenciamento desses serviços e no atendimento dos usuários (SILVA BR, et al., 2021).

A falta de capacitação da equipe relatada pelos profissionais contraria as diretrizes estabelecidas pela PNH (BRASIL, 2009). Os enfermeiros devem estar capacitados para o atendimento de emergências pediátricas, sendo necessário habilidades e competências específicas para reconhecer situações clínicas complexas, para tomada de decisões e atuação centrada sempre na criança e na família. É imprescindível que esses profissionais sejam treinados e estejam atualizados (SILVA BR, et al., 2021).

O estudo de Pwavra JBP, et al. (2022) recomenda que os enfermeiros atuantes em AACR pediátrica devem ter conhecimento e habilidades adequados sobre seu desempenho, visto que essa tarefa é tão importante na identificação de emergências e redução de complicações clínicas e dos óbitos de crianças. A negligência de alguns sinais vitais e a falta de padronização da verificação destes, pode acarretar danos na classificação.

Anand V, et al. (2023) ressalta que os enfermeiros de triagem devem passar por treinamentos, simulações, workshops e seus conhecimentos devem ser monitorados periodicamente. Soontorn et al (2018) demonstrou em seu estudo que quanto maior a exposição dos enfermeiros a serviços de UE e maiores horas dedicadas a treinamentos em triagem impactam positivamente na precisão da triagem.

O estudo de Leite DHB, et al. (2024) evidenciou que as principais competências e habilidades do enfermeiro para atuar em emergências pediátricas caracterizam-se por atualização contínua, capacitação técnica, cursos e treinamentos para manter-se atualizado nos avanços da saúde bem como basear sua prática em evidências com o objetivo de melhorar sua qualidade no atendimento.

Além disso, os sentimentos de insegurança relatado pelos profissionais pode estar intimamente relacionado com a falta de capacitações, o que pode trazer uma questão desafiadora para os profissionais, como a sensação de incompetência ou baixa competência, ressaltando a insatisfação com o trabalho e afetando a qualidade dos cuidados prestados (FERREIRA KM, et al., 2023).

Por fim, salienta-se que o raciocínio clínico ágil realizado pelos enfermeiros em consonância com conhecimento holístico sobre a criança e sua condição de saúde é essencial para o atendimento integral e para a prevenção de agudização do quadro. Além do mais, as capacitações contínua dos profissionais e a própria consciência das suas habilidades garantem uma adequada aplicação dos protocolos de triagem nos serviços de UE (PIRES LS, et al., 2019).

CONCLUSÃO

Observou-se que a percepção dos enfermeiros sobre sua atuação na AACR pediátrica varia entre os profissionais. Além disso, constatou-se a ausência de padronização na realização da AACR, evidenciada pelas falas dos entrevistados. A falta dessa padronização, particularmente na verificação de sinais vitais, como pressão arterial e frequência respiratória, sugere falhas no seguimento dos protocolos de triagem. A evidência de falhas nesse processo é a ausência de uma padronização da AACRP conforme o que rege o protocolo, podendo trazer prejuízos na organização dos setores da UE bem como prejuízos à atenção voltada para a população pediátrica que procura esses serviços. Além disso, os achados na literatura corroboram com o encontrado neste estudo, o que levanta um alerta acerca da formação desses profissionais de enfermagem para atuarem em emergências pediátricas. Em conclusão, a atuação dos enfermeiros na triagem pediátrica é marcada por uma avaliação clínica cuidadosa, porém, a falta de padronização nos procedimentos e a ausência de protocolos acessíveis comprometem a consistência do cuidado prestado, revelando assim uma necessidade de capacitação continuada dos profissionais enfermeiros sobre AACR pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. ANAND V, et al. Knowledge, Awareness, and Understanding of Pediatric Triage Among Nursing Officers in India: A Multicenter Study. *Cureus*, 2023; 15(9): e46102.
2. BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: 2011; Edições 70, pág 229.
3. BARCELOS LN, et al. Contribuições para enfermeiros frente ao processo de morte e morrer em emergência pediátrica: Percepção e estratégias de enfrentamento. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2021; v. 10, n. 9, p. e46210918250.
4. BIASIBETTI C, et al. Segurança do paciente em pediatria: percepções da equipe multiprofissional. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 2020; 24 (1).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. (2009). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde.

- Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf Acesso em julho de 2024.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) Foreign Affairs. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acessado em: 25 de junho de 2024.
 7. CABRAL KB, et al. Classificação de risco em um serviço pediátrico: avaliação da estrutura, processo e resultado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2022; 75(1), e20210022.
 8. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução número 423/2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html. Acessado em: 26 de julho de 2024.
 9. FERREIRA KM, BALSANELLI AP; SANTOS JLG. Competência profissional de enfermeiros em unidades de urgências e emergências: estudo de método misto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2023; 31, e3935.
 10. GODOY AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, 1995; v. 35, n. 3, p. 20–29.
 11. LACERDA ASB, et al. Embracement with risk classification: relationship of justice with the user. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019; 72(6), 1496-1503.
 12. LEITE DHB, et al. Habilidades e competências dos enfermeiros para atuarem em emergências pediátricas: estudo bibliométrico. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 2024; 7(15), e151425.
 13. MAGALHÃES FJ et al. Classificação de risco de crianças e adolescentes: prioridade de atendimento na unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73, e20190679.
 14. MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014; 14ª edição.
 15. OWUSU-ANSAH S et al. (2020). Pediatric readiness in emergency medical services systems. *Pediatrics*, 2020; 145(1).
 16. PHIRI M, HEYNS T, COETZEE I. Patients' experiences of triage in an emergency department: A phenomenographic study. *Appl Nurs Res*, 2020; 54, 151271.
 17. PIRES LS et al. Assistência emergencial à vítimas pediátricas decorrente de acidentes automobilísticos. *Revista Jurídica Uni Andrade*, 2019; 30(2), 59-71.
 18. PWAVRA JBP, et al. Practice of paediatric triage among nurses in human-resource constrained setting: A cross-sectional study in the Tamale metropolis of Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2023; 18 - 100516.
 19. SILVA BR et al. Perfil de crianças atendidas em um serviço de urgência e emergência no sul do Brasil. *Journal of Nursing and Health*, 2021; v. 11, nº 1.
 20. TONG A, SAINSBURY P, CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*, 2007; Volume 19, Issue 6, pag 349–357
 21. VERAS JEGLF, et al. Classificação de risco em pediatria realizada por enfermeiros com enfoque nas condições clínicas. *Revista Rene*, 2019; 20, e4092.8.