

Sistema De Triagem Numa Unidade De Urgência Pediátrica Portuguesa: Experiência Em Mobilidade-Acadêmica Internacional Brasil-Portugal

Fernanda Jorge Magalhães¹, Francisca Elisângela Teixeira Lima¹, Ilda Fernades Verganista², Maria do Céu Barbieri², Nuno Oliveira³, Gilvan Ferreira Felipe¹, Joelna Veras¹ e Lorena Barbosa Ximenes¹

¹ Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil. fernandajmagalhaes@yahoo.com.br; felisangela@yahoo.com.br; gilvanfelipe@yahoo.com.br; joelnaveras@ufc.br; lbximenes2005@uol.com.br

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. ildafernandes@esenf.pt; ceu@esenf.pt

³ Centro Hospitalar de São João, Portugal. nuno.oliveira@chs.j.min-saude.pt

Resumo. A presente pesquisa, integrada ao Doutorado em Enfermagem, constituiu uma oportunidade de mobilidade acadêmica profissional para a construção e a divulgação do conhecimento intercultural na área da urgência pediátrica. Teve como motivação conhecer o processo de triagem e classificação de risco nas unidades de urgência e emergência pediátrica no contexto português com o sistema brasileiro. O objetivo foi avaliar a organização do sistema de triagem da unidade de urgência e emergência pediátrica em um Centro Hospitalar da cidade de Porto-Portugal. Pesquisa qualitativa com 10 enfermeiros atuantes na unidade de urgência pediátrica. Evidenciou-se a organização do processo de triagem do serviço de urgência pediátrica, os fatores que interferem na utilização desse sistema e como os enfermeiros triadores podem contribuir para minimizar ou modificar tais fatores.

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

Implementation Of An Triage System Of Portuguese's Unit Emergency Pediatric

Abstract. This research, integrated Doctorate of Science in Nursing, was a professional academic mobility opportunity for the construction and promotion of intercultural knowledge in the field of pediatric emergency. We were motivated to know the process of screening and risk classification of primary care units and pediatric emergency in the Portuguese context with the Brazilian system. The objective was to evaluate the organization of the screening system of the emergency unit and pediatric emergency of Hospital de S. João, Porto-Portugal. Qualitative research with 10 nurses working in the pediatric emergency unit. It was evident the organization of screening the pediatric emergency department process, the factors that interfere with the use of this system and how sorters nurses can help to minimize or modify these factors.

Keywords: Triage, Pediatrics, Risk classification, Nursing.

1 Introdução

A Mobilidade Internacional de doutorado em enfermagem é uma oportunidade do estudante aprimorar competências e habilidades em pesquisa com inserção no meio acadêmico e profissional, além da possibilidade de estabelecer e alargar vínculos de trabalho científico no contexto internacional (Fassarella; Magalhães & Carvalho, 2014).

Por meio dessa oportunidade profissional, da realização de mobilidade acadêmica internacional entre Brasil e Portugal, surgiu o interesse no aprofundamento teórico-prático sobre o sistema de triagem numa unidade de urgência pediátrica portuguesa. Tal interesse é justificado pela necessidade de aprimoramento e favorecimento de melhorias para a continuidade do estudo sobre Validação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria realizada em Fortaleza-Ceará-Brasil.

Sabe-se que as informações e condições facilitadoras para o julgamento clínico e a tomada de decisão são amplas, frente às diversas situações no cotidiano do profissional da saúde. Dentre estas, destacam-se as situações de urgência e emergência.

Diante de tais situações, os profissionais da saúde, que atuam nas unidades de urgência e emergência, em especial os enfermeiros, necessitam ter conhecimento, competência e habilidade técnico-científica para acolher, classificar o risco e determinar a prioridade de atendimento do usuário de saúde em tais serviços (Conselho Federal de Enfermagem do Brasil, 2012).

Para tanto, torna-se evidente a definição do termo classificação de risco, também utilizado internacionalmente como triagem. Refere-se ao ato de identificar a queixa principal manifestada ou relatada pelos usuários de saúde e/ou seus acompanhantes; direcionar a realização de uma anamnese e exame físico frente aos sinais e sintomas apresentados e; determinar a prioridade de atendimento destes nas situações de urgência e emergência frente às condições relacionadas às complicações e risco de morte.

Dentre os Protocolos de Atendimento utilizados como tecnologias em saúde conhecidos mundialmente para a classificação de risco destacam-se: o *Australasian Triage Scale (ATS)*, o *Canadian Triage and Acuity Scale*, o *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS)*, e o *Manchester Triage System (MTS)*. No, Brasil, tem-se utilizado diversos protocolos de classificação de risco, sendo a maioria foi fundamentada no Modelo ATS, o qual foi o pioneiro a usar tempos de espera de acordo com gravidade, ou no Modelo de Manchester MTS que simboliza esse tempo de espera por cores (Junior, 2009). Evidencia-se, ainda o *Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria* como uma tecnologia em saúde válida quanto ao conteúdo, aparência e na prática clínica em saúde, desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de favorecer o direcionamento profissional no estabelecimento da prioridade de atendimento (Magalhães, 2012).

Neste contexto, a presente pesquisa, integrada ao Doutorado em Ciências de Enfermagem, constituiu uma oportunidade de mobilidade acadêmica profissional para a construção e a divulgação do conhecimento intercultural na área da urgência pediátrica.

Para isso, surgiram tais questionamentos: Como se dá o processo de triagem e classificação de risco nas unidades de urgência e emergência pediátrica em Portugal? Quais os fatores intervenientes na implementação e utilização do sistema de triagem e classificação de risco nas unidades de urgência e emergência pediátrica em Portugal?

Qual a atuação do Enfermeiro para a Melhoria do Processo de Triagem?

Com o propósito de responder estes questionamentos teve-se como objetivo: avaliar a organização do sistema de triagem da unidade de urgência e emergência pediátrica de um Centro Hospitalar de Porto-Portugal.

2 Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de natureza qualitativa, pois pretendeu-se observar, explorar aspectos e descrever o processo de triagem e classificação de risco no serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar S. João.

Como participantes do estudo teve-se os enfermeiros atuantes no serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar S. João.

Nesse serviço atuam 43 enfermeiros em regime de escala de plantão de 8 horas ou de 12 horas. São distribuídos em equipes de oito enfermeiros por turno, sendo alocados até 3 no serviço de triagem. São designados como enfermeiros triadores 28 enfermeiros, ou seja, aqueles que passaram por um processo de formação para a utilização da *Canadian Triage Paediatrics and Acuity Scale (PaedCTAS)*, com treinamento de 6 meses em conjunto com um outro enfermeiro mais experiente e que detenha de uma experiência prática assistencial maior ou igual a um ano no serviço de urgência.

Participaram do estudo 10 enfermeiros, sendo uma amostra aleatória e findada a partir da repetição e saturação de informações. Teve-se como critérios de inclusão: ser considerado enfermeiro atuante no serviço de urgência pediátrica e estar trabalhando no período de coleta de dados. Excluíram-se aqueles que não detinham de a denominação de enfermeiro triador.

Para caracterizá-los, verificou-se um predomínio de enfermeiros do sexo feminino (7), com idade média de 37,5 e com média de 13,9 anos de atuação profissional e 9,2 anos de atuação em serviço de pediatria. Nove eram enfermeiros assistenciais, sendo que um também atuava com consultoria e outro apenas na Gestão em Enfermagem como Enfermeiro Principal. Quanto a formação acadêmica, somente quatro são especialistas com média de 8,2 anos de pós-graduação, sendo três em Saúde Infantil e Pediátrica e um em Gestão na Unidade de Saúde. No que concerne ao tempo de atuação profissional e de experiência na pediatria, sete tinham apenas esse serviço como local de atuação e, dois também possuíam experiência em serviços intermediários e apenas um em serviço de urgência em adulto.

O processo de coleta de dados foi desenvolvido no período de dezembro de 2013 a junho de 2014 na unidade de urgência e emergência pediátrica do Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal. Para isso, utilizou-se técnicas de observação não participativa do processo de triagem realizado no serviço, entrevista semi-estruturada com os enfermeiros participantes e avaliação dos registros informáticos das crianças e adolescentes atendidos no setor.

A coleta foi desenvolvida a partir da utilização de um instrumento para a entrevista semi-estruturada com perguntas fechadas e abertas relacionadas à organização e vivência do processo de triagem; opinião sobre os fatores facilitadores e inibidores; minimização ou modificação desses fatores e qual a opinião do enfermeiro sobre o futuro da triagem na unidade.

O tratamento e análise dos dados qualitativos foi realizado a partir da análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011), a partir da semelhança dos depoimentos dos enfermeiros participantes e fundamentados na literatura pertinente à temática. Para isso, seguiram-se as etapas de: descrição como enumeração das características dos depoimentos; inferência como procedimento intermediário com deduções lógicas de causas e conseqüências advindas das mensagens e; por último, a etapa de interpretação com a significação concedida a essas características. Então, após tais etapas, surgiram três categorias denominadas de: O Processo de Triagem; Fatores Intervenientes para a Tomada de Decisão; e Atuação do Enfermeiro para a Melhoria do Processo de Triagem.

O estudo respeitou os aspectos éticos e legais, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção de vida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos com desenvolvimento e o engajamento ético.

Os participantes foram contactados na unidade de urgência e emergência pediátrica, com uma folha de informação contendo a finalidade e os objetivos da investigação, sendo atribuídas a estes uma denominação anônima de E1,..., E10 após assinarem um Modelo de Consentimento Informado do estudo.

Cabe enfatizar que a realização da investigação só teve início após parecer favorável do Comitê de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Porto, bem como concordância do Director do Serviço.

3 Resultados

A partir da realização da entrevista semiestruturada foi possível identificar como se dá a organização do processo de triagem do serviço de urgência pediátrica, os fatores que interferem na utilização desse sistema e como os enfermeiros triadores podem contribuir para minimizar ou modificar tais fatores.

3.1 Categoria 1: Implementação e Organização da Triagem

A primeira categoria foi denominada de Implementação e Organização da Triagem, na qual os enfermeiros descrevem a organização do processo de triagem com exposição dos detalhes da implementação, utilização e definições principais do processo de triagem da PaedCTAS nesse serviço de urgência pediátrica.

É descrito o momento da chegada, com registro de informações sociodemográficas no posto administrativo, o qual espera ser chamado pelo enfermeiro, por ordem de chegada, até uma das salas de triagem. Chegando à sala do enfermeiro triador, faz-se uma breve avaliação da criança e/ou adolescente a partir da apresentação dos sinais e sintomas. Para isso, utilizam o Triângulo de Avaliação e verificação dos sinais vitais a fim de determinar a prioridade de atendimento. Essa prioridade é atribuída por cores (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul) com tempos pré-estabelecidos para a espera do atendimento médico em que ressaltam a importância da retriagem, conforme as falas a seguir:

“Acerca seis anos por volta de 2007/2008 um grupo de avaliação do serviço de urgência, achou necessário criar um grupo de triagem. O grande objetivo era que as crianças fossem atendidas o mais rápido possível para evitar o atendimento por ordem de chegada. Foi feito uma avaliação com as escalas de triagem e achou-se na Espanha, um grupo de enfermeiros formados para a utilização da Escala Canadiana e aplicaram cá” (E1).

“O processo de triagem veio de Bilbao da Triagem Canadiana, a qual foi adaptada e implementada a nossa realidade” (E8).

“O doente entra no serviço, faz a ficha no posto administrativo e há três postos de trabalho de triagem. Após fazer a ficha, o enfermeiro triador, através do sistema informático, toma conhecimento que ascendeu ao serviço de urgência e, de imediato, chama o utente por ordem de chegada. É feito a triagem de acordo com a Triagem Canadiana que possui um triângulo de avaliação e atribuído uma cor de prioridade de urgência, de acordo com a avaliação que é efetuada nesse momento. Depois de ser triado e, de acordo com o que está preconizado em cada cor de triagem, o doente será retriado. Ou seja, reavaliado e manterá ou mudará a cor de triagem que lhe foi atribuído” (E10).

Ainda nessa categoria, surgiram relatos relacionados às competências e habilidades do Enfermeiro Triador. Ressalta-se a importância da formação dos enfermeiros de modo a adquirirem um conjunto de competências direcionadas aos conhecimentos dos sinais e sintomas das crianças e adolescentes em situação de urgência, de modo a avaliar e tomar a decisão da prioridade de atendimento de maneira autônoma, segura e adequada às condições clínicas.

“(..) foi um desafio de repente passar por nós a decisão do atendimento das crianças. Ficou logo notório que seria necessário a pessoa ter um conjunto de conhecimentos, mas não só, de capacidades pessoais de autocontrole e gestão de situações complicadas. Então foi selecionado um grupo de triadores ,tendo em conta o tempo de experiência profissional e esses outros motivos”(E1).

“A experiência do enfermeiro e o conhecimento, é importante. Ele precisa ser perito em pediatria para ser locado em um posto de triagem e daí de preferência por aqueles que tenham especialidade. É preciso avaliação prévia e testar seu conhecimento, já que tem grande responsabilidade em está fazendo um juízo clínico para a tomada de decisão adequada na situação de uma criança. O enfermeiro pode determinar a situação dessa criança pelo resto da vida” (E10).

Além disso, torna-se fundamental que o enfermeiro tenha habilidades de autocontrole emocional; gestão de conflitos; boa relação interpessoal e interdisciplinar; com postura ética, humanizada, empática e autônoma para basear e determinar a prioridade de atendimento das crianças e adolescentes.

“Apesar de termos muita autonomia e preciso ter uma boa relação com todas as equipas. E isso é muito bom porque nos permite prestar bons cuidados, permite agir a tempos e a horas” (E8).

“Ter a capacidade de gerir conflito com os colegas e com os utentes é outro pré-requisito para ser triador. Outro, que constatei empiricamente, é ter uma postura que não deixe o utente ter uma apreciação julgadora do enfermeiro. Um exemplo foi uma enfermeira que tínhamos competente em conhecimentos e com habilidades para gerir conflitos, mas sob pressão ela tinha um tic nervoso que era visto pelos utentes como gozo, embora não condizente com a realidade. E ela era alvo de maiores reclamações e conflitos com os utentes” (E10).

3.2 Categoria 2: Fatores Intervenientes para a Tomada de Decisão

Quanto à segunda categoria, denominada de Fatores Intervenientes para a Tomada de Decisão surgiram três itens de discussão: os Fatores positivos, os Fatores negativos e os Recursos para a Triagem.

No que concerne aos fatores positivos, ressaltou-se a importância desse processo como benefício na minimização de complicações e modo de evitar as mortes nas filas de espera, em especial por serem crianças; já que estas possuem condições fisiológicas susceptíveis a um rápido processo de deteriorização das manifestações clínicas.

“Eu penso que isso nos favoreceu e, se calhar, tem menos situações de mais complicações, ou seja, pelo facto de haver um conjunto de sinais e sintomas que nos levariam a pensar que em pouco espaço de tempo a criança vai se deteriorar e poder logo encaminhá-la para o tratamento” (E1).

“Com a triagem consegue-se prever com antecipações as descompensações das crianças, de modo, a ter atendimento em tempo hábil. É um sistema de linguagem uniforme o que é facilitador para avaliar os utentes de forma igual. (...) permite sistematizar e identificar precocemente as condições reais e isso vai de encontro ao que deve ser” (E10).

Incluem, ainda, o processo de triagem como uma forma segura e sistemática de priorizar o atendimento dos clientes em situação de risco. Porém, no decorrer da utilização da PaedCTAS os enfermeiros ainda referem as necessidades de adequação e melhoria a realidade vivenciada nesse serviço. O que nos remete a uma necessidade de um processo de tradução e adaptação transcultural dessa escala de triagem.

“Agora é mais fácil, mais seguro e fazemos um melhor trabalho. Que permite-nos fazer mais cuidados de Enfermagem. Mais seguro, mais eficaz e é uma forma de prestarmos bons cuidados” (E8).

“Realmente há parâmetros que se precisa melhorar, mas acredito que corre bem. A formação foi útil, mas tem as particularidades, (...) uma criança com sinais e sintomas relativamente simples, mas, muitos não se adaptam a escala. Mas, preciso decidir e com patologia de base e, então, qual prioridade darei? Isso suscitava dúvidas (...) tínhamos o manual e quando precisávamos íamos lá” (E9).

“É mais facilitador para identificar aquela criança que está em risco e precisa ser visto com maior caráter de urgência para não descompensar. As pessoas tiveram formação. (...) foi identificado algumas lacunas no processo de triagem e se corrigindo, ainda estão sendo adequadas” (E10).

“A minha maior dificuldade é onde encaixar determinadas coisas, porque não tem, não está no sistema. Quando chega um miúdo com apenas um episódio de vômito e só porque é recém-nascido já passa a frente de outros. Há esse déficit do sistema” (E7).

Quanto aos fatores que interferem negativamente no processo de triagem, pode-se citar: resistência à mudança pelas equipas médicas e pelos próprios enfermeiros para implementação do processo de triagem no serviço de urgência.

“Sempre que se tenta introduzir uma mudança, há alguma resistência, sobretudo, pelos elementos mais experientes que apesar de já terem muitos anos de trabalho em urgência pediátrica, até o momento tinham uma função de intervenções. Já na urgência é preciso decisão

clínica, que, muitas vezes, nos traz feedback pelos utentes (...) e coloca-nos num local de maior responsabilidade” (E1).

“Tivemos resistência médica, pela triagem ser feita por enfermeiros. Isso, apesar de ter sido registrado e comprovado a capacitação profissional. Antes, o primeiro contato dos doentes eram feitos por médicos e, hoje, nós que estabelecemos os destinos e as prioridades” (E8).

A ansiedade dos pais, a falta de compreensão e a pouca orientação sobre o processo de triagem também foi considerada um fator que interfere negativamente, já que podem dispor de tentativas frustradas de interferência na avaliação do enfermeiro triador e possibilitar relações conflituosas entre os enfermeiros/pais e pais/outros pais. No entanto, percebem que com o tempo os pais foram evoluindo quanto à importância desse processo para a melhoria do cuidado no serviço de urgência pediátrica.

“Uma dificuldade foi os próprios utentes perceberem o sistema. Eles não aceitavam nenhuma justificação das prioridades atribuídas, faziam muitas comparações. Eles dizem: não percebi o porquê àquela criança que parece tão bem está pior que o meu e, se vierem muitos piores do que o meu não vou sair daqui hoje? (...) Isso torna uma relação conflituosa e até mesmo tensa a relação entre o enfermeiro da triagem e o utente que está na sala de espera.” (E5).

“Inicialmente, os pais não aceitaram que éramos nós, enfermeiros, que estávamos ali à frente para avaliar a criança. Porém, alguns começaram a perceber que valia a pena porque tinha uns a morrer na sala de espera por esperar pela ordem de chegada. E hoje os pais estão por percebê-la que consoante os sintomas que apresentam é mais gravidade ou menos gravidade. Uns entendem outros não, mas acho que as coisas foram melhorando” (E6).

Além desses fatores negativos foi citada, ainda, a estrutura física como condição que interfere na atenção e satisfação do trabalho do enfermeiro triador. Já que este está, constantemente, sofrendo interferência do estresse na realização de seu trabalho. No entanto, os enfermeiros expressam adaptação à realidade vivenciada e ainda assim conseguem desenvolver um bom trabalho.

“Em termos de estrutura física, não temos a ideal, estamos habituados a trabalhar assim, mas não é o ideal, porque as pessoas chegam facilmente a nossa beira, estão muito perto de nós, a sala está completamente aberta, facilmente se entra no serviço, facilmente o doente chega a nossa beira o que não facilita o processo. (...) mas é o temos e dentro disso, acho que conseguimos fazer um bom trabalho” (E8).

“Ter os pais constantemente ao pé de nós é um péssimo fato, nos atrapalha. Às vezes, estamos ali para triar um miúdo e temos um pai a bater na porta, porque seu filho está deitado numa maca e não em uma cadeira de rodas. Isto para ele é prioridade e precisa ser o muito mais rápido atendido. Por aí percebe-se que o espaço não está muito bem pensado e executado” (E7).

Quanto aos Recursos para a Triagem os enfermeiros relatam a importância da adequação de recursos humanos, tecnológicos e arquitetônicos como fatores intervenientes para o processo de triagem.

“Atualmente a equipa foi reforçada, não obrigatoriamente por causa retriagem, mas também pela afluência, nesse formato temos dois elementos fixos lá fora, na sala de triagem” (E8).

“O processo de triagem, em si, é benéfico e se não houver problemas no computador, que bloqueia e precisa ligar e desligar, com problemas do sistema informático” (E4).

“Se a arquitetura da urgência não se adaptar pode haver riscos. Ainda há problemas arquitetônicos, como ligações entre a sala de triagem e a zona interna da urgência, que não existe, mas deveria existir” (E1).

3.3 Categoria 3: Atuação do Enfermeiro para a Melhoria do Processo de Triagem.

Como última categoria, advinda dos depoimentos dos enfermeiros em estudo, teve-se a Atuação do Enfermeiro no Processo de Triagem, a qual evidenciou o papel do enfermeiro, o registro e escalas de Enfermagem.

Para isso, foram citados o papel do enfermeiro como educador para capacitar e manter as adequações e atualizações pertinentes ao sistema de triagem. O enfermeiro triador disposto a contribuir para as adequações e orientações sobre a escala, bem como, a criação de um grupo de triagem a fim de uniformizar o julgamento clínico e a tomada de decisão junto as crianças e adolescentes em situação de risco.

“Meu papel como formador foi ter que desenvolver estratégias no sentido de especializar os colegas, favorecer a detecção de sinais e sintomas que podem corresponder a situações graves de deteriorização na urgência. Além de sensibilizá-los a um relacionamento harmônico com pais e utentes” (E1).

“Foi definido um grupo de triagem o qual podemos dar sugestões e propor modificações e muitas são aceitas. E este grupo está tratando mesmo do processo de organização e atualização da triagem. Portanto, temos reuniões mensais ou de 15 em 15 dias para falar sobre atuações, forma de triar, coisas que uns fazem e outros não. Porque a triagem, apesar de termos um algoritmo, não deixa de ser subjetivo” (E8).

Ressalta-se a importância de adaptação do registro e inclusão de outras escalas de avaliação para que haja melhores registros de Enfermagem na triagem pois, apesar de ser um ambiente de cuidado rápido e direcionado aos sinais e sintomas, deve-se haver condições adequadas para notificações, assim como utilização de Diagnósticos de Enfermagem pertinentes ao Processo de Enfermagem.

“Quando muito basta alterar um determinado parâmetro ou achar que o miúdo está pálido, ir ao triângulo determina a prioridades. Contudo, algumas vezes, temos que colocar uma justificação, já que o sistema não assume certas coisas para aumentar a prioridade da criança. E temos que ir lá, fazer o registro e alterar” (E9).

“A atualização tem a ver com isso, inclusão de escalas e fazer todos iguais as mesmas coisas. A ideia é a definição de escalas e tem a ver com o sistema que às vezes não registra. Sendo obrigada a fazer uma avaliação de alguns parâmetros para decidi, de forma mais segura, ou para nos dá mais elementos. Como, por exemplo, a escala de dor na pediatria” (E8).

4 Discussão

Os relatos dos enfermeiros fazem referência à utilização do PaedCTAS. A Escala foi adaptada a partir de um estudo rigoroso da literatura sobre triagem pediátrica da *Canadian Triage and Acuity Scale*, desenvolvida pela *Canadian Association of Emergency Physicians* e validada no território canadense em 1998. Nela, a classificação do usuário é feita em escala ordinal de cinco níveis por cores, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, sendo possível, a realização da retriagem o que favorece uma tomada de decisão eficaz, em especial, devido a vulnerabilidade das crianças e adolescentes em situação de urgência (Canadian Association of Emergency Physicians, 2011).

Por isso, o reconhecimento da retriagem como condição facilitadora para reavaliação dos sinais e sintomas que demonstram gravidade nos clientes da faixa etária pediátrica e adolescente é de suma importância no prognóstico. O atendimento precoce pode evitar a evolução para uma parada cardiorrespiratória, choque, insuficiência respiratória ou piora do quadro clínico vigente. Assim, o treinamento do profissional de saúde para tal reconhecimento é prioritário. A segurança para tomar a decisão certa diante de um paciente grave é obtida com a experiência profissional, além de outros instrumentos de tecnologia em saúde (Melo & Vasconcellos, 2005).

Isto, de modo a evitar esse tipo de complicações e agravos nas filas de espera, muitos dos depoimentos, ressaltam a importância de enfermeiros triadores com competências e habilidades adequadas a lidar com o cliente pediátrico em situação de risco, de maneira a minimizar complicações e agravos nos serviços de urgência pediátrica. Para que estas condições sejam alcançadas, corrobora-se com a crítica sobre as políticas de educação voltadas à formação de competências. Ou seja, a lógica do mercado prima por mão-de-obra capacitada para dar conta da

dimensão tecnológica e não privilegia a formação crítico-reflexiva capaz de impactar o mercado e provocar melhorias sociais locais a médio e longo prazo (Peres & Ciampone, 2006).

Portanto, acredita-se que o enfermeiro atuante no serviço de urgência pediátrica, em especial, no processo de triagem e classificação de risco deva possuir algumas competências e habilidades adequadas para um julgamento clínico fidedigno e posterior tomada de decisão apropriada às condições de saúde do cliente. Ressalta-se, assim, o uso de instrumentos facilitadores para tais condições de trabalho como: uma escala segura e apropriada à triagem; planejamento da avaliação direcionado a queixa principal; organização do serviço utilizando-se de protocolos institucionais; coordenação e controle de idéias para operacionalizá-las para a determinação da prioridade de atendimento.

Quanto aos fatores intervenientes para essa determinação da prioridade de atendimento, os enfermeiros referiram como principal fator positivo o uso da escala PaedCTAS. Já que trata-se de um instrumento seguro, sistemático e válido para a realização de uma avaliação do cliente de forma dinâmica, ágil e humanizada para a identificação da aqueles que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco.

A PaedCTAS foi elaborada a partir da adaptação da CTAS e devido a não existência de um consenso quanto à triagem pediátrica. Esta escala é baseada na avaliação de parâmetros fisiológicos utilizando-se um triângulo de sinais e sintomas complexos com determinação de cinco níveis de triagem apropriado a população em que se destina (Gouin, Gravel, et al. 2005). A sugestão deste, como um instrumento válido para a triagem de crianças em serviço de urgência pediátrica, foi configurada a partir da realização de um estudo retrospectivo, em 2009 no departamento de emergência pediátrica do Canadá. O qual obteve resultados por meio de marcadores de gravidade tais como: número de admissão de clientes na Unidade De Terapia Intensiva Pediátrica e pelo tempo de permanência no serviço de urgência, conforme preconização da prioridade de atendimento (Gravel; Manzano & Arsenault, 2009).

Diante dessas circunstâncias, torna-se evidente a necessidade de tradução e a adaptação de instrumentos estrangeiros o qual pode ser uma saída para evitar inconsistências nos instrumentos de avaliação, porém os procedimentos adotados neste processo devem ser criteriosos e cuidadosos, uma vez que a tradução e a adaptação são tão importante quanto à construção de um novo instrumento. É necessário inclusive que sejam refeitos os estudos de confiabilidade e validade no novo contexto (Giusti & Befi-Lopes, 2008). Portanto, sugere-se a realização de estudos com este rigor metodológico para a tradução, adaptação transcultural e validação dessa escala de triagem para a população portuguesa e brasileira.

Quanto aos fatores negativos intervenientes na utilização da triagem em pediatria, os depoimentos ressaltam a resistência à mudança, especialmente, por parte dos profissionais mais antigos, além da ansiedade dos pais quanto a situação clínica do filho o que pode interferir na fidedignidade das informações ou em relações de conflitos com os enfermeiros triadores.

Essa resistência a mudança pode estar relacionada ao processo de formação dos enfermeiros, já que ainda existe contradições, principalmente entre o paradigma dominante, que observa a saúde por um olhar biologista, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia e o paradigma da construção social da saúde, construção essa apoiada no fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde, na ação intersetorial e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde, visando à reorientação das relações entre profissionais de saúde e população (Almeida & Ferraz, 2008).

Por isso, cabe a todos o papel de protagonista na transformação dos conceitos e das práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde. Isto pode começar através da universidade, do colegiado ou do departamento, mas se não chegar à sala de aula e à relação professor-aluno, de

nada adiantará a mudança nas diretrizes curriculares ou as imposições de um colegiado ou de uma universidade (González & Almeida, 2010).

Outro fator negativo referido foi a interferência e ansiedade dos pais diante da situação saúde-doença do filho e isto, talvez pela falta de conhecimento dos clientes acerca do processo de triagem e classificação do risco, por isso, salienta-se que sem comunicação estes podem ser considerados excluídos da dinâmica do serviço e do processo saúde-doença (Coelho & Jorge, 2009).

Para a orientação destes usuários, destaca-se o processo de educação em saúde como uma excelente forma de construir conhecimentos, já que objetiva qualificar os indivíduos a desenvolverem consciência crítica e capacitá-los para ter maior controle sobre a própria saúde. Para o cumprimento de tal processo tem-se o enfermeiro, visto que se identifica com o papel educativo a eles atribuído, considerando-se, muitas vezes, educadores em saúde natos (Colomé & Oliveira, 2008).

Portanto, corrobora-se com o objetivo central do desenvolvimento à saúde, de modo a favorecer que a força de trabalho possa produzir um número suficiente de trabalhadores com qualificações técnicas e cujo histórico, de linguagem e de atributos sociais os tornem acessíveis e capazes de alcançar diversos tipos de clientes e populações. Para isso, é necessário planejamento ativo e gerenciamento na produção de recursos humanos com foco na construção de instituições formadoras fortes, no fortalecimento da regulação profissional e na revitalização das capacidades de recrutamento (Almeida & Ferraz, 2008).

5 Considerações Finais

Concluiu-se, que o processo de sistema de triagem em unidade de urgência pediátrica necessita de uma equipe treinada e capacitada para um olhar fidedigno e direcionado à queixa clínica da criança e/ou seu acompanhante de modo a favorecer um atendimento integral, acolhedor, com julgamento clínico criterioso para a tomada de decisão da prioridade de atendimento adequada ao estado clínico da criança em situação de urgência. Foi possível identificar que, assim como no Brasil, em Portugal, também, tem-se fatores intervenientes no processo de triagem, sendo necessário um maior rigor na retriagem da criança nessas condições de saúde.

Como limitação do estudo é preciso relatar a impossibilidade de generalização dos resultados, já que foi realizado em apenas um serviço de urgência pediátrica de Portugal. Além da dificuldade de analisar os registos de Enfermagem, em suporte informático, do serviço urgência pediátrica por falta de uniformização e acessibilidade aos dados fidedignos.

Como proposta de continuidade, sugere-se a realização de um estudo de Tradução, Adaptação Transcultural e Validação da PaedCTAS para a população portuguesa e brasileira. Jutificando-se a partir da necessidade de um instrumento fidedigno e adequado para os enfermeiros triadores no serviço de urgência pediátrica no Brasil e em Portugal.

Referências

- Almeida, C.A. & Ferraz, L.P.G. (2008). Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 61(1), 31-35.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 223 p.
- Canadian Association Of Emergency Physicians. (2011). *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*. Canadá.

- Coelho, M. O. & Jorge, M. B. S. (2009). Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva*, 14 (supl.1).
- Colomé, J. S. & Oliveira, D. L. L. C. (2008). A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, 29(3).
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2012). Resolução nº 423/2012, de 9 de abril de 2012. *Normatiza no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos*. Diário oficial da União: Brasília, 2012. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/8956>. Acesso em 20/08/12.
- Fassarella, C., Magalhães, F. J. & Camargo, J.C.S. (2014). Diversidade de Mobilidade Internacional de Doutorado em Enfermagem. *Almanaque Unigranrio de Pesquisa*. 1, p.12 - 16.
- Giusti, E. & Befi-Lopes, D.M. (2008). Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 20 (3), p.207-10.
- Gouin, S.; Gravel, J.; Amre, D.K.; et al. (2005). Evaluation of the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED. *Am J Emerg Med*. 23, p.243-7.
- González, A. D. & Almeida, M. J. (2010). Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(3), p.757-762.
- Gravel, J.; Manzano, S. & Arsenault, M. (2009). Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. *CJEM-JCMU*. 11(1), p.23-28.
- Junior, E.F.P. & Oliveira, E.B. (2014). Introduction of the hard technology in health sector: nursing workers health outcome. *Rev. Enf. Profissional*. 1(1), p.50-60.
- Kanegane, K. (2011). *Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes —Manchester Triage System|| (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica*. São Paulo.
- Magalhães, F.J. (2012). *Validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria*. Dissertação (Mestrado). Fortaleza (CE). Universidade Federal do Ceará/UFC.
- Melo, M.C.B. & Vasconcellos, M.C. (2005). *Reconhecimento e primeiro atendimento ao paciente gravemente enfermo*. In: MELO, M. C & Org. Atenção às urgências e emergências em pediatria. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.
- Peres, A.M. & Ciampone, M.H.T. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto contexto - enferm. [online]*.15(3), p. 492-499.
- Veen, M.V.; Steyerberg, E.W.; Ruige, M.; et al. (2008). Manchester Triage System in Paediatric Emergency Care: Prospective Observational Study. *BMJ: British Medical Journal*. 337 (7673), p. 792-795.