

<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2024.16117>

Data de receção: 29/01/2024

Data de aceitação: 14/02/2024

IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE TRIAGEM AVANÇADA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

IMPLEMENTATION OF ADVANCED TRIAGE MEASURES IN THE PEDIATRIC EMERGENCY SERVICE: NURSING INTERVENTIONS

Ana Luísa da Cruz Pereira¹ orcid.org/0009-0004-7861-2725

Beatriz Santos Fajardo² orcid.org/0009-0005-2180-2656

Maria João Rodrigues do Couto³ orcid.org/0009-0008-8991-7494

Marília Costa Flora⁴ orcid.org/0000-0002-9934-9143

Resumo: A triagem constitui uma função essencial nos serviços de urgência, baseada no pensamento crítico e tomada de decisão do enfermeiro. A sobrelocação destes serviços, apresenta implicações tanto na qualidade de vida dos profissionais, devido à sobrecarga dos mesmos, como na satisfação dos utentes e no tempo de permanência no mesmo. Assim, por forma a melhorar o atendimento nos serviços de urgência pediátrica, é crucial encontrar estratégias para fazer face a esta questão, tais como a implementação de medidas de Triage Avançada. A presente Revisão Integrativa da Literatura tem como

¹ Enfermeira na Urgência Geral de Portimão, Unidade Local de Saúde do Algarve, Portugal. ana_luisa14@live.com.pt

² Enfermeira, Figueira da Foz, Portugal. Email: bsf12.mail@gmail.com

³ Enfermeira na Urgência Geral de Portimão, Unidade Local de Saúde do Algarve, Portugal. Email: coutomaria07@gmail.com

⁴ Professora Adjunta Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. The Health and Science Unit: Nursing (UICISA: E), Coimbra, Portugal. Email: liaflora@esenfc.pt

objetivos: analisar as medidas de implementação da triagem avançada no serviço de urgência pediátrica; enumerar medidas de Triagem Avançada implementadas por enfermeiros.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através das bases de dados CINAHL Complete e Academic Search Complete, da Plataforma EBSCOhost, e da base de dados PUBMED. A seleção dos estudos foi realizada de acordo com critérios de inclusão e exclusão previamente delineados, tendo sido integrados estudos primários de acesso livre publicados entre 2012 e 2023, tendo sido incluídos no corpus documental sete artigos da investigação primária.

Os artigos analisados incidiram sobre medidas de triagem avançada em seis motivos de admissão frequentes neste serviço, como: febre, dor, gastroenterite, crise de asma, suspeita de apendicite e suspeita de fratura. A aplicação destas medidas, está diretamente associada à promoção da qualidade dos cuidados prestados através da redução da frequência de procedimentos dolorosos, da diminuição do tempo de espera para início de analgesia e do tempo de permanência da criança/adolescente para atendimento no serviço e do aumento da satisfação dos parental.

Os resultados sugerem que a implementação de triagem avançada em contexto de urgência permite uma maior autonomia do enfermeiro bem como reduz o tempo de permanência das crianças no serviço de urgência.

Palavras-chave: Serviço Urgência, Pediatria, Triagem Avançada, Enfermagem.

Abstract: Triage is an essential function in emergency services, based on the critical thinking and decision-making of nurses. The overcrowding of these services has implications both in the quality of life of the workers, due to their overload, and as well as in the satisfaction of users and their length of stay in the service. Thus, to improve care in pediatric emergency services, it is crucial to find strategies to address this issue, such as the implementation of Advanced Triage measures.

This Integrative Literature Review aims to: analyze the implementation measures of advanced triage in the Pediatric Emergency Service; enumerate Advanced Triage measures implemented by nurses.

The bibliographic research was carried through the online databases CINAHL Complete and Academic Search Complete, available on the EBSCOhost platform, and in the online database PUBMED. The selection of studies for review was conducted according to previously outlined inclusion and exclusion criteria, where Open-access primary studies published between 2012 and 2023 were included, resulting in Seven articles of the primary research being analyzed.

The articles analyzed focused on six frequent reasons for admission to this service such as fever, pain, gastroenteritis, asthma crisis, suspected appendicitis, and suspected fracture. The application of these measures is directly associated with the promotion of the quality of care provided by reducing the need for painful procedures, reducing the waiting time for the onset of analgesia and the length of stay of the child/adolescent in the service, and increasing parental satisfaction.

The results suggest that the implementation of advanced triage in the emergency context allows greater autonomy of nurses, as well as reduces the length of stay of children in the emergency department.

Keywords: *Emergency service, Pediatrics, Advanced Triage, Nursing.*

1. INTRODUÇÃO

O conceito de triagem surgiu no século XX, quando da primeira guerra Mundial, quando as vítimas eram classificadas de acordo com as lesões que apresentavam e a sua condição física (Coutinho et al., 2012). Este sistema sustentava que aqueles que estavam gravemente feridos e em estado crítico, deviam ser atendidos em primeiro lugar,

independentemente da sua categoria hierárquica. Nesta perspetiva, o principal objetivo da triagem nos Serviços de Urgência (SU) é garantir os recursos adequados e em tempo útil aos utentes de acordo com as suas necessidades (Dippenaar & Bruijns, 2016).

De acordo com Gilbert et al. (2021), apesar dos grandes avanços tecnológicos e organizacionais dos hospitais, a sobrelotação do SU, continua a representar uma preocupação na área da saúde a nível internacional. Dependendo, entre outros aspetos, do número de utentes admitidos e da duração da sua permanência no SU que, por sua vez, varia de acordo com diversos fatores relacionados com o serviço administrativo, o atendimento pela equipa médica, a complexidade do diagnóstico, os Exames Complementares de Diagnóstico (ECD) e os recursos humanos disponíveis (Gautier et al., 2022). No caso concreto da população pediátrica, o aumento de admissões no SU, pode ainda ser explicado pelo aumento da prevalência de doença crónica nas crianças e adolescentes, conseqüente da melhoria dos cuidados de saúde e da acessibilidade aos mesmos, da sobrevivência dos grandes prematuros e do aumento da sobrevivência de crianças e adolescentes com diversas patologias endócrinas, gastrointestinais e neurológicas (Figueiredo et al., 2020).

No contexto pediátrico, a necessidade de cuidados de saúde, tal como a admissão num SU, representa para a criança/adolescente e sua família momentos emocionalmente intensos, podendo variar de acordo com a fase de desenvolvimento em que se encontram (Hockenberry & Barrera, 2014). Assim, por forma a melhorar o atendimento dos utentes no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), importa encontrar estratégias que permitam torná-lo mais acolhedor, numa perspetiva de cuidados atraumáticos e aumentem a sua eficiência, sendo a implementação de medidas de Triagem Avançada (TA) uma possível alternativa. Designando-se por TA, segundo os enunciados de deForest e Thompson (2012), a uniformização da prática clínica em contexto de SU, atendendo à capacidade de pensamento crítico dos enfermeiros enquanto profissionais de saúde, através da criação e implementação de protocolos estruturados e adequados a cada contexto de atuação, fundamentados

pela evidência, com impacto na eficiência e eficácia das medidas de TA. O enfermeiro de triagem perante os dados que recolhe toma decisões em conformidade, na perspetiva de Lourenço et al. (2022), a tomada de decisão na gestão de cuidados de enfermagem é um processo complexo, influenciado por fatores de caráter individual bem como por fatores externos ou organizacionais.

Desta forma, a presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL) pretende responder às questões de investigação “Quais as medidas de triagem avançada implementadas por enfermeiros em Serviço de Urgência Pediátrica?” e “Qual o impacto das medidas de triagem avançada nas crianças/famílias atendidas em Serviço de Urgência Pediátrica?”, com os objetivos de analisar e enumerar as medidas de implementação da TA no SUP executadas por enfermeiros.

2. ENQUADRAMENTO

Sabendo que o contexto de hospitalização, nomeadamente em situação de urgência, é tendencialmente um ambiente causador de ansiedade, medo, tristeza e culpa, tanto para a criança como para a sua família, é crucial que os cuidados de enfermagem tenham presente a preocupação de reduzir o impacto que esta pode ter na vida e no desenvolvimento da criança (Hockenberry & Barrera, 2014).

A procura pelos serviços de urgência pediátrica, de acordo com os dados do relatório primavera 2022, embora tenha reduzido cerca de 29,1% durante a fase pandémica, tem verificado um aumento de 14,1% desde então (Observatório português dos sistemas de saúde, 2022) pelo que se revela fulcral o desenvolvimento de estratégias para diminuir situações de sobrelotação deste serviço, de forma a não comprometer a qualidade do atendimento e dos cuidados de saúde prestados. Assim, uma das formas de colmatar este défice, consiste no recurso a medidas de triagem avançada, que consiste em procedimentos protocolados a implementar imediatamente após a triagem de prioridades. A TA consiste numa conduta padronizada, aplicável a grupos específicos de utentes, na qual o enfermeiro responsável pela triagem, tem autonomia para implementar intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas antes que

estes sejam avaliados pela equipa médica (Soster et al., 2022). De acordo com estes autores, trata-se de um processo abrangente, que inclui intervenções desde o encaminhamento para determinados ECD, à administração de terapêutica farmacológica, em utentes elegíveis, com base num protocolo predefinido por diversos profissionais da equipa multidisciplinar.

Segundo deForest e Thompson (2012), este método prevê o desenvolvimento de protocolos de intervenção, discutidos entre a equipa multidisciplinar, sendo elaborados de forma específica e ajustada ao contexto de atuação e às suas necessidades. Desta forma, as medidas de TA adquirem um papel fundamental na padronização dos cuidados ao utente desde a sua admissão no SU até ao momento da alta, reduzindo a variabilidade da prática clínica e redução dos custos associados aos cuidados de saúde, e promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados e das relações interdisciplinares (deForest & Thompson, 2012).

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que teve as seguintes questões orientadoras da investigação: Quais as medidas de triagem avançada implementadas por enfermeiros em SUP?; Qual o impacto das medidas de triagem avançada nas crianças/famílias atendidas em SUP?.

Para a sua elaboração e consecução dos objetivos, recorreremos à mnemónica PICO evidenciada na tabela 1.

Tabela 1 Estratégia PICO

P	<i>População</i>	Enfermeiros que prestam cuidados a crianças e adolescentes
I	<i>Intervenção</i>	Medidas de triagem avançada
C	<i>Contexto</i>	Serviço de Urgência Pediátrica
O	<i>“Outcomes” (Resultados)</i>	Medidas concretas de triagem avançada em situações de febre, dor, gastroenterite, desidratação, vômitos, diarreia, asma, bronquiolite, dispneia, apendicite, edema, traumatologia, fraturas.

Os critérios aplicados na pesquisa para a seleção de artigos científicos incluíram: publicação entre os anos de 2012 e 2023, artigos disponíveis em português, inglês ou línguas latinas, acessíveis em texto integral, artigos de investigação que apresentem intervenções implementadas em crianças/adolescentes em contexto de urgência pediátrica, estudos que apresentem resultados e estudos que descrevem o impacto das intervenções dos enfermeiros.

A pesquisa dos artigos utilizados foi realizada em abril de 2023 e teve por base duas expressões de pesquisa elaboradas a partir das questões de investigação supramencionadas, apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 Expressão de pesquisa

Expressão de pesquisa

CINAHL Complete (95); Academic Search Complete (78). (Via EBSCO). Pesquisa em março de 2023.

AB (child* OR adolescent* OR youth* OR teenage* OR pediatric OR paedetric OR kids OR infants) AND AB (Triage OR triage administration OR advanced triage OR Advanced practice nursing OR Nurse initiated protocols OR Triage Nurse initiated OR nurse intervention OR nurs*) AND AB (emergency service*, hospital OR emergency department OR pediatric emergency OR paediatric emergency) AND AB (Length of Stay OR Patient* Satisfaction OR Quality of Health Care OR Workflow OR Medication Therapy Management OR Pain Management OR Pain Management OR Fever Management OR Oral Rehydration)

Filtros: português, inglês ou línguas latinas; texto integral; 2012-2023

PUBMED (252). Pesquisa em março de 2023.

((children[Title/Abstract] OR adolescent*[Title/Abstract] OR youth*[Title/Abstract] OR child*[Title/Abstract] OR teenage*[Title/Abstract] OR pediatric[Title/Abstract] OR paedetric[Title/Abstract] OR kids[Title/Abstract] OR infants[Title/Abstract]) AND (nurs*[Title/Abstract] OR nurses[Title/Abstract] OR nursing[Title/Abstract] OR nurse intervention[Title/Abstract] OR interventions[Title/Abstract]) AND (emergency service*, hospital[Title/Abstract] OR emergency department[Title/Abstract] OR pediatric emergency[Title/Abstract] OR paediatric emergency[Title/Abstract])) AND (Triage[Title/Abstract] OR triage administration[Title/Abstract] OR advanced triage[Title/Abstract] OR Advanced practice nursing[Title/Abstract] OR Nurse initiated protocols[Title/Abstract] OR Triage Nurse initiated[Title/Abstract]))

Filtros: português, inglês ou línguas latinas; texto integral; 2012-2023

4. RESULTADOS

Tabela 3 Apresentação e descrição dos protocolos e medidas de TA implementados e respetivos resultados.

Identificação do Artigo	Intervenções de Enfermagem implementadas na TA	Resultados e impacto das medidas
deForest, E. & Thompson, G., (2012)	<p><i>I - Foco - Suspeita de apendicite</i></p> <p>Critérios de inclusão - utente apresentar um dos sintomas: sensibilidade à palpação no quadrante inferior direito ou sensibilidade de ressalto no quadrante inferior direito e simultaneamente, três sinais/sintomas: dor no quadrante inferior direito, náuseas e/ou vômitos, diminuição do apetite, febre associada ($\geq 38^{\circ}\text{C}$).</p> <p>Procedimento - canalizar acesso endovenoso (máximo de duas tentativas para puncionar antes de avaliação médica); realizar colheita de sangue (glicose capilar, hemograma, ionograma); iniciar bólus de NaCl a 0,9% de 20cc/Kg (máximo de um litro) e, seguidamente, iniciar perfusão de NaCl a 0,9% para manutenção da via endovenosa; colheita de urina tipo II; caso se verifiquem alterações, realizar urocultura; nas crianças do sexo feminino com idade igual ou superior a dez anos, realizar teste de gravidez; informar a criança/família da necessidade de bexiga cheia para efeitos de ecografia abdominal; manter a criança em pausa alimentar.</p> <p><i>II - Foco - Crise de Asma em idade Pediátrica</i></p> <p>Procedimento - identificação dos utentes alvo através da <i>Pediatric Respiratory Assessment Measure</i>. Classificação da gravidade da situação clínica com base no <i>score</i> da avaliação, procedendo-se à administração de esteroides, beta-agonistas e anticolinérgicos, de acordo com o protocolo apresentado em anexo I.</p> <p><i>III - Foco - Vômitos e Diarreia</i></p> <p>Critérios de inclusão - crianças com idade entre três meses e dez anos que apresentem vômitos e/ou diarreia (com ou sem náuseas, febre ou dor abdominal).</p>	<p>A implementação dos protocolos de TA, baseados em evidência científica e validação prévia de diversos elementos da equipa multidisciplinar, permitiram aumentar a consistência da prática clínica, a sua eficácia, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.</p>

Critérios de exclusão do protocolo - episódios com início superior a sete dias, dor abdominal localizada, presença de doença crônica e/ou de sinais de obstrução intestinal.

Procedimento - avaliar o grau de desidratação através da escala de Gorelick; avaliar sinais vitais para identificar sinais de choque. De acordo com o *score* obtido, iniciar reidratação oral ou endovenosa. Administrar ondasetrom no caso da criança ter necessidade de iniciar reidratação oral, iniciando 15 minutos após a toma, e apresentar número de vômitos igual ou superior a seis nas últimas seis horas e/ou igual ou superior a um nos últimos 60 minutos, iniciando a reidratação oral 15 minutos após a administração.

Taylor, S.,
Taylor, D.,
Jao, K., Goh,
S., & Ward
M., (2013)

IV - Foco - Controlo da dor/ Analgesia

Critérios de inclusão - peso corporal superior a cinco kg; idade compreendida entre um e 13 anos.

Critérios de exclusão - presença de traumatismo craniano, dor de cabeça, desorientação e/ou alteração do estado de consciência; cirrose, insuficiência hepática e/ou insuficiência renal; idade inferior a 1 ano.

Procedimento - Registrar *score* de dor em repouso e em movimento, utilizando uma escala ajustada ao desenvolvimento da criança; registar a última analgesia administrada; registar o peso da criança; providenciar medidas farmacológicas e não-farmacológicas para o alívio da dor, de acordo com o anexo II; Reavaliar a dor, avaliar os sinais vitais da criança de 30 em 30 minutos até à avaliação médica.

A aplicação deste protocolo de TA teve um impacto positivo na avaliação da dor, que passou a ser efetuada pelos enfermeiros com uma maior frequência do que no período pré-intervenção, o que diminuiu em média o tempo para administração de analgesia, de 58 minutos para 23 minutos. Por outro lado, a proporção de crianças em estudo que receberam analgesia adequada, sustentada nas diretrizes do protocolo, aumentou de 21 utentes para 37 utentes, cerca de $\frac{3}{4}$.

No que concerne à satisfação dos pais, embora não se verifiquem diferenças significativas entre os períodos pré e pós-intervenção, a proporção de pais muito satisfeitos com o tratamento da dor aumentou cerca de 20% no segundo período. Ademais, foi ainda possível analisar que a tendência dos pais ficarem muito satisfeitos com o controlo da dor está diretamente relacionada com a administração de analgesia adequada para a sua situação, tal

Ana Luísa da Cruz Pereira, Beatriz Santos Fajardo, Maria João Rodrigues do Couto e Marília Costa Flora

Carson, R., Mudd, S., & Madati, P., (2017)	<p><i>V - Foco - Gastroenterite</i></p> <p>Critérios de inclusão - crianças com idade superior a 6 meses que apresentem diarreia com ou sem vômitos associados, febre, náuseas e/ou dor abdominal.</p> <p>Critérios de exclusão - crianças com idade inferior a 6 meses, episódios com início superior a sete dias, dor abdominal localizada, presença de sangue ou conteúdo biliar no vômito, gravidez, presença de doença crônica e/ou de sinais de obstrução intestinal.</p> <p>Procedimento - avaliar o grau de desidratação através de uma escala potenciada pelos autores, de acordo com o <i>score</i> obtido iniciar reidratação oral ou endovenosa conforme descrito no anexo III para cada situação.</p>	<p>como o aconselhamento específico desta.</p> <p>Através da análise dos resultados, verificou-se que as crianças submetidas ao protocolo de TA apresentaram uma redução nos recursos utilizados comparativamente às crianças que não foram submetidas ao mesmo. Por outro lado, o tempo médio de permanência no SU, diminuiu em média, 46 minutos para os utentes submetidos ao protocolo em comparação com os restantes.</p>
Li, Y., Lu, Q., Du, H., Zhang, H., & Zhang L., (2018)	<p><i>VI - Foco - Solicitação de Exames Complementares de Diagnóstico (ECD)</i></p> <p>Critérios de inclusão - ser implementado por enfermeiros com mais de dez anos de experiência em SUP; crianças em situação não urgente com dor aguda ou desconforto ou crianças em situação urgente que não apresentem risco de vida associado; crianças com idade superior a 28 dias.</p> <p>Critérios de exclusão - recusa parental; crianças que tenham efetuado análises clínicas em menos de três dias.</p> <p>Procedimento - Após a triagem e de acordo com as queixas relatadas e possíveis complicações associadas, o enfermeiro deve recorrer ao seu pensamento crítico para solicitar os ECD adequados a cada situação, como por exemplo colheitas de sangue, urina e fezes e realizá-los antes da avaliação médica, atuando de acordo com a figura 1 presente no anexo IV.</p>	<p>A implementação deste protocolo de TA permitiu uma economia, em média, de 15 minutos por utente em comparação com aqueles que não foram submetidos ao mesmo. Para além disso, a implementação deste protocolo promoveu a redução do fluxo de utentes, por meio de uma gestão de tempo mais eficiente, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.</p>
Tan, E., Beck, S., MacLean, A., Rogan, A., Than, M., Venning, B., White, C.,	<p><i>VII - Foco - Febre</i></p> <p>Critérios de inclusão- ser implementado por enfermeiros que realizam, no mínimo, um turno semanal no SUP; crianças com febre, dor e desconforto associados e/ou risco de convulsão febril; crianças com</p>	<p>Os resultados obtidos demonstram que apenas 10,6% dos profissionais de saúde que implementaram este protocolo (cerca de 45% dos médicos e 81% dos enfermeiros em estudo),</p>

**IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE TRIAGEM AVANÇADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIAS
PEDIÁTRICAS: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

<p>Yates, K., Mckinlay, C., & Dalziel, S., (2022)</p>	<p>idade superior a dois anos. Procedimento - Após a triagem e avaliação dos sinais vitais, o enfermeiro tem autonomia para, de acordo com as <i>guidelines</i> estabelecidas pelo <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> e pela <i>American Academy of Pediatrics</i>, administrar antipiréticos (ibuprofeno e paracetamol) para diminuir a temperatura corporal e o desconforto associado à mesma e prevenir a ocorrência de convulsões febris, de forma isolada ou combinada.</p>	<p>o fizeram de acordo com as <i>guidelines</i> estabelecidas. Apesar disso, cerca de 73% dos mesmos administraram um antipirético na presença de febre sem desconforto associado, mas com alterações nos sinais vitais, valor que reduz para 33,7% quando os últimos se encontram estáveis. Ademais, foi possível identificar que cerca de 50% dos participantes administraram antipiréticos combinados na presença de febre e desconforto persistentes. Relativamente à administração de antipiréticos para prevenção de ocorrência de convulsões febris, cerca de 72% dos enfermeiros são a favor, ao passo que apenas 36% dos médicos partilham a mesma opinião.</p>
<p>Gautier, J., Verdan, M., Rochette, E., Lambert, C., Caron, N. & Merlin, E. (2022)</p>	<p><i>VIII – Foco – Solicitação de ECD / Raio - x</i> Critérios de inclusão - ser implementado por enfermeiros submetidos à formação complementar para este efeito; crianças com fraturas isoladas. Critérios de exclusão - Crianças politraumatizadas. Procedimento - De acordo com o protocolo de TA validado pelas equipas médica e de imagem/radiologia, os enfermeiros devem, após a triagem, posteriormente à avaliação do estado clínico global da criança, e constatação ou suspeita de presença de uma fratura de um osso isolado, encaminhar a mesma para realizar raio-X antes da avaliação médica, de acordo com o fluxograma presente na figura 1 do anexo VI.</p>	<p>De acordo com os resultados, a implementação deste protocolo de TA permitiu que o período de permanência no hospital reduzisse cerca de 40 minutos nos utentes que foram submetidos ao mesmo face aos que não foram. No que concerne à pertinência dos pedidos de raio-X por parte dos enfermeiros, esta foi de 95,2%, valor que aumenta para 98,7% nos pedidos feitos pelos médicos, após a sua avaliação clínica. No primeiro caso, cerca de 2% dos pedidos foram considerados desnecessários e cerca de 3% dos pedidos necessitaram de outro raio-X para sustentar o diagnóstico.</p>
<p>Romano, F., Wendelspiess, M., Mansour, R., Abplanalp- Marti, O., StarvaggI, C., Holzner, F.,</p>	<p><i>IX - Foco - Controlo da dor</i> Critérios de inclusão - crianças com idade superior a 12 meses e com dor severa presente (<i>score</i> ≥ 6); Procedimento - Durante a triagem, o enfermeiro deve avaliar a dor, recorrendo a escalas de avaliação da dor, de acordo</p>	<p>Recorrendo aos resultados obtidos, todos os utentes elegíveis para o protocolo receberam tratamento para a dor no período de dez minutos desde o início da triagem. Para além disso, em cerca de 45% dos</p>

Steiner I., & Keitel, K., (2023)

com a idade e desenvolvimento da criança. Mediante essa avaliação, o enfermeiro deve administrar a dose predefinida de 1,5µg/kg (máximo de 100 µg) de fentanilo intranasal às crianças que apresentarem um *score* de dor ≥ 6 , sendo considerada dor severa. Após esta, o enfermeiro deve avaliar a saturação periférica de oxigénio de forma contínua e o seu estado geral deve ser avaliado de 15 em 15 minutos até à consulta de avaliação médica.

utentes em estudo, foi necessário administrar ainda analgésicos não-opioides, nomeadamente o paracetamol e o metamazol magnésico. De acordo com os autores, cerca de 20% das crianças precisaram de uma segunda administração de fentanilo intranasal, o que indica que, globalmente, a posologia estabelecida é eficaz. Ocorreram erros de medicação em cerca de 5% dos utentes, relacionados com sobredosagem, dos quais se desenvolveram reações adversas em 3 crianças, maioritariamente caracterizadas por vertigens e autolimitadas, exceto num dos casos em que ocorreu síncope e hipóxia, com necessidade de oxigénio suplementar e administração de naloxona para restabelecer o equilíbrio hemodinâmico.

5. DISCUSSÃO

5.1. Análise das medidas de triagem avançada implementadas

Decorrente da análise dos artigos, foi possível identificar que as investigações realizadas incidiram em seis motivos distintos de admissão no SUP, sobre os quais se justifica a implementação de medidas de TA, nomeadamente: febre, dor, gastroenterite, crise de asma (dispneia), suspeita de apendicite e suspeita de fratura.

Na investigação desenvolvida por Tan et al. (2022), os enfermeiros foram autónomos para a administração de antipiréticos, com o objetivo terapêutico de diminuir a temperatura corporal e o desconforto associado à febre, de forma isolada ou combinada. De acordo com a Direção Geral da Saúde ([DGS], 2018), a febre constitui um dos focos de atenção da prática de enfermagem pediátrica, de acordo com norma nº 005/2018 da DGS, após a constatação de febre, o enfermeiro deve, primeiramente, caracterizar a história de febre, recolhendo informações sobre o início do

episódio febril, a sua evolução, o local utilizado para medição da temperatura, os sintomas associados e a terapêutica antipirética administrada, bem como a dose administrada e o horário da última administração (DGS, 2018). Comparando o estudo supracitado com a norma mencionada, esta engloba ainda outras intervenções que não foram mencionadas na investigação, como: monitorizar a temperatura corporal, otimizar o ambiente físico e o vestuário, planejar a ingestão de líquidos de acordo com a situação específica de cada utente e, posteriormente, administração de terapêutica antipirética de acordo com a história de febre previamente realizada.

Relativamente ao foco da dor, segundo a OE (2008), o controlo da dor compreende intervenções que visem a prevenção e o tratamento desta, pelo que, sempre que se preveja ou verifique a ocorrência de dor, o enfermeiro deve agir no sentido de a eliminar ou reduzir para níveis aceitáveis para a pessoa. Nesta ótica, através da análise da investigação de Taylor et al. (2013), existe essa mesma ação sobre a dor, uma vez que o protocolo utilizado estabelece intervenções de enfermagem prévias à punção endovenosa e à sutura de lacerações, minimizando e prevenindo ocorrência da dor. Para além disso, este estabelece intervenções para o controlo da dor musculoesquelética, traumática e outros tipos de dor, adequando o tipo de terapêutica fornecida de acordo com o grau de dor. No caso de dor intensa, está preconizado que o enfermeiro solicite colaboração médica de forma a administrar morfina endovenosa ou fentanilo intranasal, de forma a diminuir a dor num menor espaço de tempo sem necessitar de aguardar pela prioridade para ser avaliada, apesar de reduzir a autonomia dos enfermeiros esta medida contribui para a prestação de cuidados de qualidade (Taylor et al., 2013). Já no protocolo do estudo de Romano et al. (2023), o enfermeiro responsável pela triagem tem autonomia para administrar uma dose *standart* de fentanilo intranasal em função do peso da criança, desde que reúna os critérios de inclusão estipulados, segundo a aplicação de escalas adequadas para a avaliação da dor da criança.

De acordo com a OE (2008), a avaliação da dor contempla diversas escalas, contudo, apesar de não existir nenhum protocolo restrito que norteie a prática de enfermagem no tratamento farmacológico da dor a

nível nacional, existem inúmeras ferramentas que permitem ao enfermeiro avaliar eficazmente a dor, para além de existirem protocolos de atuação internos. A valorização das medidas não-farmacológicas para o alívio da dor no nosso país, revelam-se fundamentais em diversas situações, contudo, pela prática clínica que presenciamos no SUP, esta nem sempre é abrangente nem eficaz o suficiente, pelo que consideramos importante a existência de uma solução para o alívio da dor mais ajustada ao contexto de urgência.

Refletindo sobre o método abordado por Romano et al. (2023), a administração de fentanilo intranasal não ser uma prática a nível nacional frequente, de acordo com os autores, quando administrado nas doses estabelecidas, existem diversos benefícios, sendo que 20% das crianças submetidas ao mesmo ainda precisaram de uma segunda dose. Em contrapartida, existem fatores potencialmente prejudiciais para a criança, principalmente por se tratar de um opióide, também mencionados pelos autores, pelo que esta investigação pode nortear o desenvolvimento de um protocolo de utilização de fentanilo intranasal ajustado a outros contextos de atuação, promovendo o alívio da dor de forma rápida e eficaz.

Relativamente à criança com gastroenterite, vômitos e/ou diarreia associados torna-se imperativo evitar e/ou tratar uma eventual desidratação, potenciada pela perda de água e eletrólitos como sódio, potássio e cloro, pelo que de forma a prevenir esta, devem ser fornecidos à criança/adolescente Soluções de Reidratação Oral (SOR) equilibradas em água, glicose e eletrólitos, que devem ser oferecidas frias e de forma fracionada, aumentando-se progressivamente até a criança saciar a sede e tolerar a sua ingestão (Castelo & Salgado, 2009). Neste seguimento, Carson et al. (2017), referem que na admissão de uma criança/adolescente com suspeita de gastroenterite, após avaliação da desidratação por meio de uma escala devidamente validada, os enfermeiros devem iniciar a reidratação oral ou intravenosa mediante o *score* obtido. Também deForest e Thompson (2012), perante admissões no SUP por vômitos e diarreia, sugerem que o enfermeiro deve iniciar medidas de reidratação oral ou endovenosa, acrescentando ainda a

administração de antieméticos na presença de vômitos incoercíveis.

Atendendo à prática clínica no contexto de Portugal, é possível realizar uma avaliação geral do estado fisiológico da criança nos primeiros 10 -15 minutos de contacto, com base em três componentes do Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP): aparência; trabalho respiratório e circulação periférica, permitindo determinar a urgência na intervenção (INEM, 2012). Para além disso, este permite perceber o estado da criança, como o grau de desidratação que apresenta, o que sugere medidas adequadas a tomar, nomeadamente o tipo de reidratação para a mesma. Comparando estes enunciados com a prática clínica nacional, podemos afirmar que os enfermeiros têm autonomia para iniciar reidratação oral fracionada, oferecendo SOR ou outro reforço hídrico negociado com a criança/família, após a sua avaliação. Contudo, a administração de antieméticos orais, não se aplica sem prescrição médica prévia.

A apendicite aguda em idade pediátrica apresenta-se como a causa mais frequente de dor abdominal aguda nesta faixa etária, requerendo, após confirmação do diagnóstico, uma intervenção cirúrgica (Magalhães, 2022). Dado a sintomatologia associada ser confundível com as demais patologias gastrointestinais, salienta-se o estudo de deForest e Thompson (2012), que analisa as intervenções de enfermagem decorrentes da admissão de uma criança/adolescente com suspeita de apendicite. Segundo estes autores, na presença de sintomatologia compatível com o quadro de apendicite, pressupõe-se que os enfermeiros implementem diversas medidas de TA estabelecidas, mencionadas anteriormente, o que é sustentado pelos autores por permitir a referência precoce da criança e preparação para intervenções futuras como o caso de ecografia e apendicectomia. No contexto nacional, na literatura pesquisada, não foi possível localizar a implementação de protocolos de TA perante a suspeita de apendicite, sendo necessário o estabelecimento do diagnóstico médico e respetivo plano terapêutico, para a implementação de intervenções interdependentes.

Segundo a DGS (2014), a asma apresenta-se como a doença crónica de maior prevalência na faixa etária pediátrica, caracterizada pela inflamação crónica das vias aéreas, sendo habitualmente diagnosticada

antes dos cinco anos de idade. De acordo com deForest e Thompson (2012), após a identificação dos utentes em crise de asma através da aplicação da *Pediatric Respiratory Assessment Measure*, segundo protocolo, os enfermeiros podem administrar medicação dirigida com base na gravidade atribuída pela escala, de forma a atenuar a exacerbação dos sintomas. No contexto de SUP em Portugal, após identificação do diagnóstico de asma e/ou dificuldade respiratória e, respetiva prescrição farmacológica, os enfermeiros devem, como intervenção interdependente, colocar a criança em ambiente calmo, procedendo posteriormente à observação do estado geral da mesma e avaliação da saturação periférica de oxigénio (DGS, 2014).

No que respeita à investigação de Gautier et al. (2022), relativamente ao encaminhamento das crianças para o raio-x por enfermeiros, logo após a triagem, importa realçar a adequação e pertinência dos pedidos feitos pelos enfermeiros, já que mais de 95% dos raio-x solicitados foram ajustados à sintomatologia, diferindo apenas 3% do que foi atingido pela equipa médica, e a pequena proporção de requisições desadequadas. Nos SUP portugueses, não foram encontrados estudos que reportem a implementação de medidas de TA que incentivem o enfermeiro a efetuar qualquer tipo de encaminhamento ao utente antes da avaliação médica, contudo, de acordo com a investigação de Fry (2001), esta prática está associada a uma melhor gestão clínica e a benefícios para o utente e para a equipa de saúde, corroborando os resultados obtidos Gautier et al. (2022). Esta constatação sugere que a implementação deste protocolo de TA é pertinente e de fácil implementação, bastando para isso que os enfermeiros do SU sejam submetidos a uma formação e integração para esse efeito (Fry, 2001).

5.2. Impacto da implementação das medidas de triagem avançada: resultados da implementação

Após a análise dos artigos, averiguou-se que os principais resultados da aplicação de medidas de TA nos SUP promovem a qualidade dos cuidados prestados, sendo eles: a redução da necessidade de colocação de acessos periféricos para administração intravenosa, a diminuição do

tempo de espera para início de analgesia e do tempo de permanência da criança/adolescente no SUP bem como a satisfação dos pais com os cuidados prestados.

Segundo Jacinto et al. (2014), a colocação de cateteres intravenosos representa o procedimento invasivo mais prevalente durante a hospitalização de crianças, sendo utilizado em cerca de um terço dos utentes admitidos nos hospitais. Figueiredo (2020) acrescenta que os procedimentos dolorosos realizados com recurso a agulhas, como a cateterização periférica se afiguram como principais indutores de medo na população pediátrica. Ademais, a sensação de dor e o sofrimento emocional experienciados apresentam um impacto negativo no seu futuro, pelo facto de preservarem memórias de experiências emocionalmente intensas, o que potencia o aumento do medo e da ansiedade em situações subsequentes. Neste sentido, para que sejam prestados cuidados atraumáticos, os enfermeiros devem ter como foco a gestão destes sentimentos durante os procedimentos dolorosos, apresentando um papel preponderante na mediação dos mesmos (Figueiredo, 2020).

Verificados os riscos associados a este procedimento, juntamente com a dor e ansiedade que pode gerar para a criança e a sua família, torna-se fulcral privilegiar outras opções de tratamento. Nesta ótica, as investigações de deForest e Thompson (2012) e de Carson et al. (2017), dão resposta a esta problemática através da implementação de medidas de TA como o início precoce da reidratação oral e/ou administração de antieméticos, dado que apresentaram resultados convergentes com a diminuição da necessidade de punções periféricas para além de contribuírem para a prestação de cuidados atraumáticos.

No que concerne à qualidade dos cuidados e da estrutura de saúde, e maximização dos ganhos em saúde, importa também referir a satisfação dos utentes, que, de acordo com Mpinga e Chastonay (2011) tem como indicador a existência de estratégias eficazes de gestão, bem como a formação e treino contínuo dos profissionais. Assim, de acordo com a investigação de Taylor et al. (2013), que reflete o aumento da satisfação parental como consequência da implementação de medidas de TA, por meio da administração precoce de analgesia para o controlo da dor na

criança, que pode ser considerada precursora da humanização de cuidados pelo facto de promover o alívio da dor nos primeiros minutos após a sua admissão no SU.

Tendo por base a prática clínica observada, foi possível averiguar que o elevado tempo de espera pela observação médica, após a triagem, se manifestou como o principal foco de queixas apresentadas pelos pais, o que vai ao encontro do enunciado de Hespagnol et al. (2008) que menciona o tempo de espera e o tempo de permanência no SUP como fatores diretamente associados à insatisfação dos utentes. Estes resultados são consistentes com os resultados obtidos nas investigações de Carson et al. (2017) e Li et al. (2018), que espelham a otimização do fluxo de utentes e a diminuição do tempo de permanência no SU após a implementação de medidas de TA, conseguidas por meio de uma gestão de tempo mais eficiente.

Como limitações deste estudo considerados a heterogeneidade dos artigos incluídos o que dificultou a síntese dos resultados, bem como consideramos que confere uma limitação os idiomas selecionados.

6. CONCLUSÃO

A implementação de medidas de TA apresenta resultados positivos no atendimento de crianças / adolescentes e famílias no SUP, com impacto na qualidade dos cuidados prestados e satisfação dos cuidados. Foi possível concluir que a existência de protocolos de atuação permitiu teve como vantagens: a melhoria da prática clínica; a qualidade e a segurança dos cuidados prestados; a diminuição do tempo de espera para administração de analgesia; o aumento da satisfação parental face aos cuidados prestados bem como a redução dos recursos utilizados por meio da sua gestão eficaz, o que se traduziu na diminuição do tempo médio de permanência no SU.

Em suma, os resultados sugerem a relevância da existência de protocolos de intervenção que possam ser utilizados pela equipa de enfermagem face às diferentes queixas manifestadas pelas crianças / adolescentes e suas famílias no momento de triagem, assim, as intervenções de enfermagem de âmbito antecipatório reduzem o tempo

de permanência no SUP, com impacto na estabilização da situação clínica e satisfação relativa aos cuidados prestados. Sugerimos a continuidade de investigação nesta área, com identificação de medidas de triagem avançada implementadas pelas equipas de enfermagem nos serviços de urgência pediátrica.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

- Carson, R. A., Mudd, S. S., & Madati, P. J. (2017). Evaluation of a Nurse-Initiated Acute Gastroenteritis Pathway in the Pediatric Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing, 43*(5), 406-412.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.01.001>
- Castelo, T., Salgado, M. (2009, Dezembro). Diarreia aguda na criança – 3ª parte: tratamento e outros aspectos práticos. [Paper presentation]. Revista de Saúde Infantil. Coimbra
<https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-arquivo/2009%20-%203%20-%20Dezembro/rsi-2009-dezembro.pdf>
- Coutinho, A. A. P., Cecílio, L. C. O., & Mota, J. A. C. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: Uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. *Revista Médica de Minas Gerais, 22*(2), 188-198.
- Cruz, M. (2019). *Triagem realizada por enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: fatores que influenciam a satisfação dos pais* [Dissertação de mestrado]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu.
<http://hdl.handle.net/10400.19/5490>
- deForest, E. K., & Thompson, G. C. (2012). Advanced Nursing Directives: Integrating Validated Clinical Scoring Systems into Nursing Care in the Pediatric Emergency Department. *Nursing Research and Practice, 2012*, 1-13.
<https://doi.org/10.1155/2012/596393>
- DGS. (2014). Manual para abordagem da sibilância e asma em idade pediátrica. (2ª ed.).

- <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-para-abordagem-da-sibilancia-e-asma-em-idade-pediatica-jpg.aspx>
DGS. (2018). Febre na Criança e no Adolescente-Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções.
- <https://www.sip-spp.pt/media/ow3jjffa/febre-cuidados-e-registos-de-enfermagem-2018-dgs.pdf>
- Dippenaar, E., & Bruijns, S. (2016). Triage is easy, said no triage nurse ever. *International Emergency Nursing*, 29, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.09.005>
- Figueiredo, A. (2020). Cuidados não traumáticos em contexto pediátrico: a intervenção de enfermagem na gestão dos medos associados aos procedimentos dolorosos. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/36847>
- Figueiredo, Â., Lomba, M., Loureiro, L., & Backe, D. (2020). *A resiliência de adolescentes com doença crónica: O papel do enfermeiro na sua promoção*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e20008. <https://doi:10.12707/RV20008>
- Fry, M. (2001). Triage nurses order x-rays for patients with isolated distal limb injuries: A 12-month ED study. *Journal of Emergency Nursing*, 27(1), 17-22. <https://doi.org/10.1067/men.2001.112979>
- Gautier, J., Verdan, M., Rochette, E., Lambert, C., Caron, N., & Merlin, E. (2022). Triage nurse-initiated X-ray radiography in minor trauma. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 34(4), 2-7. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZAC097>
- Gilbert, A., Brasseur, E., Petit, M., Donneau, A. F., D'Orío, V. & Ghuyssen, A. (2022). *Advanced triage to redirect non-urgent Emergency Department visits to alternative care centers: the*

- PERSEE algorithm*, Acta Clínica Belgica, 77(3), 571-578, doi.org/10.1080/17843286.2021.1914948
- Hespanhol, A., Vieira, A. & Pereira, A. C. (2008). Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 24(3), 363-372. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i3.10505>
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos De Enfermagem Pediátrica*. (9ª ed.). Elsevier.
- INEM. (2012). Normas, emergências pediátricas e obstétricas - Manual TAS. (1ª ed.). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emerg%C3%AAsncias-Pedi%C3%A1tricas-e-Obst%C3%A9tricas.pdf>
- Jacinto, A., Avelar, A., Wilson, A., & Pedreira, M. (2014). Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em crianças: estudo de fatores predisponentes. *Escola Anna Nery*, 18, 220-226. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140032>
- Li, Y., Lu, Q., Du, H., Zhang, J., & Zhang, L. (2018). The Impact of Triage Nurse-ordered Diagnostic Studies on Pediatric Emergency Department Length of Stay. *Indian Journal of Pediatrics*, 85(10), 849-854. <https://doi.org/10.1007/S12098-018-2617-0>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Magalhães, J. (2022). Apendicite Aguda. In J. Amaral (Ed.). *Tratado de Clínica Pediátrica (volume III)*. Círculo Médico. <https://tratadoclinicapediatica.pt/iii-volume/parte-xxx-cirurgia/pendicite-aguda/>
- Mpinga, E. & Chastonay, P. (2011). Satisfaction of patients: A right to health indicator. *Health Policy*, 100(2-3), 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.001>

- Observatório Português do Sistemas de Saúde. (2022). E Agora? *Relatório de Primavera 2022*. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. (1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Romano, F., Wendelspiess, M., Mansour, R., Abplanalp-Marti, O., Starvaggi, C., Holzner, F., Steiner, I., & Keitel, K. (2023). Safety of nurse-directed triage intranasal fentanyl protocol for acute pain management in a European pediatric emergency department: A retrospective observational analysis. *Frontiers in Pediatrics*, 11(February), 1–5. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1070685>
- Soster, C. B., Anschau, F., Rodrigues, N. H., Silva, L. G. A. D., & Klafke, A. (2022). Protocolos de triage avanzado en el servicio de emergencia: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>
- Tan, E., Beck, S., Haskell, L., MacLean, A., Rogan, A., Than, M., Venning, B., White, C., Yates, K., McKinlay, C. J. D., & Dalziel, S. R. (2022). Paediatric fever management practices and antipyretic use among doctors and nurses in New Zealand emergency departments. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 34(6), 943–953. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.14022>
- Taylor, S. E., Mcd Taylor, D., Jao, K., Goh, S., & Ward, M. (2013). Nurse-initiated analgesia pathway for paediatric patients in the emergency department: A clinical intervention trial. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 25(4), 316–323. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12103>

Creative Commons Attribution License | This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.