



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA JORGE MAGALHÃES

**VALIDAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA**

FORTALEZA

2016

FERNANDA JORGE MAGALHÃES

VALIDAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M166v Magalhães, Fernanda Jorge.
Validação na Prática Clínica do Protocolo de Acolhimento com Classificação
de Risco Em Pediatria / Fernanda Jorge Magalhães. – 2016.
203 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza,
2016.

Orientação: Profa Dra Francisca Elisângela Teixeira Lima.

1. Acolhimento. 2. Pediatria. 3. Classificação de risco. 4. Estudos de Validação. I.
Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

CDD 610.73

FERNANDA JORGE MAGALHÃES

VALIDAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Mesquita Melo (Membro Efetivo)
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Karla Maria Carneiro Rolim (Membro Efetivo)
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof. Dr. Paulo César Almeida (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Fernanda Jorge Guimarães (Membro Suplente)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof.^a Dr.^a Mirna Albuquerque Frota (Membro Suplente)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

DEDICATÓRIA

A Deus, toda a honra e toda a glória! Ele que confiou a mim o dom da vida, a saúde, a capacidade de compartilhar e de doar-me com a dor do outro, sofrer com ele, cuidar dele, por possibilitar aprender e caminhar até aqui, e daqui por diante...

AGRADECIMENTOS

À Nossa Senhora e ao Espírito Santo, pela graça de sempre seguir à frente nessa conquista e por todos os momentos de introspecção e agradecimento pelas felicidades de um instante.

Aos meus pais, Jairo e Graça, a quem amo incondicionalmente, agradeço pelo amor, apoio, incentivo e pela crença na minha capacidade de crescer. Obrigada por tudo o que fizeram, fazem e farão por mim e pela Emanuelle.

À minha irmã, Emanuelle, pela amizade e pela ajuda nos detalhes para concretização dos meus objetivos.

À Universidade Federal do Ceará (UFC), ao Departamento de Enfermagem da UFC e à Universidade do Porto – Portugal, por possibilitar que fosse concretizado um avanço profissional.

À Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima, pelas orientações e oportunidades ao longo desse caminho, contribuindo com mais essa conquista. Obrigada pela amizade que vim a descobrir, pela dedicação e pelo exemplo de pessoa; que a cada dia mais venho a admirá-la.

Aos Professores Doutores Lorena Ximenes, Paulo César, Elizabeth Mesquita, Karla Rolim, Fernanda Guimarães e Mirna Frota, pela cordialidade e simpatia com que aceitaram o convite para participar da Banca Examinadora e especiais contribuições para melhoria desta pesquisa.

Aos juízes especialistas, acadêmicos de enfermagem e enfermeiros classificadores deste estudo, os quais desfrutaram de enorme experiência profissional quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco, aos discriminadores e indicadores clínicos de saúde das crianças e adolescentes em situação de urgência/emergência. Obrigada pela simpatia e por terem aceitado emitir suas contribuições para a validação na prática clínica do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC, pelos ensinamentos, troca de conhecimento, exemplos de profissionalismo e dedicação à Enfermagem como arte e ciência do cuidar. Obrigada por fazerem parte da minha história profissional.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ao Projeto Erasmus Mundus – BABEL da União Europeia e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, sem o qual não poderia ter sido realizado este estudo.

Ao Grupo de Estudo sobre Cuidados de Enfermagem em Pediatria da UFC (GECEP/UFC), pelos momentos de aprendizado e trabalhos compartilhados, em especial, ao subgrupo de Acolhimento com Classificação de Risco.

A todos os que, direta ou indiretamente, colaboraram na realização desta pesquisa, o meu muito obrigada!

RESUMO

MAGALHÃES, Fernanda Jorge. **Validação na prática clínica do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**. 2016. 132f Tese [Doutorado em Enfermagem]. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) se refere ao ato de acolher com escuta ativa e determinar a prioridade de atendimento do paciente em situação de urgência/emergência. Para isso, o enfermeiro utiliza o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria como instrumento que classifica o paciente em cinco prioridades de atendimento utilizando cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). Objetivou-se validar a 2ª Edição do protocolo de ACCR em Pediatria na prática clínica de urgência/emergência. Estudo metodológico, realizado em hospital pediátrico na cidade de Fortaleza-CE-Brasil. Desenvolvido em quatro etapas: 1) curso de capacitação para a elaboração da 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria; 2) validação de conteúdo e aparência por juízes especialistas sobre a 2ª edição do protocolo; 3) confiabilidade interobservadores de dois enfermeiros classificadores interobservadores treinados (ECIT) e a pesquisadora e de dois enfermeiros classificadores interobservadores não treinados (ECINT) e a pesquisadora os quais, cada um, avaliaram 100 crianças e/ou adolescentes em diferentes momentos, totalizando 400 classificações; e 4) aplicação e validação na prática clínica do protocolo, realizada pela pesquisadora com 200 crianças e/ou adolescentes. Os dados foram analisados no SPSS-21, utilizando-se o *Coefficiente Kappa* com intervalo de confiança (IC) de 95% e a *Razão de Chance*. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob Parecer nº 1.282.924. Os resultados apontaram: uma concordância de mais de 80% entre os juízes especialistas quanto simplicidade, clareza, relevância do conteúdo, aparência e aplicabilidade técnica da 2ª Edição do Protocolo. Na etapa de confiabilidade interobservadores, verificou-se: predomínio de 80,0% de pacientes classificados como menor urgência (verde-50,7%) e não urgente (azul-29,3%); revelou uma substancial a excelente concordância entre os enfermeiros e a pesquisadora com um *Kappa* entre 0,62 e 1,0. Quanto ao ECIT-2 e a pesquisadora obteve-se excelente concordância (*Kappa* 1,0); excelente concordância entre o ECINT-2 e a pesquisadora (*Kappa* 0,887) e entre o ECIT-1 e a pesquisadora (*Kappa* 0,725) e, também, uma substancial concordância entre o ECINT-1 e a pesquisadora (*Kappa* 0,619). Na etapa de aplicação evidenciou-se maior frequência de alterações dos sinais vitais (24,5%) e alterações respiratórias (20,5%) como discriminadores clínicos; a maioria (57,5%) dos pacientes foi avaliada como sem dor e 45,0% classificados como azul. O tempo médio para a classificação foi de 1,5 minuto e para o atendimento médico foi 35,7 minutos, o que corresponde adequação ao perfil da população atendida. Concluiu-se que o Protocolo de ACCR em Pediatria é uma tecnologia em saúde que apresentou confiabilidade interobservadores de enfermeiros classificadores treinados e não treinados em conjunto com a pesquisadora e que é válido na prática clínica, de modo a direcionar o enfermeiro na classificação de risco em situações de urgência/emergência pediátrica.

Palavras-chave: Acolhimento; Pediatria; Classificação de risco; Estudos de Validação; Pesquisa Metodológica em Enfermagem

ABSTRACT

MAGALHÃES, Fernanda Jorge. **Validation in clinical practice the host protocol with pediatric risk rating.** 2016. 175f Thesis [Doutorado em Enfermagem]. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

The Host with Risk Rating (HRR) refers to the act of receiving with active listening and determine the patient care priority in urgency/emergency. For this, the nurse uses the Host Agreement with Risk Rating in Pediatrics as an instrument that classifies patients into five priority service using colors (red, orange, yellow, green and blue). This study aimed to validate the 2nd Edition of the HRR protocol in Pediatrics in clinical practice urgent / emergency. Methodological study in pediatric hospital in the city of Fortaleza-CE-Brazil. Developed in four stages: 1) training course for the preparation of the 1st version of the 2nd edition of the HRR in Pediatrics; 2) validation of content and appearance by expert judges on the 3rd edition of the Protocol; 3) interrater reliability of two classifiers interobserver trained nurses (CITN) and the researcher and two nurses classifiers interobserver untrained (CINTN) and the researcher who, each evaluated 100 children and / or adolescents at different times, totaling 400 ratings; and 4) application and validation in clinical practice protocol, conducted by researcher with 200 children and/or adolescents. The data analyzed using SPSS-21, using the Kappa coefficient with a confidence interval (CI) of 95% and the ratio of Chance. Study approved by the Research Ethics Committee under Opinion No. 1,282,924. The results showed: a concordance of over 80% among expert judges as simplicity, clarity, relevance of content, appearance and technical applicability of the 2nd Protocol Edition. In the inter-rater reliability of stage, it was found: prevalence of 80.0% of patients classified as less urgent (green 50.7%) and non-urgent (blue 29.3%); It revealed a substantial excellent agreement between the nurses and the researcher with a Kappa between 0.62 and 1.0. As for ECIT-2 and the researcher gave excellent agreement (kappa 1.0); excellent agreement between ECINT-2 and the researcher (Kappa 0.887) and between ECIT-1 and the researcher (Kappa 0.725) and also a substantial agreement between the ECINT-1 and the researcher (Kappa 0.619). As the odds ratio was found that clinical discriminators identified in the study have a higher chance of being classified as less urgent (green) or not urgent (blue). In the application stage showed higher frequency of changes in vital signs (24.5%) and respiratory disorders (20.5%) and clinical discriminators, the majority (57.5%) patients were assessed as pain and without 45.0 % classified as blue. The average time for the rating was 1.5 minutes and medical care was 35.7 minutes, corresponding adjustment to the profile of the population served. It was concluded that the HRR Protocol in Pediatrics is a health technology that presented interrater reliability of trained classifiers nurses not trained together with the researcher and that is valid in clinical practice in order to direct the nurse in the risk classification in situations urgent / pediatric emergency.

Keywords: User Embracement; Pediatrics; Risk Manegement; Validation Studies; Nursing Methodology Research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ECG	Escala de Coma de Glasgow
ECIT	Enfermeiro Classificador Interobservador Treinado
ECINT	Enfermeiro Classificador Interobservador Não-Treinado
ESI	Índice de Gravidade em Emergência
ETAT	Avaliação, Triage e Tratamento em Emergência
GECEP	Grupo de Estudo sobre Cuidados de Enfermagem em Pediatria
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
KR-20	Kuder-Richardson
MA	Metodologias Ativas
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
MTS 2	Sistema de Triage de Manchester com outros discriminadores
Paed-CTAS	<i>Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale</i>
Ped-TTS	Sistema de Triage Pediátrico de Taiwan
PTT	Triage Pediátrica Tape
SatO ₂	Saturação de oxigênio
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAME	Serviço de Atendimento Médico e Estatístico
SPSS	Software PASW Statistics for Windows
SUS	Sistema Único de Saúde
TAP	Triângulo de Avaliação Pediatria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 -	Técnicas de validação e confiabilidade de instrumento. Fortaleza, 2016...	30
Quadro 1 -	Medidas usadas para testar a confiabilidade. Fortaleza, 2016	42
Figura 2 -	Fluxograma de etapas do estudo. Fortaleza, 2016.....	42
Figura 3 -	Fases do Curso de Capacitação sobre o Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza, 2016.....	44
Quadro 2 -	Critérios de seleção de juízes especialistas para análise da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza, 2016.....	48
Quadro 3 -	Valores de Kappa e suas respectivas interpretações. Fortaleza, 2016.....	52
Quadro 4 -	Alterações para a elaboração da 1ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza, 2016.....	58
Quadro 5 -	Alterações no item “Conceitos de emergência e urgência”. Fortaleza, 2016.	60
Quadro 6 -	Alterações no item “Competências da Equipe de Classificação de Risco”. Fortaleza, 2016.	61
Quadro 7 -	Alterações dos objetivos geral e operacionais. Fortaleza, 2016.....	63
Quadro 8 -	Alterações dos itens “Organização do processo de atendimento” e “Avaliação do usuário de saúde”. Fortaleza, 2016.....	65
Quadro 9 -	Atualização do referencial teórico. Fortaleza, 2016.....	67
Figura 4 -	Alterações do Fluxograma de Atendimento do ACCR em Pediatria. Fortaleza, 2016.....	69
Figura 5 -	Critérios de Classificação de risco em Pediatria. Fortaleza, 2016.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das crianças conforme a classificação de risco preconizada pelo Protocolo de ACCR em Pediatria, realizada pelos Enfermeiros Classificadores Interobservadores e pela pesquisadora. Fortaleza, 2016.....	79
Tabela 2 -	Classificação de risco realizada pelos ECIT com a pesquisadora e pelos ECINT com a pesquisadora. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.....	80
Tabela 3 -	Classificação de risco atribuída pelos ECIT e a pesquisadora na fase de confiabilidade interobservadores. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.	82
Tabela 4 -	Classificação de risco atribuídas pelos ECINT e a pesquisadora na fase de confiabilidade interobservadores. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.....	83
Tabela 5 -	Queixas clínicas agrupadas pelos Discriminadores de Classificação de Risco preconizados no Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.....	86
Tabela 6 -	Mensuração da dor do paciente, por meio da escala numérica da dor, preconizados no Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.	88
Tabela 7 -	Razão de chance de ocorrência do discriminador como mais urgente (laranja, amarelo e verde) em proporção ao não urgente (azul). Fortaleza-CE-Brasil, 2016.....	90

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Geral.....	18
2.2	Específicos.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	Considerações sobre o acolhimento com classificação de risco.....	19
3.2	Instrumentos de Classificação de risco em Pediatria como tecnologia em saúde.....	22
3.3	Protocolo de ACCR em Pediatria de Fortaleza-Ceará.....	23
3.4	Atuações da Enfermagem no ACCR em Pediatria.....	26
4	REFERENCAL METODOLÓGICO.....	30
4.1	Considerações sobre validação e confiabilidade de instrumentos.....	30
4.1.1	Validação de Instrumentos.....	31
4.1.1.1	Validade de Conteúdo.....	32
4.1.1.2	Validade Relacionada com Critério.....	33
4.1.1.3	Validade de Construto.....	33
4.1.1.3.1	Validade de construto por abordagem de Testagem de Hipótese.....	34
4.1.1.3.2	Validade de construto por abordagens Convergentes e Divergentes.....	34
4.1.1.3.3	Validade de construto por abordagem de Grupos Contrastados.....	35
4.1.1.3.4	Validade de construto por abordagem Analítica de Fator.....	35
4.1.2	Confiabilidade de Instrumentos	35
4.1.2.1	Confiabilidade por estabilidade.....	36
4.1.2.2	Confiabilidade por homogeneidade.....	37
4.1.2.3	Confiabilidade por equivalência.....	38
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	40
5.1	Tipo de estudo.....	40
5.2	Local do estudo.....	40
5.3	Etapas do estudo.....	41
5.3.1	<i>Primeira etapa</i>.....	42
5.3.2	<i>Segunda etapa</i>.....	46
5.3.3	<i>Terceira etapa</i>.....	49

5.3.4	<i>Quarta Etapa da Tese</i>	53
5.4	Aspectos éticos e legais.....	55
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
6.1	Primeira etapa: curso de capacitação sobre ACCR em Pediatria	57
6.2	Segunda etapa: validação de conteúdo e aparência por juízes especialistas da 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria	73
6.3	Terceira etapa: confiabilidade de enfermeiros classificadores interobservadores	76
6.4	Quarta etapa: Aplicação e validação na prática clínica do protocolo de ACCR em pediatria	85
7	CONCLUSAO	93
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICES	106
	ANEXOS	133

1 INTRODUÇÃO

São considerados desafios amplos e determinantes o julgamento clínico e a tomada de decisão ante as diversas situações no cotidiano do profissional da saúde. Dentre estas, se destacam as situações de urgência/emergência, as quais priorizam as informações direcionadas e as condições facilitadoras para a determinação da gravidade e do risco de morte dos pacientes nas portas de entrada dos serviços de saúde.

O termo emergência refere-se à ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, cujo paciente necessita de atenção imediata, a fim de se garantir a integridade das funções vitais básicas. Diferentemente, o termo urgência corresponde à condição de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, cujo paciente necessita de intervenção rápida e efetiva, mediante procedimentos de proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas (ROMANI *et al.*, 2009).

Em razão de tais situações, os profissionais da saúde, atuantes nas unidades de urgência e emergência, em especial os enfermeiros, necessitam ter conhecimento, habilidade e atitude para acolher, classificar o risco e determinar a prioridade de atendimento do usuário de saúde em tais serviços (BRASIL, 2012).

Hilsendeger, Neth e Belaver (2010) corroboram ao considerarem que a expressão classificação de risco se refere ao ato de identificar a queixa principal manifestada ou relatada pelos pacientes e/ou seus acompanhantes, com o intuito de direcionar a realização da anamnese e do exame físico ante os sinais e sintomas expressos, com determinação da prioridade de atendimento dos pacientes em virtude das condições relacionadas às complicações e ao risco de morte nas portas de entrada do sistema de saúde.

Para realizar a classificação de risco, muitos serviços de urgência/emergência indicam e utilizam tecnologias em saúde como os protocolos de atendimento para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

Especificamente, na pediatria, com o uso do Protocolo de ACCR em Pediatria, é composto por: discriminadores de classificação de risco, referindo-se à queixa clínica principal referida pelo paciente e/ou acompanhante; indicadores clínicos de saúde, que sugerem as manifestações clínicas associadas aos antecedentes e/ou aos consequentes clínicos em saúde; e os critérios de classificação, identificados por cinco cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). Esses critérios para a classificação de risco indicam, ainda, o tempo máximo de atendimento e de reavaliação, com o propósito de garantir o atendimento e a não exclusão do paciente em situações de complicação e risco de morte (MAFRA, 2008; MAGALHÃES, 2012).

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* e o *Manchester Triage System (MTS)*.

No Brasil, utiliza-se diversos protocolos de classificação de risco. Dentre estes, a maioria foi fundamentada no Modelo Australiano (*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).

Em um levantamento bibliográfico, realizado por Felipe *et al.* (2015) para identificar, na produção científica, os instrumentos de tecnologia em saúde utilizados na triagem e/ou na classificação de risco de crianças ou adolescentes do estudo, foram detectados nove instrumentos direcionados à realização de triagem ou ACCR: Triângulo de Avaliação Pediátrica, *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* e sua versão computadorizada - *Staturg*, *Emergency Triage Assessment and Treatment*, *Emergency severity index* para pediatria, *Paediatric Taiwan Triage System*, *Paediatric Triage and Acuity System*, *Manchester Triage System* para cuidado pediátrico e *Paediatric Triage Tape* (FELIPE et al., 2015).

Ademais, destaca-se o *Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria* como outro exemplo de instrumento para classificação de risco, que favorece a caracterização, a avaliação e a classificação do grau de comprometimento da criança e/ou adolescente, com vistas a identificar a prioridade de atendimento no serviço de urgência/emergência. Este foi avaliado por juízes em Pediatria e em ACCR e considerado como válido quanto a conteúdo e aparência (MAGALHÃES, 2012).

Com suporte no aprofundamento do estudo mencionado, no entanto, se evidenciou a necessidade de avaliar a confiabilidade interobservadores e a validade na prática clínica de tal protocolo. Isto teve objetivo de certificar-se de que é um instrumento de tecnologia em saúde válido, seguro e favorável ao direcionamento para o julgamento clínico em saúde na determinação do discriminador de classificação de risco e dos indicadores clínicos em saúde para a determinação da prioridade de atendimento de crianças e adolescentes em situações de urgência/emergência.

O Protocolo de ACCR em Pediatria torna-se confiável quando é capaz de reproduzir a medição e a operacionalização em que o construto se propõe. Para isso, é evidente a necessidade de analisar as condições em que as medidas repetidas de um fenômeno situam-se relativamente estáveis e/ou próximas umas das outras. Existe confiabilidade quando o grau de confiança entre os utilizadores corresponde ao que se recomenda no instrumento. Além disso, há capacidade de um instrumento não variar em seus resultados, sendo utilizado por vários

operadores (WOOD; HABBER, 2001, DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS, 2009; FERREIRA, 2010).

No que se refere à validade de uma tecnologia em saúde na prática da clínica é de um processo de validação do instrumento, em estudo, durante a utilização junto ao público-alvo e utilizadores no serviço de saúde. Para isso, há uma certificação e/ou correção dos dados desse instrumento, de acordo com as regras e os padrões já estabelecidos na literatura e na prática clínica desses serviços (WOOD; HABBER, 2001, DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS, 2009; FERREIRA, 2010). Neste caso, o protocolo é válido se propõe a realizar; isto é, mede a validade dos discriminadores e dos indicadores clínicos em saúde por meio dos critérios para determinar a classificação de risco nos serviços de urgência/emergência pediátrica.

Portanto, a pesquisa justifica-se à medida que busca, com a elaboração da 2ª edição do protocolo, o aprofundamento da validação do Protocolo de ACCR em Pediatria realizado por Magalhães (2012), o qual já foi submetido a validação de conteúdo e aparência do protocolo com índice de validade de conteúdo maior do que 0,8 de concordância entre nove juízes, especialistas em ACCR e em pediatria, os quais avaliaram a simplicidade, a clareza e a relevância de cada item dessa tecnologia em saúde.

Nesse contexto, a intenção desta pesquisa é avaliar, na prática da clínica, a validade desse instrumento junto aos enfermeiros classificadores, para a determinação adequada e segura da prioridade de atendimento de crianças e/ou adolescentes que busquem atendimento nos serviços de urgência/emergência.

Há uma necessidade constante de melhoria desses serviços de saúde, em virtude do grande volume de atendimento e da necessidade de alta acuidade na coleta e interpretação de grande quantidade de informações em um curto período de tempo, com o intuito de implementar um cuidado eficaz. Por isso, revela-se a necessidade de uma avaliação contínua dos discriminadores clínicos de saúde, com a finalidade de melhoria do processo de classificação de risco (PALLIN; LAHMAN; BAUMLIN, 2003).

Esta investigação torna-se relevante já que a utilização desta tecnologia válida e confiável na prática da clínica pode favorecer a determinação da prioridade de atendimento, visando a recuperação da saúde do público-alvo em tempo hábil e eficaz para prevenir e minimizar complicações e risco de morte nas portas de entrada do serviço de saúde.

Favorece, ainda, a gestão em saúde, com a organização do serviço e a condição adequada à segurança do paciente em unidades de urgência/emergência, em especial, nas pediátricas, já que esse processo é considerado um desafio, pois são pessoas com características clínicas peculiares que podem alterar e complicar com rapidez, além do que o serviço de urgência/emergência possui características como: sobrecarga na demanda de pacientes, o que

resulta em superlotação, leitos permanentemente ocupados, pacientes instalados nos corredores; longo tempo de espera, grande pressão para atendimento e; estresse vivenciado pela equipe assistencial (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Durante o exposto, surgiu o seguinte questionamento: o Protocolo de ACCR em Pediatria desenvolvido em Fortaleza-Ceará-Brasil é confiável e válido na prática da clínica para classificar a prioridade de atendimento de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência?

Tem-se como tese: o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria é uma tecnologia em saúde válida e confiável para classificar o risco, na prática clínica, de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência.

Assim, pretende-se disponibilizar aos profissionais da saúde um protocolo que possibilite a determinação da prioridade de atendimento, com suporte no grau de sofrimento e risco de complicações e morte nas filas de espera das urgências/emergências pediátricas, contribuindo para uma tomada de decisão rápida e eficaz no atendimento de tais pacientes.

2 OBJETIVOS

Validar a 2ª Edição do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na prática clínica de urgência/emergência pediátrica.

Elaborar a 2ª Edição do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na prática clínica de urgência/emergência pediátrica.

Validar o conteúdo e a aparência da 2ª Edição do Protocolo de Acolhimento com Classificação em Pediatria, por meio do nível de concordância dos juízes especialistas quanto aos critérios de simplicidade, clareza e relevância;

Medir a confiabilidade interobservadores da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria no que se refere à equivalência por meio do grau de concordância da prioridade de atendimento das crianças e/ou adolescentes em situações de urgência/emergência pediátrica atribuída pelos enfermeiros treinados e enfermeiros não treinados junto à pesquisadora; e

Realizar a validação clínica da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria em um serviço de urgência/emergência pediátrica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Considerações sobre Acolhimento com Classificação De Risco

O acolhimento nas práticas de saúde é tido como um desafio, sendo considerado postura e exercício nas ações de atenção e gestão nas diversas unidades de saúde (BRASIL, 2004).

O termo acolher, de acordo com Ferreira (2010), significa dar acolhida, atenção, dar ouvidos, crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir, tomar em consideração. Para tanto, o acolhimento caracteriza-se como ato ou efeito de acolher. É uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Com efeito, o acolhimento corresponde a uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de agir com ética, no que se refere ao compromisso, com o reconhecimento do outro, na atitude de acolher o usuário dos serviços de urgência/emergência, considerando suas diferenças, dores e modos de viver, sentir e estar na vida (BRASIL, 2006).

Assim, o acolhimento tem como propósito favorecer o estabelecimento de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para legitimação do sistema público de saúde. Defende, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como política pública essencial para população brasileira (BRASIL, 2006).

O acolhimento pode ser considerado, também, estratégia para reorganização do serviço de saúde, com mudança do foco de trabalho da doença para o doente, destaque na importância do trabalho de uma equipe multiprofissional, garantia do acesso universal aos serviços de saúde, alcance de resolubilidade dos problemas ou necessidades de saúde, promoção da humanização na assistência e estímulo à capacitação dos profissionais, fazendo com que estes assumam posição acolhedora (SILVA; ALVES, 2008).

Num estudo realizado em Santa Catarina (2011), analisou-se a visão dos profissionais de saúde, atuantes na unidade de urgência/emergência, relacionada ao ACCR. Nestes dois temas foram evidenciados para o processo de ACCR, tais como: mudanças no atendimento com a implantação do ACCR e dificuldades para a sua execução. Os participantes conhecem a finalidade do ACCR e apontam como potencialidade o atendimento mais rápido; a falta de espaço físico e materiais são algumas das fragilidades mencionadas; entre as dificuldades, sinalizam a inexistência de referência e contrarreferência com consequente

acúmulo de pacientes no serviço, interferindo na qualidade do atendimento, assim como na satisfação dos profissionais. Os profissionais destacaram que o ACCR organizou e dinamizou o processo de trabalho, pois priorizou o atendimento a pacientes graves, conferindo-lhes maior segurança, estabilidade e controle da situação (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Destaca-se, ainda, o ACCR como uma estratégia de acesso e acolhimento dos pacientes que necessitam dos serviços de urgências/emergências, privilegiando a classificação de risco, com intervenção adequada e necessária aos distintos agravos, apoiando-se nas redes de atenção à saúde. O ACCR, a qualidade e a resolubilidade na atenção à saúde que constituem a base desse processo e dos fluxos assistenciais de toda rede de atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

Em razão da necessidade de organizar a fila de espera nos serviços hospitalares de urgência/emergência, utilizando outro critério em atendimento diferente da ordem de chegada, o HumanizaSUS adotou o sistema de classificação e avaliação de risco que, somado à diretriz do acolhimento, propõe-se garantir o atendimento de acordo com o grau de risco elevado; fornecer informações sobre o tempo provável de espera e minimizar a desfragmentação do processo assistencial, ao proporcionar pactuações entre redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

A classificação de risco é utilizada como um ato de identificar e determinar a prioridade de atendimento da pessoa nos serviços de urgência/emergência em saúde. Esta determinação, no Protocolo de ACCR em Pediatria, é semelhante ao processo de triagem, com atribuição do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, profissional competente e hábil a investigar a queixa principal e os sinais e sintomas clínicos do usuário, com avaliação clínica breve e direcionada, utilizando-se de cores para indicação da gravidade e do tempo máximo para o atendimento médico preestabelecido (MAFRA, 2008; MAGALHÃES, 2012).

Assim, a classificação de risco visa a subsidiar a ordem dos atendimentos para que os usuários não sejam orientados pela hora de chegada, mas por parâmetros clínicos de gravidade que permitam identificar as situações que não podem aguardar o atendimento, devido ao risco de morte. Portanto, é uma tecnologia que procura assegurar o atendimento imediato do usuário que enfrenta risco à vida, além de prever e informar o tempo de espera para pessoas que não tem este risco (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

A triagem, por sua vez, se diferencia do ACCR por ser tida como um processo que visa a trabalhar o manejo de risco clínico com priorização do atendimento dos pacientes baseada na predição de gravidade em que se realiza uma avaliação por meio de critérios de risco que identificam a prioridade de atendimento por meio de exclusão, quando não há necessidade de assistência de urgência/emergência (KANEGANE, 2011).

Desse modo, a triagem se refere a uma ação excludente com suporte na seleção daqueles que serão atendidos, enquanto a classificação de risco se destina à ordenação do fluxo, de modo a acolher todos os que procuram o pronto-socorro (BRASIL, 2004).

A classificação de risco na rede de atenção à saúde em situações de urgência/emergência tem como objetivo principal priorizar os usuários de saúde conforme a gravidade clínica com que se mostram no momento de atendimento, com avaliação humanizada e redução do tempo de espera, sendo priorizados por gravidade e não por ordem de chegada (ENFERMAGEM/SA, 2011).

Essa avaliação clínica com classificação de risco requer do profissional da saúde raciocínio crítico, como intuição pelas experiências intrínsecas para uma tomada de decisão adequada em razão dos atributos da situação de urgência/emergência pediátrica. Esta deve ser baseada em conhecimentos e aptidões técnico-científicas, de modo a favorecer que tal profissional possa ser capaz de contextualizar as informações, interpretá-las e processá-las, retirando os dados realmente importantes, minimizando as interferências individuais (NUNES, 2007).

Nas unidades de urgência/emergência, essa atitude demanda, também, discriminação e avaliação das condições clínicas do paciente, de acordo com a situação atual. Para isso necessita-se de uma seleção rápida e imediata das informações coletadas com intervenção eficaz e eficiente.

Então, percebe-se a importância dos profissionais incluírem os discriminadores e os indicadores clínicos de saúde em sua avaliação, para que seja possível formular hipóteses. Para isso, precisa-se da identificação do problema, coleta e análise de informações relacionadas a prioridade de atendimento, avaliação de todas as decisões e escolha de uma delas para implementação e monitoramento da alternativa selecionada, podendo ser realizada durante a consulta clínica (ENFERMAGEM/SA, 2011).

Tais aspectos, portanto, poderão favorecer a tomada de decisão e classificação de risco adequada ao comprometimento clínico do paciente, proporcionando modificação de prioridade de atendimento, quando necessário. Por isso, torna-se precisos o conhecimento, a habilidade e a atitude profissional apropriada para avaliação fidedigna e capaz de classificar de acordo com os discriminadores e indicadores clínicos de saúde.

3.2 Instrumentos de Classificação de Risco em Pediatria como Tecnologia em Saúde

O primeiro país a desenvolver o sistema classificação de risco foi a Austrália, na década de 1990, no Brasil. Neste país o instrumento utilizado para a realização da triagem,

denominado de *ATS*, possui cinco níveis de classificação dos pacientes que, quanto ao tempo de espera para o atendimento, pode variar de zero a 120 minutos (NISHIO; URRUTIA; ARAÚJO, 2008).

Em um estudo realizado por Felipe *et al.* (2015) analisou-se dez estudos sobre os instrumentos de classificação de risco em pediatria, o qual revelou que a temática da triagem e da classificação de risco é relevante em vários países e em diferentes continentes, com maior tendência à produção científica do continente americano. Dos estudos analisados, seis foram produzidos no continente americano, dois no continente asiático, um no africano e outro no europeu. Teve uma abrangência de publicação do período de 1999 a 2014, com maior frequência no ano de 2009.

Os instrumentos analisados no estudo de Felipe *et al.* (2015) incluíram: o Triângulo de Avaliação Pediatria (TAP) (LUGO; PAVLICICH, 2012); a *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (Paed-CTAS) (GRAVEL; MANZANO; ARSENAULT, 2008); o *Staturg*, que é a versão computadorizada da Paed-CTAS (GRAVEL; MANZANO; ARSENAULT, 2009); o algoritmo de Avaliação, Triagem e Tratamento em Emergência (ETAT) (TARBULINI *et al.*, 1999); o Índice de Gravidade em Emergência (ESI) (WANG; ZHOU; ZHU, 2011; TRAVERS *et al.*, 2009; BAUMANN; STROUT, 2005), o Sistema de Triagem Pediátrica de Taiwan (Ped-TTS) e Paediatric Triage and Acuity System (CHANG *et al.*, 2013), o Sistema de Triagem de Manchester com outros discriminadores (MTS 2) (SIEGER *et al.*, 2014) e o Triagem Pediátrica Tape (PTT) (WALLIS; CARLEY, 2006), os quais estão descritos a seguir.

Dentre os tipos de tecnologia em saúde analisadas verificaram-se instrumentos de triagem e classificação de risco tais como: três escalas de triagem (LUGO; PAVLICICH, 2012; CHANG *et al.*, 2013; GRAVEL; MANZANO; ARSENAULT, 2008) dois sistemas computacionais de apoio (GRAVEL; MANZANO; ARSENAULT, 2009; CHANG *et al.*, 2013), três algoritmos (TARBULINI *et al.*, 1999; SIEGER *et al.*, 2014; WALLIS; CARLEY, 2006) e um índice (WANG; ZHOU; ZHU, 2011; TRAVERS *et al.*, 2009; BAUMANN; STROUT, 2005) os quais, são direcionam uma avaliação breve e focada na queixa principal, de modo que viabilizam o emprego de critérios que determinam o nível de comprometimento, grau de complicações e a determinação da prioridade de atendimento.

Dentre esses modelos de classificação de risco ou triagem nas urgências/emergências mais avançados e que foram construídos numa concepção sistêmica, destacam-se o modelo australiano, o modelo pioneiro que usa tempos de espera de acordo com a gravidade; o modelo canadense, semelhante, porém mais complexo que o australiano; o modelo americano, que opera com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra, que se articula em sintomas, discriminantes e

algoritmos, mas muito complexo e demorado; e o sistema de triagem de Manchester, que opera com algoritmos e determinantes, associado a tempos de espera simbolizados por cinco cores e que tem sido usado em vários países (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

No Brasil, o sistema de classificação de risco de maior utilização em diferentes Estados brasileiros é o MTS o qual foi desenvolvido, em 1996, pelo *Manchester Triage Group*, no Reino Unido. Neste instrumento, a triagem é um sistema de administração de risco clínico, destinada a assegurar cuidados, que são definidos de acordo com a necessidade do paciente, e que sejam realizados no tempo adequado. Não é uma ferramenta de diagnóstico, é um instrumento que permite definir prioridades clínicas, dar segurança para o usuário externo e interno e para o sistema de saúde. A classificação dos pacientes é feita em cinco níveis, diferenciada por cores, que determinam o tempo máximo de espera com atendimento imediato com cor vermelho, laranja até 10 minutos, amarelo pode esperar até 60 minutos, verde com atendimento em até 120 minutos e azul que o paciente em até 240 minutos (KANEGANE, 2011).

Esse instrumento MTS tem importante relação com o Protocolo de ACCR em Pediatria, uma vez que enfatiza as mesmas cores para classificar o risco de atendimento, porém tem discrepância por não ser direcionado à pediatria e quanto à determinação do tempo para o atendimento, já que na classificação azul daquele instrumento é possível verificar um tempo determinado de 240 minutos para atendimento, diferente do Protocolo de ACCR em Pediatria que preconiza o azul como tempo indeterminado para o atendimento médico.

3.3 O Protocolo de ACCR em Pediatria de Fortaleza-Ceará

O Protocolo de ACCR em Pediatria de Fortaleza-CE – 1ª edição (ANEXO A) foi elaborado em 2008, juntamente com a Secretaria de Saúde Municipal, com o propósito de orientar as equipes de saúde e a qualificar a assistência ao usuário do SUS, criança e/ou adolescente e seus responsáveis, mediante a avaliação e a determinação da classificação de risco para priorizar o atendimento por grau de sofrimento ou risco de morte nas filas de espera nos serviços de urgência/emergência pediátrica, em Fortaleza, capital do Estado do Ceará (MAFRA *et al.*, 2008).

A classificação da prioridade de atendimento, descrita no protocolo, dispõe-se de cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul as quais incluem os discriminadores e os indicadores clínicos de saúde com tempo (zero, quinze minutos, trinta minutos, sessenta minutos e sem limite de tempo, respectivamente) preconizado para a espera de atendimento médico. A determinação dessa classificação de risco deverá ser sistemática e dinâmica, a fim de favorecer a

reavaliação da condição clínica do paciente em casos de atraso ou se ultrapassar o tempo determinado para a espera do atendimento. Ou seja, essa cor pode ser mantida ou ser elevada em casos de agravamento da situação clínica da criança e/ou adolescente (MAFRA *et al.*, 2008).

Em suma, nessa tecnologia em saúde, a ordem de chegada é substituída por uma avaliação da criança e/ou do adolescente, baseada em discriminadores (queixa clínica principal) e indicadores clínicos de saúde (manifestações clínicas associadas) elaborados e propostos por tal protocolo. Para isso, utiliza-se de cores, também denominadas, de critérios de classificação para a prioridade de atendimento as quais são: vermelho-prioridade I: atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro; laranja-prioridade II: atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro e reavaliação pela (o) enfermeira (o) a cada 15 minutos; amarelo-prioridade III: avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pela (o) enfermeira (o) a cada 30 minutos; verde-prioridade IV: avaliação médica em até uma hora ou reavaliação pela (o) enfermeira (o) a cada uma hora e; azul-prioridade V: não urgente, avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito a outra unidade básica de saúde, com contato telefônico prévio e garantia de atendimento (MAFRA *et al.*, 2008).

Dentre os potenciais utilizadores do Protocolo de ACCR em Pediatria, podem-se citar: enfermeiros, médicos, dentistas, acadêmicos de medicina e enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, comunidade e conselhos municipais de saúde, ministério público, polícias civil e militar, corpo de bombeiros, polícia rodoviária federal, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), equipes de segurança das instituições de saúde, funcionários administrativos e administradores hospitalares (MAFRA *et al.*, 2008).

Os profissionais supracitados devem ser qualificados por treinamentos, para então exercer a atividade proposta de classificação de risco em unidades de urgência e emergência pediátrica. Dentre as habilidades importantes para tais utilizadores do protocolo, devem-se destacar: a capacidade de comunicação, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia, SAMU e corpo de bombeiros, com paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade (MAFRA *et al.*, 2008).

Ao adentrar a unidade de urgência/emergência a criança e/ou o adolescente, junto ao seu responsável, é prontamente acolhido por tal equipe, podendo receber intervenção imediata ou ser encaminhado à sala de classificação de risco, já que depende das condições clínicas que o paciente se apresenta no momento de chegada. A identificação da gravidade é procedida por marca colorida no boletim da emergência, conforme cada instituição. As pessoas em situação de urgência serão conduzidas à avaliação através da avaliação do enfermeiro, aquelas que

procurarem por especialidades serão encaminhados aos respectivos setores (MAFRA *et al.*, 2008).

Ao ser encaminhado à sala de classificação de risco, o paciente adentra à uma sala reservada, com ambiente acolhedor e iluminado em que a (o) enfermeira (o) utiliza o protocolo como tecnologia em saúde favorável à classificação de risco. Este profissional realiza uma avaliação direcionada à queixa principal, aos sinais vitais, aos dados antropométricos e às escalas correspondentes ao caso clínico. Logo após, é feito o registro da cor correspondente à classificação de risco e das informações relacionadas à condição clínica e ao grau de risco de complicações e morte do paciente, encaminhando-o ao atendimento médico, conforme o tempo preconizado pelo Protocolo de ACCR em Pediatria.

Para avaliação da criança e/ou adolescente, deve-se considerar a apresentação usual da doença, situação/queixa, início, evolução e duração, aparência física, resposta emocional, medicação atual e alergias. É importante investigar, também, outros dados, como sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), saturação de oxigênio (SatO₂), escala de dor, escala de coma de Glasgow (ECG), glicemia, avaliação da superfície corporal queimada, entre outros; visando classificar a prioridade, conforme consta no Protocolo de ACCR em Pediatria (MAFRA *et al.*, 2008).

O Protocolo inclui, ainda, fluxogramas de atendimento e anexos com padrão de sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial), descreve a ECG, escala de dor, avaliação da superfície corporal queimada, relação das redes de atendimento e, um mapa da prefeitura de Fortaleza com os riscos de e redes de apoio de saúde nas microáreas da cidade. Tais componentes podem favorecer a avaliação por gravidade ou sofrimento do usuário, assim como facilitar os encaminhamentos a outros serviços de atendimento aumentando, o que ampliar o acesso ao serviço de saúde.

A 1ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, como referido anteriormente foi elaborado por Mafra *et al* (2008) juntamente com a Secretaria de Saúde de Fortaleza- CE, passando por um processo de validação de conteúdo e aparência realizado no estudo de Magalhães (2012) intitulado “Validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria”.

No referido estudo, os juízes especialistas em ACCR e em Pediatria obtiveram um índice de validade de conteúdo (IVC) acima de 80% para a validação de conteúdo e aparência dessa tecnologia em saúde. Ou seja, quanto à aparência houve um total concordância sobre os aspectos gerais e estruturais do protocolo em cinco dos seis itens em análise quanto à simplicidade, clareza e relevância. No que se refere ao conteúdo, constatou-se uma média de 0,837 de IVC, com avaliação da simplicidade, clareza e relevância dos discriminadores,

indicadores clínicos, apropriação e correspondência da classificação de risco preconizada pelo protocolo (MAGALHÃES, 2012).

Apesar, desse elevado grau de concordância e de validade de conteúdo e aparência dessa edição do Protocolo, os juízes especialistas do estudo de Magalhães (2012) sugeriram algumas alterações, decorrendo, de tal modo, a necessidade de aprofundamento teórico e da proposta de elaboração e validação da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria como objetivo da tese em estudo.

3.4 Atuação do enfermeiro no ACCR como estratégia para a prevenção de agravos e promoção da saúde

As diretrizes norteadoras do SUS apontam a resolutividade como um dos principais desafios a serem enfrentados na consolidação do sistema de prevenção de risco da saúde da população. No entanto, por vezes, essa resolutividade tem sido ofertada a partir de uma perspectiva “queixa-conduta”, como frequentemente se observa nos atendimentos oferecidos pelos superlotados serviços hospitalares de urgência/emergência (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Diante dessa realidade dos serviços hospitalares brasileiros, a Política Nacional de Humanização vislumbrou ampliar o acesso e reduzir as filas e o tempo de espera, propondo o ACCR como intervenção, potencialmente decisiva na reorganização do fluxo de atendimentos na rede e na implementação da prevenção de agravos e possível promoção da saúde (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Essa possibilidade de promoção da saúde na unidade de urgência/emergência refere-se em potencializar a sensibilização do profissional da saúde a vislumbrar aspectos de educação em saúde quando identificar situações não urgentes e encaminhar ao serviço de atenção primária em saúde, visto que na realidade brasileira, a maioria do perfil clínico das crianças e/ou adolescentes que buscam atendimento em unidade de urgência/emergência é classificada como não urgente e por isso, teria maior indicação para o atendimento em nível primário de saúde.

Nesse aspecto, o enfermeiro classificador no processo de ACCR tem importante papel, já que pode atuar favorecendo a determinação da prioridade de atendimento com a prevenção de agravos e complicações, bem como, possibilitar orientações e promover a saúde desse perfil em saúde, com identificação, nas abordagens complementares, aos cuidados de urgência/emergência, ou seja, No que se refere às ações conjuntas voltadas para assegurar maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente que está inserido, além de utilizar-se de serviços mais seguros e saudáveis, com o intuito de favorecer os objetivos das políticas

públicas em saúde e de proporcionar mudanças organizacional que visem o bem-estar do indivíduo e da comunidade (BRASIL, 2002).

Santos *et al.*, (2003) corroboram quando referem que o ACCR se configura como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na realização da prevenção de agravos e para a promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe que atua no ACCR, a qual se constitui como sujeito do seu processo de trabalho, priorizando o atendimento do usuário por grau de risco e gravidade da doença. A atuação do enfermeiro nesse processo de ACCR como estratégia para prevenção de agravos e promoção da saúde pode ocorrer na triagem, a qual é realizada após um curso específico.

Apesar desse elevado, em diferentes locais do mundo, uma exigência para muitos enfermeiros, como no Canadá, onde são realizados treinamentos periódicos sob a forma de workshop durante um dia. É, para facilitar a determinação da prioridade de atendimento, a partir de 2004, a Associação Hospitalar de Ontário passou a oferecer, também, um curso on-line (TANABE *et al.*, 2004). Na Espanha, inicialmente, o processo de triagem era realizado por médicos e só a partir de 1999, depois de muitas dúvidas e controvérsias, a Sociedade Espanhola de Enfermeiros de Urgência acolheu e propôs ser esta uma atividade própria de enfermeiros, os quais difundiram para outros países europeus como Portugal, por meio de treinamentos criteriosos (ATAACK *et al.*, 2004; PARRILLA RUIZ *et al.*, 2003).

No Brasil, o processo de ACCR é realizado por enfermeiros, respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem, o qual preconiza o enfermeiro como o profissional capacitado e competente para a determinação da classificação de risco. Profissional esse que, por meio da avaliação clínica direcionada ao discriminador de saúde e aos indicadores clínicos de saúde associados, classifica os agravos com base em, no mínimo, quatro ou cinco níveis de classificação ilustrados por cores. No entanto, ainda não há uma exigência de treinamento, incluindo-se, muitas vezes, enfermeiros recém-formados nas unidades de urgência/emergência para a determinação da classificação de risco (BRASIL, 2004; COFEN, 2012).

Os protocolos de classificação são instrumentos que possibilitam a sistematização e o embasamento para a avaliação direcionada e a determinação da prioridade de atendimento a partir da queixa clínica em situação de urgência/emergência. Vale ressaltar que não se trata de fazer diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico. A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, baseado em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Portanto, a classificação de risco é um

processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, em acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2006).

No que se refere à importância do atendimento de enfermagem, no ACCR um estudo realizado na unidade de urgência/emergência em São Paulo-Brasil refere que é preciso promover a autonomia do enfermeiro, a administração local, considerando o padrão de humanização e de qualidade almejado para o atendimento de enfermagem. Para isso, optou-se por estruturar em tal serviço que os pacientes, mesmo aqueles com agravos não emergenciais, antes do atendimento médico, passassem pelo atendimento e avaliação de enfermagem, a fim de autêntica classificação de risco (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Torna-se evidente que essa classificação de risco, correspondente a priorização do atendimento em serviços de urgência/emergência é considerada um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução, prevendo que o paciente seja acolhido por uma equipe que definirá o seu nível de gravidade e o encaminhará ao atendimento específico de que necessita. Para tanto, e, nisso, a imprescindível qualificação e atualização, específica e continuada, do enfermeiro para atuar no processo de classificação de risco e priorização da assistência à saúde (COFEN, 2012).

Portanto, de acordo com o artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 423/2012, no âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência e emergência é privativa do enfermeiro, observada às disposições legais da profissão. Para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o enfermeiro deverá estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento no ACCR (COFEN, 2012).

Essas considerações garantem ao enfermeiro a competência técnica de utilizar-se do protocolo de ACCR para seguir os princípios da Constituição Federal de 1988, a qual inclui no artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

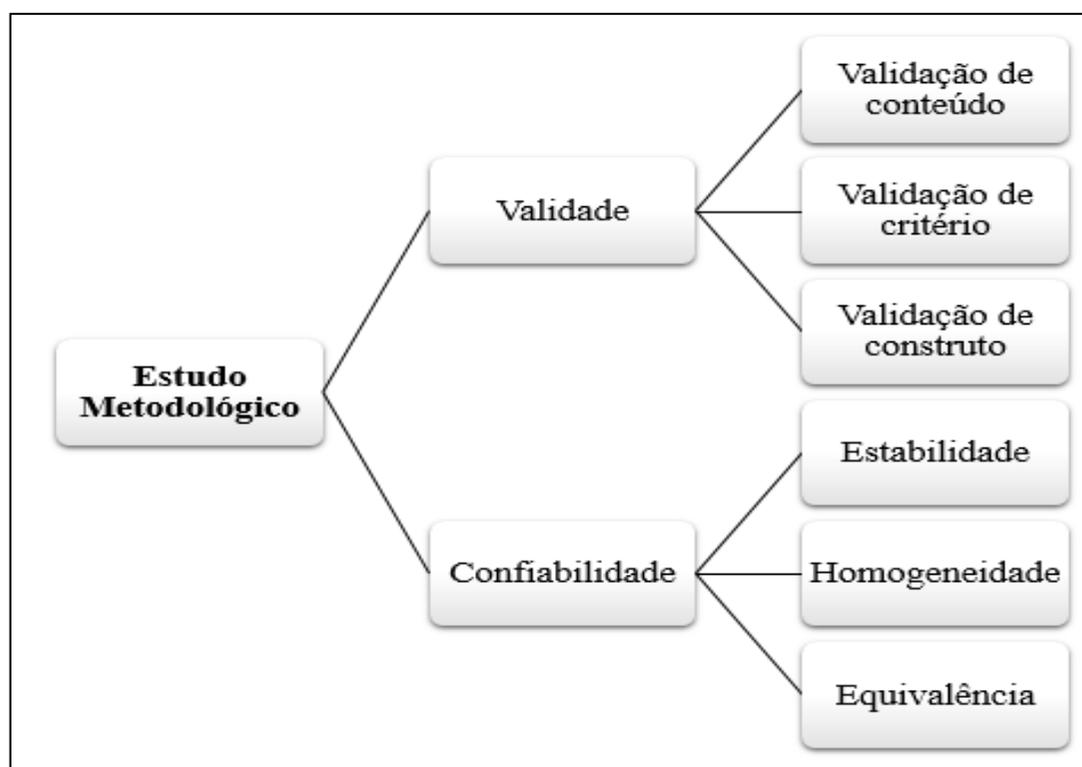
A atuação da enfermagem na utilização do Protocolo de ACCR em Pediatria pressupõe a necessidade da determinação da prioridade de atendimento de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência. Para isso, a (o) enfermeira (o) precisa ser treinada (o) para a utilização de tecnologias em saúde, com inteligência emocional e objetiva, (o) para que possa utilizar-se do conhecimento, habilidade e atitude durante uma avaliação direcionada à queixa principal e ao grau de complicações e risco de morte nas filas de espera nas portas de entrada do sistema de saúde.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 Considerações sobre validação e confiabilidade de instrumentos

Quando se fala em estudos metodológicos resalta-se as técnicas de validação e confiabilidade de instrumentos de medidas. No que se refere à validação tem-se a validade de conteúdo; a validade de critério e a validade de constructo (MARTINS, 2006; LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001). Sobre a confiabilidade, pode-se discorrer da confiabilidade por estabilidade, por homogeneidade e por equivalência, conforme a Figura 1.

Figura 1 - Técnicas de validação e confiabilidade de instrumento. Fortaleza, 2016.



Fonte: Lobiondo-Wood & Haber. (2001).

Atualmente, têm-se percebido a necessidade da validação de instrumentos de medida, como tecnologia eficaz e eficiente para assistência à saúde. A prática da Enfermagem tem sido fortemente influenciada pelos avanços tecnológicos, como a utilização de instrumentos que possibilitam o auxílio para o cuidado, implementação de rotina, educação em saúde e até aqueles que contribuem para a tomada de decisão adequada diante de uma situação de risco.

Dentre os exemplos de tecnologia em saúde sobre classificação de risco e triagem que passaram por um processo metodológico, pode-se citar: o estudo de Pires (2003), o qual traduziu para o português e validou um instrumento para a triagem de pacientes em serviço de

emergência denominado Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS); um outro estudo de Bellucci Junior e Matsuda (2012) realizou a construção e validação de um Instrumento de Avaliação do ACCR, intitulado Implantação do sistema acolhimento com classificação de risco e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. Cita-se, ainda, o estudo de Magalhães (2012) o qual está favorecendo a continuidade do presente estudo, o qual realizou-se a validação de conteúdo e aparência do Protocolo de ACCR em Pediatria. Esses estudos realizaram um processo de validade e confiabilidade de instrumentos para a assistência de Enfermagem, adotando métodos de forma conjugada.

O conceito de validade é abordado como o grau em que um instrumento se mostra apropriado para mensurar o que supostamente deveria medir. Assim, quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si que está sendo validado, mas o propósito para o qual o instrumento está sendo usado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2010). Quando um instrumento é válido, reflete verdadeiramente o conceito que deve medir (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

Em termos gerais, a validade de um instrumento está relacionada à precisão do instrumento em medir o que se propõe a medir (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998). Em outras palavras, um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar.

No que se refere a confiabilidade, um instrumento é confiável quando pode classificar coerentemente um determinado dado de um construto de interesse. Uma medida pode ser confiável, mas não válida. Ou seja, a alta confiabilidade de um instrumento não é necessariamente coerente com o indício de validade (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

4.1.1 Validação de Instrumentos

Para os principais tipos de validação tem-se, conforme Lobiondo-Wood e Haber (2001): validade de conteúdo, validade relacionada com critério e validade de construto.

4.1.1.1 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo se preocupa em medir se o instrumento desenvolvido fornece questões representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir, ou

seja, se as dimensões dos componentes do conteúdo do instrumento refletem o conceito formulado (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

Isso significa que a validação de conteúdo determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Quando um investigador está desenvolvendo um instrumento e surgem questões de validade de conteúdo, a preocupação são as representativas do conteúdo que se pretende medir. O pesquisador começa por definir o conceito e identificar as dimensões dos componentes do conceito. Quando se completa essa tarefa, as questões são submetidas a um grupo de juízes considerados especialistas naquele conceito (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

Um subtipo de validade de conteúdo é a validade de rosto ou aparência, a qual verifica se o instrumento dá a aparência para medir o conceito. Esse processo pode ser útil para a determinação da legibilidade e clareza do conteúdo (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

De acordo com Lobiondo-Wood e Haber (2001), a validade de aparência, face ou rosto é considerada uma forma subjetiva de validação do instrumento, consistindo no julgamento de juízes quanto à clareza, compreensão e legibilidade do conteúdo dos itens, bem como a forma de apresentação do instrumento. Trata-se da validação superficial realizada pelos que se utilizam do instrumento para verificar se os itens são compreensíveis para a população a qual o instrumento se destina.

A validade de aparência ou face é considerada uma forma subjetiva de validar o instrumento e consiste no julgamento de um grupo de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

No que se refere ao Protocolo de ACCR em Pediatria de Fortaleza-CE, esta tecnologia em saúde já foi submetida à validação de conteúdo no estudo de Magalhães (2012), o qual teve como objetivo validar o conteúdo e a aparência do protocolo. Para a validação de conteúdo, identificou-se o conceito e a representatividade teórica de todos os discriminadores e seus indicadores clínicos associados como antecedentes ou consequentes inseridos no protocolo.

Neste mesmo estudo, nove juízes especialistas em ACCR e em Pediatria avaliaram a aparência do protocolo e se os sinais de alerta eram considerados válidos quanto à clareza, a relevância e a simplicidade obtendo-se um IVC maior que 0,80 de concordância entre os juízes. Ressalta-se, portanto, que o Protocolo foi considerado válido quanto ao conteúdo e a aparência para uma adequada avaliação da prioridade de atendimento considerando o risco de complicações e mortes de crianças ou adolescentes em situações de urgência/emergência (MAGALHÃES, 2012).

4.1.1.2 Validade Relacionada com Critério

A validade relacionada com critério indica em que grau o desempenho do sujeito da pesquisa sobre o instrumento de medição e o comportamento real do sujeito da pesquisa estão relacionados. O critério é, normalmente, a segunda medida, que avalia o mesmo conceito sob estudo (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

Existem dois tipos de validade relacionada com critério, são elas: validade coincidente e validade de previsão. Quanto à validade coincidente refere-se ao grau de correlação de duas medidas do mesmo conceito administrada ao mesmo tempo. Um coeficiente de correlação alto indica concordância entre duas medidas. A validade de previsão refere-se ao grau de correlação entre a medida do conceito e alguma medida futura do mesmo conceito. Em virtude da passagem do tempo, é provável que os coeficientes de correlação sejam mais baixos para estudos de validade de previsão (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

4.1.1.3 Validade de Construto

A validade de construto baseia-se na medida em que um teste mede um traço ou construto teórico, tenta validar um corpo de teoria subjacente à medição e testagem das relações hipotéticas. A testagem empírica confirma ou não as relações que seriam previstas entre os conceitos e, como tal, fornece maior ou menor apoio para a validade de construto dos instrumentos que medem esses conceitos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O estabelecimento da validade de construto é um processo complexo, que envolve algumas abordagens, tais como: abordagem de testagem de hipótese, abordagem convergente e divergente, abordagem de grupos contrastados e abordagem analítica de fator.

4.1.1.3.1 Validade de construto por abordagem de Testagem de Hipótese

No que concerne a validade de construto por abordagem de testagem de hipótese, esta é usada quando o investigador se propõe a desenvolver hipóteses relativas ao comportamento de indivíduos com escores variados sobre a medida disposta no instrumento. Além disso, ele reúne dados para testar as hipóteses e fazer inferências que dizem respeito ao fundamento lógico que subjaz a construção do instrumento quanto à adequação e à explicação das descobertas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.1.1.3.2 Validade de construto por abordagens convergentes e divergentes

Quanto à validade de construto por abordagem convergente esta se refere a uma busca de outras medidas do construto. Ou seja, dois ou mais instrumentos que medem teoricamente o mesmo construto são identificados e ambos são administrados aos mesmos sujeitos de pesquisa. Para isso, uma análise correlacional é realizada. Se as medidas são correlacionadas de forma explícita, diz-se que a validade convergente é sustentada (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Na validade de construto por abordagem divergente ocorre uma diferenciação do construto a outros talvez semelhantes. Ou seja, o pesquisador busca instrumentos que medem o oposto do construto. Se a medida divergente é negativamente relacionada com outras, então a validade para a medida é fortalecida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Um método específico para avaliar a validade de construto por abordagem convergente e divergente é denominado de abordagem multitraço-multimétodo, utilizando-se da relação entre indicadores que devem medir o mesmo construto e aqueles que medem diferentes construtos. Os resultados dessas medidas devem ser correlacionados com os resultados de uma matriz multitraço-multimétodo, o qual pode reduzir o erro sistemático (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.1.1.3.3 Validade de construto por abordagem de grupos contrastados

Quando se utiliza a validade de construto por abordagem de grupos contrastados, por vezes denominada de abordagem de grupos conhecidos, o pesquisador identifica dois grupos de indivíduos que se suspeita apresentarem resultados extremamente altos ou baixos nas características que estão sendo medidas pelo instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O instrumento é administrado tanto para o grupo de resultado alto como para o baixo, e as diferenças em escores obtidas são examinadas. Se o instrumento é sensível a diferenças individuais no traço que está sendo medido, o desempenho médio desses dois grupos deve diferir significativamente e provas de validade de construto seriam sustentadas. Nesta abordagem utiliza-se o teste ou análise de t de variação para testar estatisticamente a diferença entre os dois grupos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.1.1.3.4 Validade de construto por abordagem analítica de fator

Esta validade de construto por abordagem analítica de fator é um procedimento que dá ao pesquisador informações sobre a medida que um conjunto de questões mede o mesmo construto subjacente ou dimensão de um construto. Esta análise avalia o grau em que as questões individuais sobre uma escala se agrupam verdadeiramente em torno de uma ou mais dimensões. Indicará se as questões do instrumento refletem um único construto ou vários (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; PINTO *et al.*, 2015).

4.1.2 Confiabilidade de Instrumentos

A confiabilidade de um instrumento de pesquisa é definida como a medida que este produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas, ou seja, são coerentes e previsíveis. Este processo pode ser realizado coincidentemente com a validade ou após as questões de validade serem respondidas. Uma medida confiável é aquela que pode produzir os mesmos resultados se o comportamento é medido diferente vezes pelo mesmo instrumento. Portanto, a confiabilidade refere-se à proporção de precisão do comportamento que o instrumento se dispõe a medir, ou seja, os comportamentos permanecem relativamente semelhantes e confiáveis. Assim, a confiabilidade diz respeito à coerência, a precisão, a estabilidade, a equivalência e a homogeneidade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; PINTO *et al.*, 2015).

No que se refere ao coeficiente de confiabilidade, vale ressaltar que diz respeito ao grau de coerência entre os escores que são obtidos em dois ou mais momentos independentes de testagem, os quais são expressos em termos de um coeficiente de correlação. Este coeficiente expressa a relação entre a variação de erro, a variação verdadeira e o escore observado, o qual varia de 0 a 1. A correlação zero indica que não existe nenhuma relação. Quando a variância de erro num instrumento de medição é baixa, o coeficiente de confiabilidade será restrito a 1. Quanto mais próximo de 1 é o coeficiente, mais confiável é o instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para que um instrumento seja considerado confiável, um nível de 0,70 ou mais é considerado aceitável de confiabilidade. Existem cinco testes principais que podem ser utilizados para calcular o coeficiente de confiabilidade, os quais dependem do objetivo a ser investigado, englobando: o teste-reteste, forma paralela ou alternada, questão de correlação total, metade dividida, Kuder-Richardson (KR-20), alfa de Crombach e confiabilidade interavaliadores (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para isso, os três principais atributos de um instrumento confiável são: estabilidade, homogeneidade e equivalência, os quais destacando-se que cada um existe uma correspondência para o teste estatístico (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.1.2.1 Confiabilidade por estabilidade

A estabilidade de um instrumento refere-se à capacidade de produzir os mesmos resultados com testagens repetidas, ou seja, considera-se um instrumento estável ou exibidor de estabilidade quando os mesmos resultados são obtidos em administração repetida do instrumento. Neste atributo, o pesquisador está preocupado se o instrumento é capaz de medir o conceito coerentemente por um período de tempo, por isso pode ser utilizado em estudo longitudinal ou em várias ocasiões (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Os testes utilizados para estimar a estabilidade são teste-reteste e forma paralela ou alternada. Para isso, a confiabilidade de teste-reteste é administrada aos mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes em duas ou mais ocasiões. Escores na testagem repetida são comparados. Essa comparação é expressa por um coeficiente de correlação, normalmente um r de Person. As correlações de teste-reteste variam de 0,90 para a escala total e de 0,61 a 0,80 para as subescalas, onde a correlação é mencionada baixa quando o teste estatístico corresponde a 0,61 (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Quanto à confiabilidade de forma paralela ou alternada, esta é aplicável e pode ser testada apenas se existem duas formas comparáveis do mesmo instrumento. Difere do teste-reteste porque é dado uma forma diferente do mesmo teste aos sujeitos da pesquisa na segunda testagem, ou seja, nesta confiabilidade as formas ou testes paralelos contêm os mesmos tipos de questões que são baseadas no mesmo domínio ou conceito, mas a redação das questões é diferente. É utilizada quando o instrumento é planejado para medir uma variável para a qual o pesquisador acredita que a “coincidência sobre o teste” será um problema. Em termos práticos, se existem formas alternadas de um teste, devem estar altamente correlacionadas se as medidas tiverem de ser consideradas confiáveis (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; PINTO *et al.*, 2015).

4.1.2.2 Confiabilidade por homogeneidade

A homogeneidade de um instrumento, também, denominada de coerência interna significa que todas as questões em um instrumento medem o mesmo conceito ou características. Isso significa que uma escala é unidimensional, ou seja, mede apenas um conceito. A coerência

interna estimada é de 0,94 e para que possa ser avaliada utiliza-se quatro métodos principais, são eles: questão de correlação total, confiabilidade da metade dividida, coeficiente de KR-20 ou alfa de Cronbach (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A homogeneidade por questão de correlações totais mede a relação entre cada uma das questões e a escala total. As questões que não alcançarem uma alta correlação poderão ser apagadas do instrumento. Os pesquisadores examinam as questões de baixa correlação, eliminando-as e verificam as questões de alta correlação já que podem ser redundantes (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Quanto à homogeneidade por metade dividida, esta envolve dividir a escala em duas metades a fazer uma comparação. A metade pode ser dividida por número ímpares, pares, aleatoriamente ou como uma simples divisão em que as questões serão analisadas em oposição uma a outra. Neste momento as duas metades do teste ou dos conteúdos em ambas as metades são supostamente comparáveis e, um coeficiente de confiabilidade é calculado. Se os escores são aproximadamente iguais, o teste pode ser considerado estável. Para isso, utiliza-se a fórmula de Spearman-Brown (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) é a estimativa da homogeneidade buscada para instrumentos que tem um formato de resposta dicotômica, ou seja, em que a questão pode ser “sim/não” ou “verdadeiro/falso”. Acredita-se que o pesquisador se utilizando a escala de Likert consegue detectar melhor os reais sentimentos de um indivíduo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O mais comumente teste usado para avaliar a homogeneidade é o alfa de Cronbach, o qual é indicativo para os instrumentos que medem as atitudes e as variáveis psicossociais em escala de likert. Essa escala é variada em dois extremos de intensidade, tais como: “concordo veementemente” ou “discordo veementemente”, ou ainda, podem variar de 1 a 5 (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.1.2.3 Confiabilidade por equivalência

Diz-se que um instrumento exhibe equivalência se produz os mesmos resultados quando instrumentos equivalentes ou paralelos são usados. É considerada a coerência ou a concordância entre observadores que usam o mesmo instrumento. Demonstra-se que um instrumento possui equivalência quando dois ou mais observadores tem uma alta percentagem de concordância de um comportamento observado ou quando as formas alternadas de um teste produzem uma alta correlação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Existem dois métodos para testar a equivalência são eles: a confiabilidade de interavaliador e o método de forma alternada ou paralela.

Para realizar a confiabilidade de interavaliador, dois ou mais indivíduos devem fazer uma observação ou um deles deve observar o comportamento em algumas ocasiões. Este tipo de confiabilidade é utilizado quando o instrumento de medição não é um questionário auto administrado, porém possui medições diretas de comportamento observável. No caso da confiabilidade de interavaliador, a confiabilidade ou coerência do observador é testado e não a confiabilidade do instrumento. Essa confiabilidade é expressa como uma porcentagem de concordância entre avaliadores ou como um coeficiente de correlação entre os escores atribuídos aos comportamentos observados (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Vale ressaltar que os observadores devem ser treinados ou orientados para a definição do comportamento a ser observado. E para isso devem ter uma concordância de 90% em cada ferramenta de medição antes que os dados sejam, independentemente, coletados. Essa confiabilidade interavaliador pode ser calculada pelo uso do coeficiente kappa em que se considera igual a 0,70 e o grau de concordância é de 0,80 entre os observadores (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Outra maneira de avaliar a equivalência é a forma paralela ou alternada a qual pode ser aplicável pela confiabilidade por estabilidade, como já referida ou, ainda, por equivalência. Por isso, ressalta-se que esta pode ser testada apenas se existem duas formas comparáveis do mesmo instrumento e quando este é planejado para medir uma variável para a qual o pesquisador acredita que a “coincidência sobre o teste” será um problema (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Em resumo, as medidas usadas para testar a confiabilidade podem ser apontadas no quadro 1.

Quadro 1 - Medidas usadas para testar a confiabilidade. Fortaleza, 2016.

Medidas	Testes
Estabilidade	Confiabilidade de teste-reteste
	Forma paralela ou alternada
Homogeneidade	Correlação de total de questões
	Confiabilidade de metade dividida
	Coeficiente de Kuder-Richardson
	Alfa de Cronbach
Equivalência	Forma paralela ou alternada
	Confiabilidade de interavaliador

Fonte: Lobiondo-Wood & Haber. (2001).

O quadro 1 dispõe do resumo detalhado das medidas utilizadas para a confiabilidade e seus respectivos testes. Nesse aspecto, o presente estudo buscou aprofundar-se quanto ao referencial metodológico de Lobiondo-Wood & Haber (2001), a fim de determinar o tipo de medida a ser usada. Para isso, foi selecionada a confiabilidade por equivalência do Protocolo de ACCR em Pediatria utilizando-se do teste de confiabilidade interavaliadores, também denominados interobservadores, ou seja, a partir da classificação de risco durante a utilização da tecnologia por grupos contrastados de enfermeiros (treinados e não treinados), conforme descrito na trajetória metodológica.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo metodológico que tem como objetivo elaborar e avaliar o instrumento, no presente estudo, o Protocolo de ACCR em Pediatria como válido e confiável para o que se propõe. Este tipo de estudo visa analisar um processo ou implementação, além de buscar por informações de caráter descritivo e pelo funcionamento de um novo procedimento, com análise do alcance e do impacto dos resultados esperados na utilização do instrumento proposto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, a qual visa validar e avaliar um instrumento, a fim de definir o constructo a ser medido, elaborando ou validando um instrumento confiável que possa ser utilizado por outros pesquisadores e nas práticas de saúde o qual se propõe (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O estudo refere-se a uma pesquisa de desenvolvimento e avaliação de uma tecnologia em saúde, que são definidos pela elaboração de materiais, medicamentos, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais e de suporte que visam incrementar a qualidade dos serviços de saúde, bem como programas e protocolos assistenciais (NETA, 2010).

Desta forma, com esse tipo de metodologia a pesquisa se propôs a: elaborar a 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, a partir de uma revisão crítica e aprofundada na literatura e das sugestões dos juízes especialistas examinadores da 1ª edição descritas no estudo de Magalhães (2012); validar o conteúdo e a aparência da 2ª edição do protocolo por meio da avaliação de juízes especialistas em ACCR e em Pediatria; avaliar a confiabilidade de enfermeiros classificadores interobservadores treinados (ECIT) e a pesquisadora e de

enfermeiros classificadores interobservadores não treinados (ECINT) e a pesquisadora, aplicado juntamente, com crianças e/ou adolescentes em situações de urgência/emergência e; aplicar a 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria na prática clínica de urgência/emergência pediátrica.

5.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na unidade de urgência/emergência de um hospital municipal de referência em atendimento pediátrico da cidade de Fortaleza-CE-Brasil, na qual há atendimento de situações clínicas de risco iminente de complicações nas filas de espera para atendimento médico.

A instituição de saúde existe há 32 anos, com atendimento exclusivo às crianças e aos adolescentes até 16 anos de idade, funciona 24 horas diárias e é composta por diversos setores de atendimento, para a realização de procedimentos ao paciente pediátrico, os quais são: ambulatório, enfermarias, unidade de observação, laboratório, setores administrativos, unidade de urgência/emergência e a sala de ACCR,

No setor de ACCR é realizado uma abordagem inicial com acolhimento e receptividade das crianças, dos adolescentes e de seus acompanhantes. Há cadeiras coloridas e uma sala de Classificação de Risco para que o (a) enfermeiro (a) possa avaliar a criança e/ou adolescente por meio da anamnese e exame físico direcionado à queixa principal (discriminadores de saúde) e as manifestações clínicas (indicadores clínicos de saúde).

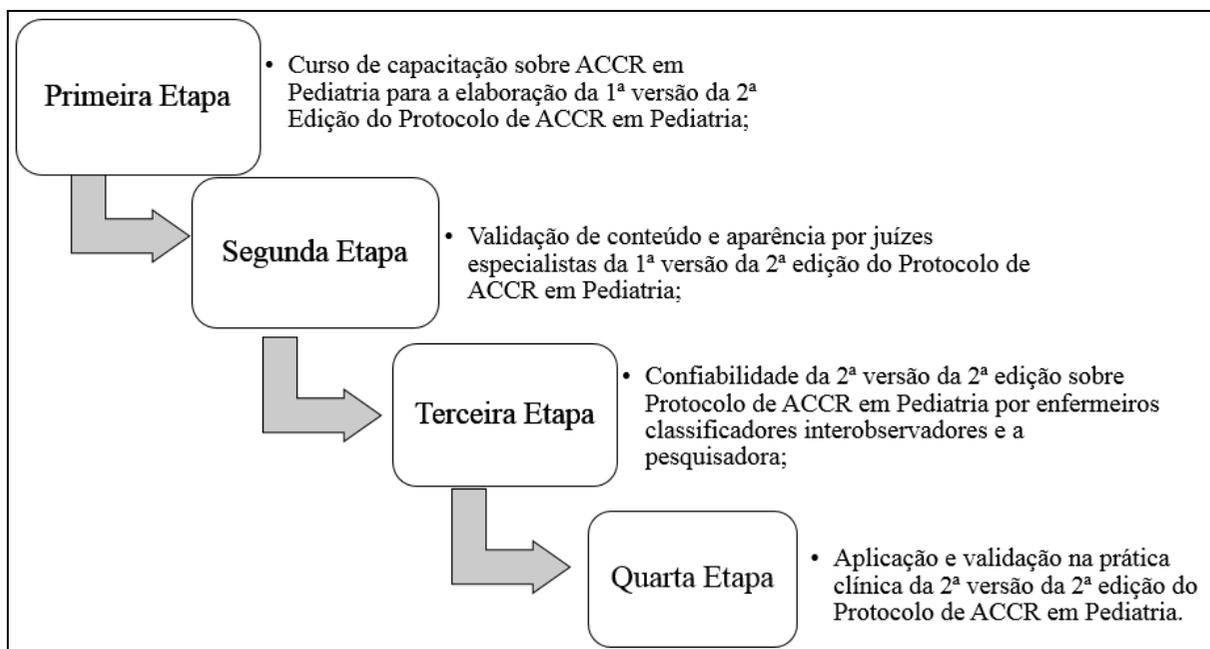
A unidade de urgência/emergência dispõe de recursos materiais a serem utilizados pelo (a) enfermeiro (a) de modo a possibilitar a realização de uma avaliação clínica do paciente pediátrico. Além de um Protocolo de ACCR em Pediatria disponível pela gerência de Enfermagem, pôsteres informativos sobre os discriminadores, indicadores clínicos de saúde, anexos de avaliação e critérios para a classificação de risco e lápis de cera coloridos (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) utilizados para sinalizar no registro da unidade a prioridade de atendimento determinada pelo enfermeiro classificador.

5.3 Etapas do estudo

Para o processo de elaboração e validação da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria na prática clínica de urgência/emergência pediátrica, utilizaram-se quatro etapas, as quais foram denominadas: primeira etapa – Curso de capacitação sobre ACCR em Pediatria para a elaboração da 1ª versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria; segunda etapa – Validação de conteúdo e aparência por juízes especialistas da 1ª versão da 2ª edição do

Protocolo de ACCR em Pediatria; terceira etapa - Confiabilidade da 2ª versão da 2ª edição sobre Protocolo de ACCR em Pediatria por enfermeiros classificadores interobservadores e a pesquisadora; quarta etapa – Aplicação e validação na prática clínica da 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria. Estas etapas estão expostas na figura 2, denominada de Fluxograma de etapas do estudo.

Figura 2 - Fluxograma de etapas do estudo. Fortaleza, 2016.



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

A coleta de dados da tese foi realizada a partir da realização dessas etapas apresentadas. Por isso, para melhor esclarecimento tem-se a descrição de cada uma dessas etapas.

5.3.1 Primeira etapa

A primeira etapa do estudo teve como propósito dar início a elaboração da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria. Esta etapa transcorreu por meio de um curso de capacitação sobre a 1ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria (ANEXO A) com os ajustes sugeridos pelos juízes avaliadores do conteúdo e aparência advindo do estudo de Magalhães (2012). Após as sugestões referidas pelo público utilizador, durante o curso de capacitação, foi realizada uma análise crítica e um aprofundamento teórico sobre os discriminadores e os

indicadores clínicos de saúde para a elaboração da 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

Para a concretização desse curso de capacitação, realizado no hospital de referência em atendimento pediátrico do município de Fortaleza-Ceará-Brasil, inicialmente foi feito um levantamento junto a coordenadoria do setor de educação permanente, do setor de vigilância epidemiológica, da diretoria clínica e da coordenação de enfermagem da instituição, quanto as necessidades de capacitação e das dúvidas frequentes dos profissionais atuantes no setor de ACCR.

Após essas informações, elaborou-se e apresentou-se, ao setor de educação permanente, um projeto de planejamento da capacitação sobre ACCR em pediatria em que constava: o objetivo do curso, os temas abordados, o público-alvo, o resumo do currículo de cada palestrante, o cronograma, a carga-horária, o orçamento do curso e o modelo de certificação. Após a aprovação desse projeto deu-se início ao processo de confirmação das datas e horários com os palestrantes, divulgação e busca-ativa dos profissionais utilizadores do Protocolo de ACCR em Pediatria.

O público utilizador desse protocolo refere-se a uma equipe multidisciplinar em saúde, composta por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais. Entretanto, nesta instituição, a classificação de risco é determinada pelo enfermeiro atuante no setor de ACCR da unidade de urgência/emergência pediátrica.

Diante disso, o intuito do curso foi apresentar a esse público utilizador a 1ª edição do protocolo de ACCR em Pediatria com os ajustes referidos no estudo de Magalhães (2012), a fim de favorecer a discussão dos itens que compõem o protocolo e identificar as contribuições advindas desse público quanto à utilização da tecnologia na prática clínica de classificação de risco de crianças e/ou adolescentes em situações de urgência/emergência.

Assim, foram confeccionados e entregues, pessoalmente, folders a cada membro da equipe multidisciplinar do ACCR e afixados cartazes do curso em locais-chaves de maior circulação dos funcionários da instituição. Após, aproximadamente, duas semanas de divulgação obteve-se o número total de 32 profissionais da saúde interessados na capacitação.

Tal curso foi planejado, elaborado e ministrado pela própria pesquisadora em conjunto com os palestrantes convidados. Teve duração de 60 horas/aula distribuídas em três fases denominadas de: 1ª Fase – Abertura e abordagem teórica; 2ª Fase: Apresentação da 1ª edição do protocolo e atividades de dispersão e; 3ª Fase – Grupo de discussão e sugestões de adequações, conforme a figura 3.

Figura 3 - Fases do Curso de Capacitação sobre o Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza, 2016.

<p>1ª Fase do Curso Abertura e abordagem teórica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abertura do Curso; • Dinâmica de apresentação e integração da equipe atuante na Unidade de urgência/emergência; • Aplicação do Pré-teste; • Abordagem do conteúdo teórico sobre ACCR; • Diretrizes sobre a Política Nacional de Humanização do SUS; • A atuação e as relações interpessoais da equipe multidisciplinar; • Protocolos de triagem para emergência hospitalar; • Apresentação do POP da prática de ACCR na Instituição; • Exame Físico direcionado à criança e ao adolescente em situação de urgência/emergência;
<p>2ª Fase do Curso Apresentação da 1ª edição do protocolo e atividades de dispersão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos itens na 1ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria com ajustes; • Apresentação da Prioridade I – Vermelho; • Apresentação da Prioridade II – Laranja; • Apresentação da Prioridade III – Amarelo; • Apresentação da Prioridade IV – Verde; • Apresentação da Prioridade V – Azul; • Atividades de dispersão do grupo utilizador na prática clínica de ACCR em Pediatria.
<p>3ª Fase do Curso Grupo de discussão e sugestões de adequações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e discussão dos casos clínicos vivenciados pelo grupo utilizador do Protocolo; • Apresentação dos Pontos fortes e limitações do ACCR; • Adequações 1ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria; • Aplicação do Pós-teste; • Avaliação do Curso de Capacitação sobre ACCR.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A 1ª fase do curso teve início com a abertura da capacitação sobre ACCR em pediatria, momento em que foram expostos itens como: os objetivos do aprendizado, a necessidade de apresentação da 1ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria com os ajustes sugeridos pelos juízes do estudo de Magalhães (2012) e a solicitação de contribuição dos participantes do curso na constituição de um grupo de discussão para a avaliação do protocolo na prática clínica de urgência/emergência pediátrica. Foi ressaltado, ainda, o conteúdo programático teórico com teor político e de humanização em saúde, tais como: Política Pública de Saúde de Humanização e Gestão do SUS, humanização na urgência/emergência e a importância das relações interpessoais da equipe; atuação da equipe multidisciplinar do ACCR (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social), apresentação da prática de ACCR (procedimento operacional padrão do acolhimento) e, exame físico direcionado à criança e ao adolescente.

Na 2ª fase apresentou-se detalhadamente o conteúdo da 1ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria com ajustes, respeitando a sequência de discriminadores clínicos em saúde, de modo a favorecer a comparação entre as características clínicas a partir das cores de classificação de risco. Para essa 2ª fase do curso propõe-se, ainda, a realização de atividades de dispersão em que os participantes foram orientados a empregar o protocolo como instrumento

facilitador na prática clínica de ACCR, assim como os enfermeiros o utilizariam para determinar a classificação de risco de cada criança e/ou adolescente que viesse à unidade em busca de atendimento.

Durante essas atividades de dispersão, os profissionais participantes do curso deveriam vivenciar o emprego do protocolo em, no mínimo, cinco casos clínicos reais na unidade de urgência/emergência, configurando uma carga horária de 24 horas. Para isso, a pesquisadora cumpriu uma escala de acompanhamento e de “tira-dúvidas” junto a tais participantes, de modo a atuar como facilitadora na utilização dessa edição do protocolo. Foi entregue e incentivado, ainda, que cada participante pudesse usar um diário de campo para registrar os casos clínicos, as dúvidas e as alterações sugeridas, as quais seriam discutidas na 3ª fase do curso.

Após a concretização das atividades de dispersão, deu-se continuidade ao curso com a 3ª fase presencial, a qual houve a formação do grupo de discussão da 1ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria na prática clínica. Este grupo foi formado por 26 profissionais, dos quais cinco eram enfermeiros, 17 técnicos de Enfermagem, dois médicos, um assistente social e um psicopedagogo. Tais profissionais obtiveram 80% ou mais de frequência, apresentaram os cinco casos clínicos realizados durante as atividades de dispersão e responderam aos 30 casos clínicos (APÊNDICE A) em 30 minutos com mais de 24 acertos o que correspondia mais de 80% de concordância na classificação de risco com o as determinações preconizadas no protocolo de ACCR em Pediatria.

Neste momento, houve um debate sobre os itens e adequações do protocolo por meio do grupo de discussão, em que os profissionais discorriam sobre sua vivência clínica no setor de ACCR e relatavam sugestões para adequações e melhorias da 1ª edição do protocolo na prática clínica. Para isso, discutiram-se os cinco casos clínicos vivenciados na prática com o emprego do protocolo, retiraram-se as dúvidas rotineiras da prática assistencial e confrontou-se assuntos gerenciais quanto aos pontos fortes e limitações da assistência na unidade de urgência/emergência pediátrica.

Procurou-se, de tal modo, aliar a vivência clínica e a experiência empírica dos participantes do curso junto ao conteúdo teórico presente no protocolo. A estratégia de interação com discussão grupal contribuiu para melhorar a clareza e a compreensão dos discriminadores de classificação de risco, além de esclarecer indicadores clínicos de saúde contidos no protocolo que geraram dúvidas durante a aplicação na prática. Tais contribuições foram registradas, pela pesquisadora, em um diário de campo com uma versão impressa da 1ª Edição do Protocolo de ACCR com os ajustes.

Como consolidação dessa primeira etapa do estudo e com o intuito de elaborar a 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, a pesquisadora realizou um aprofundamento teórico dos discriminadores e dos indicadores clínicos de saúde presentes na 1ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria juntamente com as sugestões de adequações e melhorias referidas pelos profissionais participantes do Curso de ACCR em Pediatria.

Para esse aprofundamento teórico dos itens em discussão utilizou a busca na literatura em: bases de dados científicos, livros, teses, dissertações e em revisões de instrumentos de classificação de risco e/ou triagem como nos protocolos do *MTS* e da *CPTAS* os quais já foram validados e considerados padrão-ouro para a urgência/emergência e para a pediatria. Estes embasaram os aspectos técnico-científicos do protocolo no que concerne à padronização e à organização dos termos utilizados como discriminadores e indicadores clínicos de saúde, com o cuidado de não modificar bruscamente a edição primária do protocolo. Os itens foram apresentados em quadros e para isso conclui-se a 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

5.3.2 Segunda etapa

A seguir à primeira etapa houve a necessidade de avançar para a validação dessa 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria. Para isso, buscou-se a contribuição dos juízes especialistas em ACCR e em Pediatria, a fim de avaliar a simplicidade, a clareza e a relevância do conteúdo e da aparência do protocolo.

Foi iniciada a segunda etapa do estudo, denominada de Validação de conteúdo e aparência por juízes especialistas da 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

A validade de aparência ou de face trata de uma forma subjetiva de validar um instrumento ou uma estratégia, consistindo no julgamento quanto à clareza e à compreensão. Contudo, por ser considerada uma avaliação superficial, não deve ser utilizada como um critério isolado (PASQUALI, 2011). Dessa forma, realizou-se também a validade de conteúdo, a qual verifica se os conceitos estão representados de maneira adequada, bem como se os itens/textos do instrumento são representativos dentro do universo de todo o produto (POLIT; HUNGLER; BECK, 2011).

Para Rubio *et al.* (2003) e Capellari (2007), essa validação por meio da análise de juízes especialistas é relevante, pois expressa informações fundamentais para condução da validação de conteúdo, tendo em vista que provêm de uma retroalimentação construtiva sobre a qualidade da medida, bem como oferece sugestões concretas para o aperfeiçoamento do instrumento.

Para a realização desse aperfeiçoamento por meio da validação de conteúdo e aparência foi fornecido aos juízes especialistas um kit contendo, os seguintes documentos: carta-convite, explicitando as informações sobre o Protocolo de ACCR em Pediatria e objetivos do estudo (APÊNDICE B); termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE C); questionário para a caracterização dos juízes (APÊNDICE D) e um instrumento de validação (APÊNDICE E) que avaliava os seguintes critérios: simplicidade, clareza e relevância (“-1: Discordo”, “0: Não concordo, nem discordo” e “+1: concordo), havendo um espaço destinado a sugestões.

Os dados foram organizados, processados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 com utilização dos cálculos do IVC aplicados no instrumento de validação da 1ª versão da 2ª edição do Protocolo, por meio da soma dos indicadores marcados pelos com variação de - 1 a 1. Considera-se válido o item cuja concordância entre os juízes apresente IVC igual ou superior a 0.80, quanto à simplicidade, clareza e relevância. E, ainda, incluiu-se uma coluna de sugestões em que os juízes pudessem descrever a necessidade de uma pequena revisão (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2006; ORIÁ, 2008; ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

A seleção da amostra de juízes especialistas foi estabelecida por amostragem intencional dos sujeitos conhecedores dos atributos do instrumento de pesquisa e sobre ACCR em Pediatria. Conforme Polit, Beck e Hungler (2010) tal método é considerado vantajoso quando se tem um instrumento, como é o caso do Protocolo de ACCR em Pediatria e que ainda é pouco utilizado na prática clínica.

A insuficiente uniformidade nos critérios para se considerar um sujeito como juiz especialista tem sido foco de preocupação de vários autores, ensejando questionamentos e sugestões sobre o perfil de um juiz, como número de anos de experiência clínica; tempo de graduação; titulação; experiência com pesquisa e em publicações sobre o tema estudado; e local de atuação, dentre outros (FEHRING, 1994; O’CONNELL, 1995).

Para Grant e Davis (1997), é importante o uso de critérios para selecionar os juízes especialistas e, para Fehring (1994) estes precisarão alcançar pontuação igual ou superior a cinco até 14 pontos. Para o presente estudo, adaptaram-se a pontuação e os critérios de Magalhães (2012), sendo: ter desenvolvido dissertação/ tese sobre emergência pediátrica e/ou ACCR; ter artigo publicado em periódicos relacionado à emergência e/ou pediatria nos últimos cinco anos; ter participado de projeto de pesquisa relacionado à emergência e/ou ACCR, nos últimos cinco anos; ter prática clínica na área em unidade de urgência/emergência, conforme quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de seleção de juízes especialistas para análise da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza, 2016.

Critérios	Pontos
Ter desenvolvido dissertação sobre emergência pediátrica e/ou ACCR	1
Ter desenvolvido tese sobre emergência pediátrica e/ou ACCR	2
Ter artigo publicado em periódicos relacionado à emergência e/ou pediatria nos últimos cinco anos	1 ponto/artigo, máximo de 4 pontos
Ter participado de projeto de pesquisa relacionado à emergência e/ou ACCR, nos últimos cinco anos	1 ponto/ano, máximo de 3 pontos
Ter prática clínica na área em unidade de urgência/emergência	1 ponto/ano, máximo de 4 pontos

Fonte: Magalhães 2012.

Quanto ao número ideal de juízes especialistas para o processo de validação de conteúdo, a literatura é diversa. Lynn (1986) e Westmoreland *et al.* (2000) afirmam que o número irá depender da acessibilidade e disponibilidade. Lynn (1986) e Bojo *et al.* (2004) ressaltam que quanto maior o número de juízes, maior a chance de discordância e que caso o painel destes seja inferior a três, há a necessidade da concordância total sobre os itens.

Diante dessas considerações, foram selecionados 3 juízes especialistas para a concretização dessa segunda etapa. Vale ressaltar que, após a confirmação de participação desses juízes especialistas, foi estabelecido um prazo de 10 dias para a devolução do instrumento de avaliação devidamente preenchido. Caso não houvesse retorno, era fornecido prazo de mais cinco dias com o envio de e-mail para lembrá-lo da participação na Tese. Destaca-se que esse primeiro prazo foi cumprido conforme pré-estabelecido.

Após as sugestões referidas pelos juízes especialistas, as quais foram apresentadas em tópicos e quadros, foi elaborada a 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, a partir da qual se iniciou a terceira etapa denominada de confiabilidade interobservadores com os enfermeiros classificadores atuantes no serviço de urgência/emergência pediátrica.

5.3.3 Terceira etapa

A terceira etapa do estudo foi denominada de Confiabilidade da 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria por enfermeiros classificadores interobservadores e

a pesquisadora. Essa etapa decorreu da necessidade de evidenciar a confiabilidade e o grau de correlação da classificação de risco determinadas por dois enfermeiros classificadores interobservadores treinados (ECIT-1 e ECIT-2) e a Pesquisadora, bem como a classificação determinada por dois enfermeiros classificadores interobservadores não-treinados (ECINT-1 e ECINT-2) e a Pesquisadora.

Foi realizada de forma individualizada e em momentos diferentes entre os enfermeiros e a pesquisadora, aplicando-se juntamente com as crianças e/ou adolescentes que buscavam atendimento na unidade de urgência/emergência. Ou seja, a coleta de dados iniciou com o ECINT-1 realizando a avaliação da criança e/ou adolescente com a determinação da prioridade de atendimento de cada um, de modo que a pesquisadora apenas observava, captava as informações descritas pelo enfermeiro e seguia a prioridade de atendimento preconizada pela 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, conforme a situação clínica de cada paciente. Esse processo se repetiu com as 100 crianças avaliadas pelo ECINT-1. Após o término dessa coleta iniciou este mesmo processo com o ECINT-2, a pesquisadora e suas 100 respectivas crianças e/ou adolescentes, bem como com o ECIT-1, a pesquisadora e as outras 100 crianças e/ou adolescentes e, por fim o ECIT-2, a Pesquisadora e as demais 100 crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência.

Desse modo, chegou-se ao total de 400 classificações na etapa de confiabilidade interobservadores. E, compreendendo ao todo um período de cerca de 8 meses para a coleta de dados, já que se respeitou a escala e a disponibilidade dos enfermeiros classificadores, além de que houve meses com poucas crianças e/ou adolescentes que buscaram atendimento na referida instituição.

Para a seleção dos ECINT houve um contato com a coordenação de enfermagem da instituição e com os enfermeiros escalados no período da coleta discorrendo, pessoalmente, sobre os objetivos do estudo, com vistas a encontrar colaboradores para a pesquisa.

Dentre os critérios de inclusão para esses enfermeiros teve-se: não ter participado do curso de capacitação sobre ACCR em Pediatria, ter no mínimo dois anos de experiência e estar escalado no setor de ACCR da instituição no período da coleta de dados. Como critérios de exclusão teve-se: estar de férias, em licença gestante ou saúde em tal período. Após essa seleção, identificaram-se quatro enfermeiros não treinados que se dispuseram a contribuir, porém, no decorrer da coleta houve uma desistência e uma licença saúde no período. Obteve-se, assim, apenas dois ECINT, sendo combinado com cada um destes que a pesquisadora iria coletar os dados conforme sua escala pré-estabelecida pela coordenação de enfermagem.

A partir da aceitação de tais enfermeiros foi realizada uma conversa de, aproximadamente, duas horas, para que houvesse uma apresentação da 2ª versão da 2ª edição do

Protocolo de ACCR em Pediatria e dos instrumentos de coleta de dados para a etapa de confiabilidade interobservadores. Foi entregue, ainda, a cada ECINT o instrumento com os 30 casos clínicos (APÊNDICE A) de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência, a ser respondido em 30 minutos. Os dois enfermeiros obtiveram 80% de acertos dos casos clínicos, visando que os enfermeiros, conhecessem a 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

Ainda nesse primeiro encontro foi entregue uma pasta contendo: a 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria colorida, o instrumento de caracterização dos enfermeiros classificadores (APÊNDICE F) e um bloco com 100 instrumentos para a determinação da classificação de risco de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência (APÊNDICE G). Desse modo, foram acordados os encontros posteriores, com cada um destes enfermeiros de modo a dar continuidade na coleta de dados dos ECINT e a pesquisadora.

Após a finalização da coleta de dados com os ECINT, que durou cerca de 4 meses, foi iniciado a coleta de dados com os ECIT. Para esses enfermeiros treinados teve-se como critério de inclusão: ter participado com mais de 80% de frequência do curso de capacitação sobre ACCR em Pediatria e do grupo de discussão para a melhoria da aplicabilidade do Protocolo. Como critérios de exclusão teve-se: estar de férias, em licença gestante ou saúde e ser profissional temporário em tal período da coleta de dados.

Dos cinco enfermeiros que participaram do curso de capacitação, apenas dois foram selecionados e aceitaram contribuir com esta etapa do estudo. Diante disso, a pesquisadora acordou os demais encontros com tais enfermeiros e os entregou a mesma pasta que foi confiada aos ECINT contendo: a 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria colorida, o instrumento de caracterização dos enfermeiros classificadores (APÊNDICE F) e um bloco com 100 instrumentos de classificação de risco (APÊNDICE G).

Os instrumentos de coleta de dados para essa etapa foram: caracterização dos enfermeiros classificadores (APÊNDICE F) contendo: idade média, gênero, escolaridade, tempo de experiência em pediatria, tempo médio de experiência em classificação de risco; participação do Curso de Capacitação sobre ACCR em Pediatria; utilização do Protocolo de ACCR em Pediatria; relevância do Protocolo de ACCR em Pediatria; dificuldade na utilização da 3ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria e; opinião sobre essa versão. E foi entregue, também, o instrumento de classificação de risco (APÊNDICE G), o qual continha os dados de identificação e de classificação de risco da criança e/ou adolescentes como: gênero, idade (em meses), escolaridade, sinais vitais, dados antropométricos, queixa principal, tempo de

classificação, tempo de espera para atendimento médicos, discriminadores clínicos, escala de dor e determinação da classificação de risco a partir das cinco cores do protocolo.

Vale ressaltar que a pesquisadora obteve tais dados de forma individualizada e em momentos diferentes, onde houve abordagem dos responsáveis das crianças e/ou adolescentes que buscavam atendimento e explicavam-se os objetivos do estudo e entregava-se o TCLE para esses participantes, respeitando-se os aspectos éticos e legais.

Para a seleção de crianças e/ou adolescentes teve-se como critério de inclusão: buscar atendimento no referido setor de ACCR, apresentar situação de urgência/emergência e estar com um acompanhante. Como critério de exclusão, tem-se: buscar atendimento eletivo com médico, enfermeiro (puericultura), fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.

Para o cálculo dessa amostra foi considerado as recomendações do coeficiente de concordância de *Kendall* que é usado em análise de concordância de atributos e indica o grau de associação de avaliações ordinais feitas por vários avaliadores quando avaliam as mesmas amostras (MINITAB, 2016).

Tal coeficiente de *Kendall* indicou, no mínimo, 96 crianças e/ou adolescentes como suficiente para responder o tamanho amostral para cada enfermeiro classificador interobservador. Porém, decidiu-se selecionar uma amostra total de 100 crianças e/ou adolescentes para cada ECIT (1 e 2) e ECINT (1 e 2). Ou seja, cada enfermeiro avaliou e classificou 100 crianças e/ou adolescentes, configurando uma amostra final de 400 crianças e/ou adolescentes em atendimentos no setor de ACCR em Pediatria.

Para a análise dos dados dessa terceira etapa de confiabilidade interobservadores foi realizado um compilado das informações, separadamente, por enfermeiros treinados com a pesquisadora e outro por enfermeiros não treinados com a pesquisadora no SPSS, versão 21.0.

Para análise da confiabilidade da 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria empregou-se o coeficiente kappa. O coeficiente kappa é um método que avalia a confiabilidade interobservadores, ou seja, é a capacidade que um mesmo instrumento, aplicado por dois ou mais observadores, tem de alcançar os mesmos resultados (KOTZ, JOHNSON, 1983; SALMOND, 2008).

É imprescindível apresentar os valores de confiabilidade quando os dados são avaliados pela técnica de observação ou quando se tem mais de um observador/enfermeiro classificador (BURNS; GROVE, 1997; VIEIRA, 1998), porém não substitui a validação de instrumentos, devendo, portanto, ser utilizada de forma complementar (PERROCA; GAIDZINSKI, 2003; DEVON *et al.*, 2007).

Conforme Landis e Koch (1977), tem-se seis classificações de concordância, conforme o índice de kappa, cujos valores encontram-se no quadro 3.

Quadro 3 – Valores de Kappa e suas respectivas interpretações. Fortaleza, 2016.

Valores do Kappa	Interpretação
<0	Concordância pobre
0-0.19	Concordância leve
0.20-0.39	Concordância considerável
0.40-0.59	Concordância moderada
0.60-0.79	Concordância substancial
0.80-1.00	Concordância excelente

Fonte: Landis e Koch (1977).

A partir do quadro 3, para interpretação do teste kappa, foram considerados os seguintes valores de concordância: 0: Pobre; 0 a 0,19: Leve; 0,20 a 0,39: Considerável; 0,40 a 0,59: Moderada; 0,60 a 0,79: Substancial; 0,80 a 1: Excelente.

Assim, recomenda-se que os valores de kappa sejam superiores a 0,60, concordância substancial, para que se obtenham resultados confiáveis. Caso os valores sejam inferiores a 0,60, deve-se questionar o nível de concordância entre os juízes ou a adequação do instrumento utilizado.

Tais dados foram, posteriormente, organizados e apresentados em quadros e em tabelas. Assim, a análise e a interpretação dos dados encontrados, foram fundamentadas na literatura pertinente, sendo mantida a 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, já que os enfermeiros acreditavam que esta versão estava ótima para a prática clínica e que não havia necessidades de ajustes.

5.3.4 Quarta etapa

A quarta etapa do estudo, denominada de Aplicação e validação na prática clínica da 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR foi realizada pela pesquisadora com a utilização do protocolo. A população desta etapa do estudo foi composta por todas as crianças e/ou adolescentes que buscassem atendimento na referida instituição. Para isso, considerou-se como população de pacientes pediátricos número de 8.034 atendimentos por mês, no período de junho de 2014 a julho de 2015, na unidade de urgência/emergência, disponibilizado pelo Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME) da Instituição.

A amostra foi determinada a partir do cálculo do tamanho amostral e sendo considerado o cálculo de amostra em estudos transversais de população finita, tendo um total de 191 atendimentos de crianças e/ou adolescentes no período de 2014/2015, conforme dados institucionais.

Cálculo do tamanho amostral:

$$n = \frac{Z\alpha^2.P.Q.N}{Z\alpha^2.P.Q + (N-1).E^2}$$

Onde:

n: tamanho da amostra

Z α : nível de significância em desvio-padrão

P: prevalência dos casos

Q: complementar da prevalência (1-P)

N: tamanho da população

E: erro amostra

Foram considerados como parâmetros: nível de significância do estudo de 95% (Z α = 1,96); prevalência de 75% de crianças e/ou adolescentes atendidas no setor de ACCR; com 15% de perdas da amostra; um erro amostral de 5%, determinando o tamanho da amostra de 191 crianças e/ou adolescentes. Porém, a fim de arredondar esse número optou-se por realizar a pesquisa com 200 participantes nesta quarta etapa do estudo.

Para a seleção de crianças e/ou adolescentes para esta etapa do estudo, considerou-se, como na etapa anterior, tais critério de inclusão: buscar atendimento na referida unidade de urgência/emergência pediátrica e estar com um acompanhante. Como critério de exclusão, teve-se: buscar atendimento eletivo com médico, enfermeiro (puericultura), fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.

A coleta de dados, desta etapa, iniciou-se após um acordo realizado com a pesquisadora e a coordenação de enfermagem da instituição, nos horários diurnos possíveis de utilização de uma sala privativa para que pudesse realizar a avaliação e classificação de risco das crianças e/ou dos adolescentes em situação de urgência/emergência individualmente, de modo a não prejudicar a rotina do serviço. O período de coleta de dados dessa etapa transcorreu por cerca de 3 semanas. Para a coleta de dados utilizou-se um bloco com 200 instrumentos de classificação de risco (APÊNDICE G) e a 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excell*, em seguida transcritos e analisados com o auxílio do *SPSS*, versão 21.0, e mediante estatística descritiva, por meio de frequência absoluta, relativa, média e desvios-padrão e análise da razão de chance.

A razão de chance avalia a proporção de chance de existir um discriminador clínico e a sua correspondência com a classificação de risco por meio das cores que preconizam a prioridade de atendimento descritas no Protocolo de ACCR em Pediatria. Ou seja, a razão de chance é definida como a razão entre a chance de um evento ocorrer em um grupo e a chance de ocorrer em outro grupo. Chance ou possibilidade é a probabilidade de ocorrência deste evento dividida pela probabilidade da não ocorrência do mesmo evento. Esses grupos podem ser, por exemplo, amostras de pessoas com ou sem uma doença, no qual se quer medir a chance dessa pessoa ter sido exposta a um determinado agente (FRANCISCO *et al*, 2008).

Na tese foi utilizada a classificação de risco mais urgente para o menos urgente, como por exemplo: laranja *versus* azul, amarelo *versus* azul e verde *versus* azul. Portanto, utilizaram-se as probabilidades de um evento em cada um dos grupos forem p (primeiro grupo) e q (segundo grupo), então a razão de chance é:

$$\frac{p/(1-p)}{q/(1-q)} = \frac{p(1-q)}{q(1-p)}$$

Uma razão de chance de 1 indica que a condição ou evento sob estudo é igualmente provável de ocorrer nos dois grupos. Uma razão de chances maior do que 1 indica que a condição ou evento tem maior probabilidade de ocorrer no primeiro grupo. Finalmente, uma razão de chances menor do que 1 indica que a probabilidade é menor no primeiro grupo do que no segundo. Portanto, a razão de chances precisa ser igual ou maior que zero (FRANCISCO *et al.*, 2008).

Esses dados foram organizados e apresentados em tabelas e quadros. Bem como, com interpretação mediante literatura pertinente e correlação das variáveis. Resultando, ao final dessa quarta etapa do estudo a 3ª e última versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

5.4 Aspectos éticos e legais

O estudo respeitou os princípios da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), assim como os princípios éticos em pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com aprovação

para seu desenvolvimento, sob parecer nº 1.282.924 e CAAE nº 49076915.7.0000.5054 (ANEXO B).

A referida resolução considera 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; progresso da ciência e da tecnologia, que desvendou outra percepção da vida, dos modos de vida, com reflexos não apenas na concepção e no prolongamento da vida humana, como nos hábitos, na cultura, no comportamento do ser humano nos meios reais e virtuais disponíveis e que se alteram e inovam em ritmo acelerado e contínuo. Bem como o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida e promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para presentes e futuras gerações; assim como a liberdade e a autonomia do ser humano (BRASIL, 2012).

A pesquisa respeitou o princípio do respeito pela dignidade humana, visto que os participantes foram esclarecidos quanto aos propósitos do trabalho, podendo decidir livremente sobre a participação. Foi respeitado, também, o direito de desistência no decorrer do estudo, se assim o quiser. E o anonimato foi garantido e assegurada a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, garantindo a utilização das informações em benefício das pessoas e utilizadas apenas no âmbito deste estudo, respeitando, assim, o princípio da justiça.

Os juízes foram abordados individualmente e realizados esclarecimentos sobre os objetivos e as etapas do estudo, de modo que aqueles que aceitaram participar assinaram o TCLE entregue junto no kit de avaliação para os enfermeiros interobservadores classificadores, conforme referido, anteriormente, respeitando os preceitos éticos e legais.

Para avaliação da criança e/ou adolescente, a pesquisadora abordou seus pais/acompanhantes, esclarecendo os objetivos da pesquisa e convidou a participar do estudo. Aqueles que concordarem, também assinaram o TCLE, sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo. Os que se recusarem em participar seguiram o fluxo próprio do serviço.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para os resultados e discussões, seguiram-se o cumprimento das etapas referidas na trajetória metodológica. Assim, os resultados estão expostos consoante cada etapa da pesquisa, com o propósito de defender que o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria é considerado uma tecnologia de saúde válida e confiável na prática clínica para determinar a classificação do risco, de modo a minimizar as complicações e o risco de morte de crianças e adolescentes em situação de urgência/emergência.

A apresentação dos resultados terá sua discussão associada a partir das quatro etapas referidas, anteriormente, as quais são: primeira etapa – Curso de capacitação sobre ACCR em Pediatria; segunda etapa – Validação de conteúdo e aparência por juízes especialistas da 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria; terceira etapa - Confiabilidade da 2ª versão da 2ª edição sobre Protocolo de ACCR em Pediatria por enfermeiros classificadores interobservadores e a pesquisadora; quarta etapa – Aplicação e validação na prática clínica da 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

6.1 Primeira etapa: curso de capacitação sobre ACCR em Pediatria

O resultado da primeira etapa denominada de curso de capacitação sobre ACCR em Pediatria foi decorrente das sugestões e dos itens em discussão grupal do público utilizador da 1ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria com os ajustes advindos das sugestões dos juízes especialistas do estudo de Magalhães (2012).

Nesta etapa, foi possível readequar, clarificar e organizar itens para a elaboração da 2ª Edição do protocolo com correspondente confrontação com a literatura pertinente, a fim de justificar as devidas alterações. A primeira etapa do estudo teve como produto a 1ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

Dentre as principais alterações decorrentes do Curso de capacitação sobre ACCR em Pediatria tem-se: inclusão da lista de abreviações e do índice dos itens do Protocolo; revisão dos conceitos de emergência e urgência; introdução dos itens: “Apresentação do Protocolo” e “Potenciais utilizadores; exclusão do item “Responsabilidades da equipe de acolhimento com classificação de risco” e agregação de algumas de suas descrições no item “Competências da Equipe de Classificação de Risco”; reformulação do objetivo geral e dos operacionais do Protocolo; detalhamento dos itens: “Organização do processo de atendimento” e “Avaliação do usuário de saúde”; exclusão do item “Modelo de documentação”; atualização dos referenciais teóricos utilizados para a elaboração do Protocolo; reformulação do Fluxograma de atendimento

do Protocolo de ACCR em Pediatria; inclusão de um quadro com as cores de classificação de risco com a descrição para a prioridade de atendimento; disposição dos discriminadores de classificação de risco por ordem alfabética; padronização dos discriminadores de classificação de risco por situação clínica; organização e uniformização dos indicadores clínicos de saúde por tópicos; inclusão dos tópicos de atenção em cada cor de classificação de risco e revisão, correção ortográfica e gramatical do texto, conforme exposto no quadro 4 .

Quadro 4 – Alterações para a elaboração da 1ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza, 2016.

Adequações para a 1ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria	
1.	Inclusão da lista de abreviações e do índice dos itens do Protocolo;
2.	Revisão dos conceitos de emergência e urgência;
3.	Introdução dos itens: “Apresentação do Protocolo” e “Potenciais utilizadores;
4.	Exclusão do item “Responsabilidades da equipe de acolhimento com classificação de risco” e agregação de algumas de suas descrições no item “Competências da Equipe de Classificação de Risco”;
5.	Reformulação do objetivo geral e dos operacionais do Protocolo;
6.	Detalhamento dos itens: “Organização do processo de atendimento” e “Avaliação do usuário de saúde”;
7.	Exclusão dos itens “Modelo de documentação” e “Notas”;
8.	Atualização dos referenciais teóricos utilizados para a elaboração do Protocolo;
9.	Reformulação do Fluxograma de atendimento do Protocolo de ACCR em Pediatria;
10.	Inclusão de um quadro com as cores de classificação de risco com a descrição para a prioridade de atendimento;
11.	Disposição dos discriminadores de classificação de risco por ordem alfabética;
12.	Padronização dos discriminadores de classificação de risco por situação clínica;
13.	Organização e uniformização dos indicadores clínicos de saúde por tópicos;
14.	Inclusão dos tópicos de atenção em cada cor de classificação de risco;
15.	Revisão, correção ortográfica e gramatical do texto.

Fontes: Dados da pesquisa (2016).

Como referido, foi preciso fundamentar tais alterações em uma abordagem técnico-científica, de modo a contextualizar o Protocolo de ACCR em Pediatria como um importante instrumento para a determinação e a organização da prioridade de atendimento médico no

enfrentamento de diversos problemas clínicos de crianças e/ou adolescentes em situações de urgência/emergência e na gestão desses serviços.

O presente instrumento foi orientado por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, com fundamentação teórica em estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas, os quais propõem organização e padronização de condutas clínicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares (WERNECK; FARIAS; CAMPOS, 2009).

Estudiosos defendem que os protocolos fortalecem a prática do cuidado, buscando a qualidade em saúde, sendo considerados como tecnologias construídas e elaboradas a partir de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas e na vivência dos profissionais da equipe multidisciplinar. Para isso, exige-se que esse profissional tenha competência técnica, habilidades políticas do trabalho, compreensão das demandas sociais, econômicas, culturais, familiares e afetivas com tentativa de atender as necessidades de saúde da população assistida (CHIESA, 2003; FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014).

No que se refere à inclusão da lista de abreviações e do índice dos itens do Protocolo, presente no Anexo C seguiu as normas técnicas para elaboração de instrumento científico em que a norma técnica nº 6024 de 2002, a qual estabelece que o conteúdo científico deve seguir um sistema de numeração progressiva das seções de documentos escritos, de modo a expor numa sequência lógica o interrelacionamento da matéria e a permitir sua localização. Esta Norma se aplica à redação de todos os tipos de documentos escritos, independentemente do seu suporte, com exceção daqueles que possuem sistematização própria (dicionários, vocabulários etc.) ou que não necessitam de sistematização (obras literárias em geral) (NBR 6024, 2002).

Sobre a revisão do conceito emergência e urgência foi necessário clarificar que ambos os termos se referem aos agravos à saúde que necessitam de atenção médica imediata ou mediata (ROMANI *et al.*, 2009). As alterações desse item estão expostas no quadro 5.

Quadro 5 – Alterações no item “Conceitos de emergência e urgência”. Fortaleza, 2016.

1ª Edição	2ª Edição
<p style="text-align: center;">CONCEITOS</p> <p>O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1451/95 define como:</p> <p>URGÊNCIA – “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”;</p> <p>EMERGÊNCIA – “constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.</p>	<p style="text-align: center;">CONCEITOS</p> <p>O termo emergência se refere à ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, cujo portador necessita de atenção imediata, a fim de se garantir a integridade das funções vitais básicas; e o termo urgência corresponde à condição de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, cujo portador necessita de intervenção rápida e efetiva, estabelecida por critérios médicos previamente definidos, mediante procedimentos de proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas. Ou seja, ambos os termos se referem aos agravos à saúde que necessitam de atenção médica imediata (ROMANI <i>et al.</i>, 2009).</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Quanto à introdução dos itens: “Apresentação do Protocolo” e “Potenciais utilizadores” presente no Anexo C. A apresentação do protocolo justificou-se pela necessidade de clarificar o significado do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria, com esclarecimento de Mafra *et al.* (2008) em que se trata de um instrumento de tecnologia em saúde baseado em discriminadores (queixa principal) e indicadores clínicos de saúde (manifestações clínicas associadas) com forma usual de apresentação de doenças e/ou agravos. Incluiu-se, também, a finalidade do protocolo como forma de possibilitar a classificação da prioridade de atendimento por meio de critérios de risco e por uma avaliação direcionada à gravidade ou ao grau de sofrimento da criança e/ou adolescente, identificando, prontamente, os pacientes em situação de urgências/emergências.

No que se refere aos “Potenciais utilizadores”, no Anexo C, foram apontados os profissionais que utilizam na sua prática clínica o protocolo, dentre eles destacam-se: enfermeiros, médicos e profissionais da saúde que estejam dotados de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

Ressaltou-se que, na prática clínica, o profissional que mais realiza a classificação de risco são os enfermeiros. Portanto, de acordo com o artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 423/2012, no âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e a priorização da assistência em serviços de urgência/emergência são privativas do enfermeiro. Para executar essas atividades, o enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos,

competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento e para realização da avaliação em enfermagem no ACCR (COFEN, 2012).

A exclusão do item “Responsabilidades da equipe de acolhimento com classificação de risco” foi decorrente da repetição de informação no item “Competências da Equipe de Classificação de Risco” por isso, algumas de suas descrições foram embutidas em competências da equipe, conforme o quadro 6.

Quadro 6 – Alterações no item “Competências da Equipe de Classificação de Risco”. Fortaleza, 2016.

1ª Edição	2ª Edição
<p data-bbox="191 739 781 845" style="text-align: center;">RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</p> <ul data-bbox="207 878 764 1164" style="list-style-type: none"> • Receber paciente e família de forma solidária e acolhedora. • Fazer avaliação breve. • Classificar paciente em prioridades usando protocolo padronizado. • Registrar avaliação. • Encaminhá-lo ao local de atendimento. • Comunicar atrasos a pacientes e familiares • Reavaliar conforme o protocolo (processo dinâmico). <p data-bbox="191 1227 781 1333" style="text-align: center;">COMPETÊNCIAS E HABILIDADES NECESSÁRIAS À EQUIPE</p> <p data-bbox="207 1366 764 1752">Qualificação por treinamento para a atividade proposta e experiência em urgência e emergência. Habilidades importantes: capacidade de comunicação, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia, SAMU e CORPO DE BOMBEIROS, paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade.</p>	<p data-bbox="841 739 1338 808" style="text-align: center;">COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO</p> <p data-bbox="813 845 1372 1134">O acolhimento com classificação de risco deve ser executado por uma equipe multiprofissional da saúde formada por: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, assistente social e médico. Deverá haver salas próprias para enfermagem e para o serviço social com horário de atendimento contínuo.</p> <p data-bbox="813 1141 1372 1466">O profissional classificador ou triador precisa ter habilidade e sensibilidade para analisar as informações e as expressões do usuário de saúde à situação de urgência e emergência, além de manter uma postura ética, empatia, comunicação adequada e transmitir segurança para o usuário, acompanhante e família.</p> <p data-bbox="813 1473 1372 1903">É durante o levantamento de dados do processo de classificação de risco que o profissional identifica os sinais de alerta e os indicadores clínicos de saúde relacionados às condições de risco para complicações ou morte nas filas de espera. Por isso, os profissionais precisam demonstrar familiaridade com o perfil da demanda, preparo técnico e emocional para avaliar, além de favorecer orientações à criança, ao adolescente e ao responsável quando necessário.</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Como competências técnicas e científicas dos potenciais utilizadores do Protocolo de ACCR em Pediatria têm-se: realizar o acolhimento com escuta ativa; ter comunicação efetiva

e simplificada; prestar cuidados ao paciente politraumatizado, com alterações hemodinâmicas, respiratórias e cardíacas que condicionem risco iminente de morte; atitudes de liderança da equipe de saúde; formação específica para o público e atuar no ambiente pré e intra hospitalar (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Sobre o profissional classificador, a habilidade exigida é a sensibilidade ao analisar as informações e as expressões de comunicação verbal e não verbal, por exemplo, do paciente diante da situação de urgência/emergência, além da necessidade de manter uma postura ética, empática, com comunicação adequada, assim como transmitir segurança para o paciente, o acompanhante e a família.

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

Durante a investigação criteriosa, individualizada e direcionada, o profissional classificador identifica os discriminadores e os indicadores clínicos de saúde relacionados às condições de risco para possíveis complicações ou morte nas filas de espera. Daí a importância desses profissionais demonstrarem familiaridade com o perfil da demanda, preparo técnico e emocional para avaliar e tomar a decisão, favorecer orientações à criança, ao adolescente e ao responsável, sempre que necessário.

Considerando os agravos de saúde da população, é relevante identificar as necessidades individuais das pessoas que buscam o atendimento de saúde (MAFRA *et al* 2008). Trata-se de uma prática de reorganização dos serviços de saúde, permitindo a determinação de prioridades de atendimento em que a equipe multiprofissional em suas intervenções assume postura capaz de acolher, escutar e se comprometer em dar respostas adequadas aos problemas do paciente (BRASIL, 2009; RODRIGUES; PEDROSO e OLIVEIRA, 2008).

No que se refere ao objetivo geral e aos operacionais do Protocolo, houve a reformulação do item, de modo a clarificar os objetivos conforme os resultados esperados, como descrito no quadro 7.

Quadro 7 – Alterações dos objetivos geral e operacionais. Fortaleza, 2016.

1ª Edição	2ª Edição
<p style="text-align: center;">OBJETIVO GERAL</p> <p>Melhorar o atendimento nas Portas de Entrada de Urgência e Emergência Pediátricas dos Hospitais Municipais de Fortaleza - Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVOS OPERACIONAIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Construir instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências (condições de risco de perder a vida); 2- Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança; 3- Organizar processo de trabalho e espaço físico do pronto-socorro; 4- Diminuir ocorrência de superlotação; 5- Esclarecer à comunidade quanto à forma de atendimento nas urgências e emergências e tempo de espera, atendendo suas expectativas; 6- Estabelecer guia de qualificação das equipes na implementação da classificação de risco nas portas de entrada de urgência e emergência; 7- Constituir documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência em pediatria; 	<p style="text-align: center;">OBJETIVO GERAL</p> <p>Determinar a prioridade de atendimento da criança ou adolescente em situação de urgência e emergência a partir da identificação do risco de complicações e morte nas filas de espera, utilizando-se de cinco cores: vermelho – Prioridade I, vermelho/laranja – Prioridade II, amarelo, verde e azul, com o intuito de melhoria no atendimento de saúde nas Portas de Entrada de Urgência e Emergência Pediátricas dos Hospitais Municipais de Fortaleza - SUS com redução dos riscos de complicações e morte de crianças e adolescentes.</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVOS OPERACIONAIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Determinar a prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança; 2- Organizar processo de trabalho e espaço físico do pronto-socorro; 3- Reduzir ocorrência de superlotação; 4- Esclarecer à comunidade quanto à forma de atendimento nas urgências e emergências e tempo de espera, atendendo suas expectativas; 5- Estabelecer guia de qualificação das equipes na implementação da classificação de risco nas portas de entrada de urgência e emergência; 6- Utilizar o protocolo como uma tecnologia em saúde de referência para o Ministério Público na determinação do atendimento dos casos de urgência e emergência em pediatria;

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Para o alcance de uma tecnologia adequada e favorável a prioridade de atendimento de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência foi necessário descrever o objetivo geral do protocolo, o qual foi determinar a prioridade de atendimento da criança ou adolescente em situação de urgência/emergência, a partir da utilização de cinco cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), com o intuito de melhoria no atendimento de saúde nas unidades

de urgência/emergência pediátricas com redução dos riscos de complicações e morte de crianças e adolescentes.

Além disso, na 1ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, foi necessário apresentar os objetivos operacionais. Tais objetivos respaldaram os resultados esperados, apontados como: reduzir o risco de mortes evitáveis nas filas de espera; aumentar eficácia do atendimento, com redução do tempo de espera; priorizar o atendimento, conforme critérios clínicos e não por ordem de chegada, garantir acesso à rede de atenção em saúde, garantindo continuidade do cuidado, encaminhar para serviços especializados e de referência, quando necessário; possibilitar que a classificação de risco seja realizada por profissionais competentes ou habilitados para tal prática; diminuir ansiedade do usuário e seus acompanhantes, e aumentar satisfação dos profissionais e usuários.

Quanto ao detalhamento dos itens: “Organização do processo de atendimento” e “Avaliação do usuário de saúde” verificou-se a necessidade de clarificar a descrição dos itens, a fim de detalhar a organização do atendimento e do processo de avaliação do usuário. Essa descrição pode ser acompanhada no quadro 8.

Quadro 8 – Alterações dos itens “Organização do processo de atendimento” e “Avaliação do usuário de saúde”. Fortaleza, 2016.

1ª Edição	2ª Edição
<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO</p> <p>O Processo de Acolhimento e Classificação de Risco será executado por equipe formada de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, assistente social e médico (geralmente chefe de equipe). Haverá salas próprias para enfermagem e serviço social. Horário de atendimento contínuo.</p> <p>O cidadão que chegar ao pronto-socorro ou Pronto Atendimento (PA) será atendido prontamente pela equipe de acolhimento. As crianças e adolescentes em situação de emergência irão para sala própria ou serão priorizadas. A identificação da gravidade será feita por marca colorida, no canto superior direito do Boletim de Emergência. Pessoas em situação de urgência serão conduzidas à Sala de Classificação de Risco. As que procurarem especialidades, onde houver, aos respectivos setores. Este processo deverá ser feito no menor tempo possível.</p> <p>A equipe de classificação receberá a criança ou adolescente fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados. Reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica.</p>	<p style="text-align: center;">ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO</p> <p>O usuário de saúde que chegar a unidade de urgência e emergência deverá ser atendido prontamente pela equipe atuante na unidade.</p> <p>As crianças, adolescentes e seus acompanhantes deverão ser recepcionados pelo porteiro e direcionados à sala de urgência ou ao setor de registro da Instituição.</p> <p>A partir desse momento serão chamados para a sala de Classificação de Risco da Enfermagem para a determinação da prioridade de atendimento, utilizando-se de cores com tempo definido para atendimento médico, conforme o protocolo. A identificação da gravidade será feita por marca colorida, no canto superior direito do Boletim de Emergência, com registro de enfermagem sobre a condição atual do usuário de saúde.</p> <p>Para a tomada de decisão adequada, utilizar-se-á o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco; reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica. Em casos de encaminhamento, solicita-se contribuição dos profissionais do serviço social, de modo a garantir o atendimento. Pessoas em situação de urgência que procurarem especialidades (odontologia, ginecologia/obstetrícia, otorrinolaringologia, oftalmologia), serão encaminhadas aonde houver os respectivos setores e este processo deverá ser feito no menor tempo possível.</p> <p style="text-align: center;">AVALIAÇÃO DO USUÁRIO DE SAÚDE (Dados coletados na ficha de atendimento)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discriminador (queixa principal); - Início, evolução e duração da doença; - Exame Físico Geral do usuário (aparência física, resposta emocional) - Exame Físico Direcionado do usuário (realizar conforme o discriminador e os indicadores clínicos de saúde); - Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios - Sinais vitais e dados antropométricos; - Escala de dor, Escala de Coma de Glasgow, Superfície Corporal Queimada; - Determinar a prioridade de atendimento; - Registrar anormalidades e a classificação de risco do usuário; <p>OBS: A ficha de atendimento deverá conter o nome do usuário, idade, data, horário, discriminador, breve história, observação objetiva, sinais vitais, prioridade de atendimento, história de alergias, uso de medicamentos, medidas iniciais adotadas no caso, reavaliações, nome do(a) enfermeiro(a), assinatura e carimbo do profissional com número do conselho.</p>
<p style="text-align: center;">AVALIAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>Considerar queixa, início, evolução e duração, aparência física, resposta emocional, escala de dor e escala de coma de Glasgow (ECG), medicação atual e alergias. Verificar e registrar sinais vitais. Classificar prioridade.</p>	
<p style="text-align: center;">MODELO DE DOCUMENTAÇÃO</p> <p>O documento para classificação deverá conter o nome do usuário, idade, data, horário, queixa, breve história, observação objetiva, sinais vitais, prioridade de atendimento, história de alergias, uso de medicações, medidas iniciais adotadas no caso, reavaliações, nome do(a) enfermeiro(a), assinatura.</p> <p>De preferência, a unidade deve transformar a ficha de atendimento/boletim de atendimento, de modo a conter os dados da classificação, evitando assim gasto adicional com outros impressos.</p>	

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Sobre o processo de organização do processo de atendimento no serviço de urgência/emergência, ressalta-se que a ocorrência de uma queixa clínica condizente com a situação de risco converge a favor da proposta indicada pelo Protocolo de ACCR em Pediatria, já que este é considerado como uma tecnologia em saúde que respeita os princípios do SUS, a Política Nacional de Humanização do SUS, e favorece a organização do serviço de saúde, por meio da determinação da prioridade de atendimento (BRASIL, 2004).

Para a avaliação do usuário de saúde, tais protocolos de classificação de risco devem conter dados básicos subjetivos e objetivos do problema de saúde trazido pelo usuário, descrever a queixa principal do usuário, classificar a dor em uma escala preconizada. Deve, ainda, incluir a realização do exame físico na observação do aspecto geral, o nível de orientação, sinais vitais (frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura e pressão arterial), teste de glicemia capilar, saturação de oxigênio, histórico de doenças pregressas e medicamento em uso. É preciso interpretar tais dados com padrões normais e científicos para informação e comunicação aos profissionais e pacientes, bem como ajudar a determinar o diagnóstico e a intervenção de Enfermagem na classificação de risco (PEREIRA, 2010).

A exclusão dos itens “Modelo de documentação” e “Notas” foram justificados pela necessidade de objetividade do conteúdo do protocolo, bem como pela inclusão de algumas descrições desses itens no item de avaliação do usuário em que compreendeu a importância do registro da avaliação e da determinação da prioridade de atendimento.

Tais registros são parte integrante do sistema de informação em saúde e devem ser realizados com a finalidade de fornecer informações sobre o estado geral do paciente, favorecer a comunicação entre a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, garantir a continuidade da assistência nas 24 horas, retratar o atendimento prestado, respaldar legalmente o trabalho do profissional, favorecer a continuidade da assistência, como instrumento para auditorias, fonte de investigação científica e contribuir como banco de informações na realização de pesquisas e ensino (CLAUDINH *et al.*, 2013; CARNEIRO *et al.*, 2016).

Para a atualização e organização dos referenciais teóricos utilizados para a elaboração da 2ª edição do Protocolo, conforme no quadro 9, utilizaram-se os instrumentos de classificação de risco ou de triagem mais avançados e validados na prática clínica de urgências/emergências, tendo como principais embasamentos uma concepção sistêmica dos protocolos de: escala de triagem australiana (ATS), escala de acuidade e triagem pediátrica canadense (CPTAS) e escala de triagem de Manchester (MTS), que se articula em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas muito complexo e demorado; e o sistema de triagem de Manchester, que opera com algoritmos e determinantes, associado a tempos de espera

simbolizados por cinco cores e que tem sido usado em vários países (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Quadro 9 – Atualização do referencial teórico. Fortaleza, 2016.

1ª Edição	2ª Edição
<p style="text-align: center;">REFERÊNCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS) - Australasian Triage Scale (ATS) - Manchester Triage System (MTS) - Advanced Trauma Life Support (ATLS) - Advanced Cardiac Life Support (ACLS) - Pediatric Advanced Life Support (PALS) - Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Projeto Acolhimento do pronto-socorro - Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização / MS - Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) de Belo Horizonte - Hospital Municipal Odilon Behrens, Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco - Revisions to the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS) <p>Grau de recomendação - nível de evidência: D.</p>	<p style="text-align: center;">REFERÊNCIAS TEÓRICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Advanced Cardiac Life Support (ACLS) Advanced Trauma Life Support (ATLS) Australasian Triage Scale (ATS) Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS) Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização / MS Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) de Belo Horizonte Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Projeto Acolhimento do pronto-socorro Manchester Triage System (MTS) Pediatric Advanced Life Support (PALS) Revisions to the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS) <p>Grau de recomendação - nível de evidência: D. (Adaptado de Projeto de Diretrizes AMB-CFM)</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

No que se refere à Reformulação do Fluxograma de atendimento do Protocolo de ACCR em Pediatria apresentado na figura 4, corroborou-se com Lagioia *et al.* (2008) em que os protocolos clínicos em saúde representam uma sequência de objetivos e algoritmos clínicos direcionados ao que se destina como os critérios de risco com determinação do tempo de atendimento médico pré-estabelecido e características de cada condição clínica e os respectivos resultados esperados.

A classificação de risco inserida nesse processo de algoritmos e de critérios clínicos para o julgamento e a tomada de decisão torna-se relevante para o avanço da qualidade dos serviços de urgência/emergência, pois garante o atendimento imediato a pacientes com grau elevado de risco. Além de que, esse processo pode favorecer a prestação de informações sobre promoção da saúde ao paciente considerado não urgente, bem como aos seus familiares sobre o tempo provável de espera para o atendimento médico (MAFRA *et al.*, 2008; MAGALHÃES, 2012).

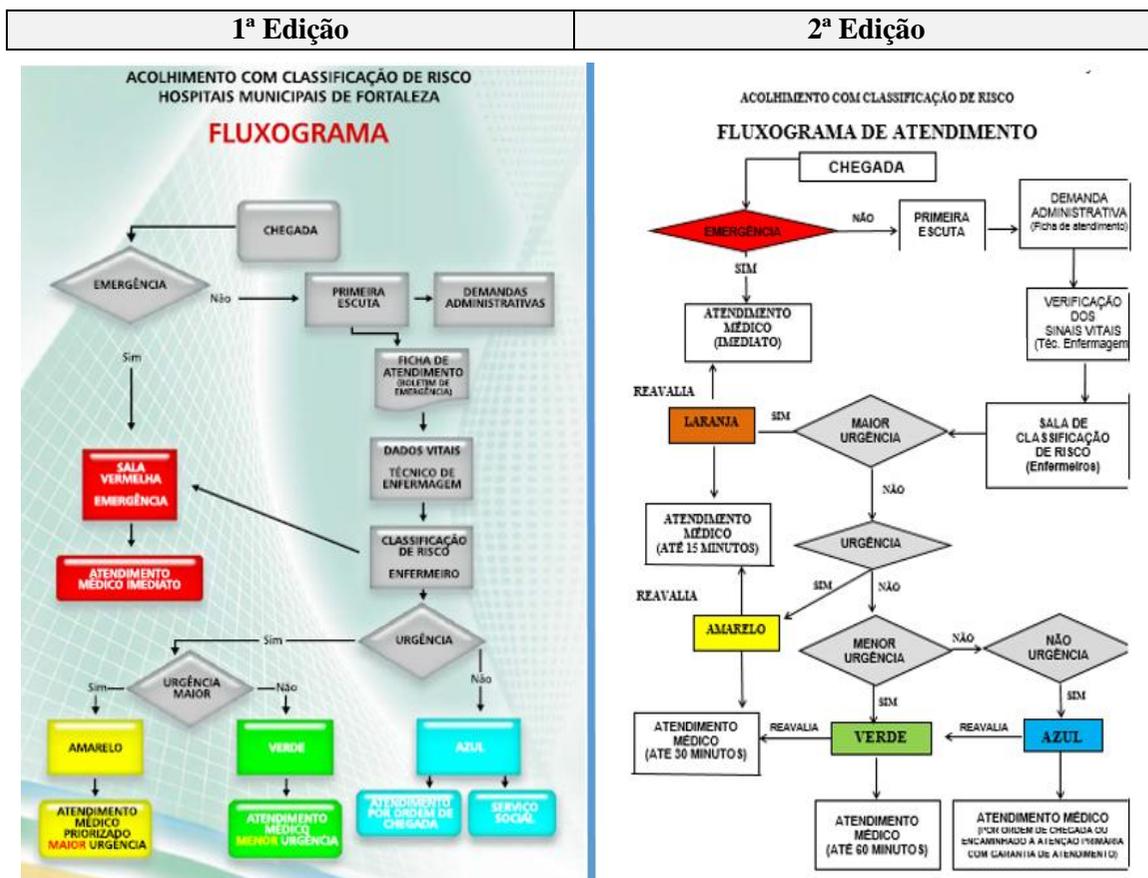
Nesta etapa da pesquisa, para a adequação da referida organização do processo de atendimento na prática clínica do ACCR em Pediatria foi readequado alguns itens no fluxograma da 1ª Edição do Protocolo. Incluiu-se, para isso, setas representando a necessidade

de reavaliação e de verificação da classificação de risco em casos de ultrapassagem do período de tempo preconizado por cada cor.

Por exemplo, acrescentou-se uma seta na descrição do período de tempo preconizado como 15 minutos para a cor laranja, para que simule a necessidade de reavaliação em casos de criança e/ou adolescente que não obtiverem atendimento médico no período preconizado, ou seja, se ultrapassar os 15 minutos, o enfermeiro reavalia e reclassifica a criança e/ou adolescente como vermelho em situações de agravamento ou mantém-se como laranja se apresentar a mesma condição clínica que estava quando houve a primeira classificação de risco.

Outros itens, em destaque, que foram readequados no fluxograma de atendimento no ACCR em Pediatria foram: a verificação dos sinais vitais que pode ser realizada por enfermeiros e/ou por técnicos de enfermagem; clarificação da elaboração da ficha de atendimento que, durante o processo, deve preconizar a identificação do paciente com cadastramento realizada por um profissional do SAME; reestruturação dos tipos de urgência, ressaltando o termo maior urgência, urgência menor e não urgente, além da descrição dos tempos de atendimento com as cores correspondentes, conforme a figura 4.

Figura 4 - Alterações do Fluxograma de Atendimento do ACCR em Pediatria. Fortaleza, 2016.



A implementação de um fluxograma de atendimento direcionado a favorece a compreensão do serviço e como cada paciente deve ser direcionado para o devido atendimento ou sala para avaliação, agilizando o atendimento e fazendo os encaminhamentos necessários (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008), além de melhorar a organização, classificação e priorização do atendimento (ZANELLATTO; DAL PAI, 2010).

Além disso, a organização do processo de ACCR contribui para o trabalho em equipe nos serviços de urgência/emergência já que dispõe de um direcionamento do cuidado com determinação da prioridade de atendimento ressaltando a humanização da assistência em saúde. Por isso, quando bem estruturado e orientado ao público-alvo, oferta uma melhor aceitação na organização para o atendimento, com avanço nas condições de trabalho, adequações no ambiente, infraestrutura e implantação de cuidado horizontalizado, com conseqüente, satisfação dos pacientes e seus acompanhantes e estímulo ao relacionamento com diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

No que se refere à inclusão de um quadro com as cores de classificação de risco com a descrição para a prioridade de atendimento, houve alterações quanto a aparência e revisão do português na descrição desses itens, conforme Figura 5. A disposição da descrição desses itens, na 2ª Edição do Protocolo, ficou associada a cor e em comparação com as demais. Isso contribui para a padronização do serviço conforme a situação clínica da criança ou adolescente, bem como para identificar os riscos e complicações e/ou morte nas filas de espera dos serviços de saúde.

Figura 5 - Critérios de Classificação de risco em Pediatria. Fortaleza, 2016.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PRIORIDADE DE ATENDIMENTO
VERMELHO Emergência, atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro, cuidado de enfermagem contínuo
LARANJA Maior Urgência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 15 minutos
AMARELO Urgência, avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 30 minutos
VERDE Menor urgência, avaliação médica em até 60 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 60 minutos
AZUL Ausência de urgência, avaliação médica no mesmo dia ou encaminhado para atenção primária com garantia de atendimento

O esclarecimento desses critérios de classificação de risco contribui para que haja seleção da prioridade de atendimento do paciente embasada e por meio de uma observação direcionada. Estes critérios evidenciam o tempo de atendimento médico preconizado por um conjunto de discriminadores clínicos e indicadores de saúde do paciente em situação de urgência/emergência. As cores satisfazem ao grau de prioridade clínica no atendimento e o um tempo de espera recomendado corresponde a classificação de risco (COREN-DF, 2010).

Para que a determinação dessa classificação de risco seja adequada, o profissional da saúde, em especial, o enfermeiro, necessita possuir um bom conhecimento clínico, com habilidades específicas na urgência/emergência para destacar a avaliação do paciente e tomar a decisão, direcionando corretamente a priorização do atendimento quanto ao grau de complicações e risco de morte. Assim, esse fluxograma de organização, na figura 7, e a descrição dos critérios de classificação de risco, na figura 8, favorecem que o enfermeiro administre o fluxo de oferta e demanda dos pacientes que buscam esse serviço, priorizem o atendimento de casos graves, com intuição da vivência clínica e comunicação adequada para direcionar a investigação (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Ainda na 1ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, foram realizadas modificações referentes a: disposição dos discriminadores de classificação de risco por ordem alfabética; padronização dos discriminadores de classificação de risco por situação clínica; organização e uniformização dos indicadores clínicos de saúde por tópicos e; inclusão dos tópicos de atenção em cada cor de classificação de risco, apresentadas no Apêndice H.

A partir do aprofundamento das sugestões dos juízes do estudo de Magalhães (2012) houve realocação e retiradas dos itens presentes nos discriminadores conforme indicações de simplificação e clarificação dos componentes contidos na 1ª Edição do Protocolo, como: alterações dos sinais vitais, alterações hidroeletrólíticas, dor, intoxicação exógena no discriminador alteração do nível de consciência e situações especiais.

A partir dessas adequações surgiu a necessidade de uma revisão, correção ortográfica e gramatical do texto, de tal modo que houvesse maior clarificação e simplicidade dos termos escritos no texto do Protocolo, advindas do grupo dos utilizadores.

Para compilação e descrição das sugestões, a pesquisadora agrupou os dados gerados nesta etapa para que esses ajustes fossem incorporados ao protocolo. Foi necessário um aprofundado teórico de cada item comentado e debatido por tais participantes, juntamente com a professora/orientadora a fim de obter como produto desta etapa, a 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

Como fator limitante e de relevância para a realização desta etapa da pesquisa refere-se a falta de adesão e o reduzido interesse por parte dos enfermeiros, atuantes no setor de ACCR, em participar do curso. Acredita-se que a capacitação e o comprometimento do enfermeiro, líder da equipe de enfermagem, possibilita um aumento na familiarização dos demais profissionais da equipe multidisciplinar para a utilização dos instrumentos, impressos ou informatizados, favoráveis a melhoria da assistência em saúde como, por exemplo, adesão ao julgamento clínico criterioso e à tomada de decisão fidedigna para a determinação da prioridade de atendimento no ACCR.

Esse suporte na capacitação profissional, com incentivo dos gestores aos treinamentos em saúde, pode ampliar os níveis de competência dos profissionais para o uso de ferramentas em saúde, com vistas a colaborar para a segurança do paciente, redução de possíveis sentimentos de pressão e tensão quanto à adoção de novas tecnologias, o que pode constituir um fator de resistência à utilização de tais ferramentas para a melhoria da assistência em saúde (CHANG *et al.*, 2004).

Neste sentido, torna-se necessário que os gestores dos serviços de urgência/emergência estejam atentos à proposta de integração e comprometimento dos principais utilizadores do fluxo de classificação de risco, os enfermeiros, em que haja verificação de riscos de complicações e morte, segurança do paciente com redução dos erros e satisfação do paciente e do profissional no que se refere à eficácia e realização da classificação de risco nos cuidados imediatos de saúde (BICHEL-FINDLAY; CALLEN; SARA, 2009).

Para isso, destaca-se que o enfermeiro deve ser ativo, ético, voltar-se para os objetivos sociais de sua organização e da instituição, com intuito de contribuir para evitar a capacitação insuficiente dos recursos humanos, o que pode gerar insegurança e angústia em relação ao processo de cuidar, com valorização da educação permanente em saúde (BUENO; BERNARDES, 2010). Corroborar-se com Lobiondo e Haber (2001) e Pasquali (2011) quando assinalou sobre a necessidade de capacitar a equipe sobre a utilização do instrumento de modo a favorecer a relação entre a teoria e o desenvolvimento de tecnologias de medição práticas durante o processo de pesquisa.

Em discussão sobre as limitações desta etapa, ressalta-se a restrita participação de enfermeiros na capacitação e qualificação sobre ACCR em Pediatria. Neste aspecto, concorda-se com Jesus *et al.* (2011), os quais propõem a importância do profissional de Enfermagem, em especial do enfermeiro, de compreender a fundamentação do envolvimento e da responsabilização com sua própria educação profissional e deste, como líder da equipe, colocar-se como facilitador da ação educativa continuada voltada para os técnicos e auxiliares de Enfermagem.

A participação dos enfermeiros nesse processo de capacitação pode possibilitar a colaboração de gestão em saúde, a partir de elaboração de diretrizes para a estruturação do serviço, em conformidade com o SUS e atuais exigências pedagógicas, contribuindo para trazer diferentes subsídios para os cuidados em saúde (DESLANDES, 2006).

Após as considerações do grupo utilizador do protocolo, surgiu a 1ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

6.2 Segunda etapa: validação de conteúdo e aparência por juízes especialistas da 1ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria

A segunda etapa surgiu da necessidade de validar o conteúdo e a aparência da 1ª versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria com juízes especialistas sobre a temática.

Para o presente estudo três juízes participaram do processo de validação de conteúdo e aparência, número seguindo as recomendações de Pasquali (2010), que sugere de seis a vinte sujeitos, sendo necessário no mínimo três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados (Freitas *et al.*, 2012).

Os três juízes participantes eram enfermeiros sendo dois do sexo feminino e um do sexo masculino, com média de idade de 37 anos. Todos tinham experiência profissional na área temática de saúde da criança, em urgência/emergência e todos atuavam, também, na área da docência.

Quanto à titulação, dois eram mestres e uma doutora na área de enfermagem. Além disso, todas possuíam pós-graduação *lato sensu*. Destaca-se, ainda, que todos tinham experiência clínica média de 6 anos e 3 meses em pediatria, participavam de grupos de pesquisas e possuíam publicações científicas relacionadas à temática de saúde da criança e classificação de risco.

Essa descrição apoia-se na seriedade do tempo de conhecimento e no processo de capacitação acumulada desses juízes avaliadores, os quais contribuíram para a condução aprimorada das etapas seguintes desse estudo, terceira etapa denominada de confiabilidade interobservadores e quarta etapa denominada de validação na prática clínica do protocolo. Porém, é preciso controlar o entusiasmo e a autoconfiança no empirismo da experiência clínica, para que não haja desvios na condução da cientificidade e da prática baseada em evidências por simples descuidos vividos na rotina da prática em saúde (AGUIAR; CAMACHO, 2010).

Como resultado dessa etapa teve-se um IVC geral de 0,989, demonstrando alta concordância entre os juízes especialistas avaliadores dos 25 itens do protocolo, os quais foram:

cores de classificação de risco, abstinência grave de álcool e drogas, alteração dos sinais vitais, alteração hidroeletrólítica, alteração no nível de consciência, alteração respiratória, comprometimento hemodinâmico, doença psiquiátrica ou comportamental, dor, dor abdominal, dor de cabeça (cefaleia), dor torácica, gravidez superior a 20 semanas, hemiparesia aguda, hemorragia, história de *diabetes mellitus*, imunossupressão, infecção, intoxicação exógena e/ou anafilaxia, parada cardiorrespiratória, queimadura e/ou ferida, traumas, trauma craniano, situações especiais, anexos.

Sendo tal resultado semelhante ao estudo de Magalhães (2012), no qual foi realizado a validação do conteúdo e aparência da 1ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria. Os juízes especialistas participantes desse processo de validação evidenciaram 80% de concordância quanto a simplicidade, clareza e relevância do protocolo, constatou-se um IVC médio de 0,924 para o conteúdo, comprovando essa alta concordância, identificou-se 100% de concordância quanto à pertinência e representatividade dos discriminadores de classificação de risco e dos indicadores clínicos de saúde e evidenciou-se, ainda, 97,2% de concordância no que se refere a permanência dos termos técnicos de urgência/emergência pediátrica inseridos nas cores da prioridade de atendimento dessa edição do protocolo.

Contudo mesmo com esse IVC elevado e com 92% de concordância entre os juízes, estes sugeriram alterações e adequações, tais como:

- Adequação e realocação de itens descritos na 1ª Edição do protocolo como indicadores clínicos, contidos nos discriminadores clínicos de saúde com característica de conduta ou sugestivos de diagnóstico médico.

Para concretizar essas sugestões foi preciso favorecer a determinação da prioridade de atendimento e rejeitar os itens caracterizados como conduta ou diagnóstico clínico. Para essa adequação foi criado um item denominado “Atenção!” em que houve inclusão de tais componentes do protocolo e inseridos nos indicadores clínicos de saúde e cores correspondentes a condição clínica de saúde da criança e/ou adolescente.

Já que, no processo de classificação de risco, há destaque para a avaliação que pode se dar por explicitação dos pacientes ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim. Não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento ao grau de complicações e risco de morte nas filas de espera (BRASIL, 2004).

- Reformulação e inclusão de termos relacionados aos Discriminadores clínicos de saúde como: “Traumas – Único ou Múltiplos” por “Trauma”, “Desidratação” por “Alteração hidroeletrólítica”, “Choque” por “Comprometimento Hemodinâmico”, “Gravidez > 20 semanas”

por “Gravidez superior a 20 semanas”, “Queimaduras e Feridas” por “Queimaduras e/ou lesões de pele” e inclusão de um discriminador denominado de “Situações Especiais”.

- Inclusão de apontamentos denominados “ANEXOS”, os quais foram evidenciados como um item que pode ser medido conforme o conteúdo em anexo do protocolo. O propósito foi padronizar a nomenclatura para indicar o anexo correspondente a um item, além do nível de dor, com exposição conforme a escala de dor utilizada no instrumento.

A padronização dos termos e a necessidade de informações precisas e objetivas é, também, um advento importante para a melhoria da comunicação nas ciências, inclusive na área da saúde. Os instrumentos da área da saúde, ainda carecem de uma melhor padronização terminológica, de modo a incluir termos fiéis a apresentação usual da doença, definições e relações com as condições de saúde. Os instrumentos mais eficientes possuem também uma estrutura classificatória embutida em sua estrutura, de onde derivam as relações entre os conceitos de forma mais precisa. Para isso, a introdução das categorias na elaboração dos vocabulários controlados pode propiciar um meio para se pensar em domínios e pode ser útil ao estabelecimento de categorias (SALES, 2007).

- Inserção da escala de avaliação facial de dor, para que pudesse ser utilizada além da numérica, além de incluir a legenda a esta, conforme a abordagem já descrita na 1ª Edição do Protocolo.

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, o que a torna um problema de saúde pública. Estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais, demonstram que aproximadamente 80% da procura das pessoas pelos serviços de saúde são motivadas pela dor. A dor crônica acomete 30 a 40% dos brasileiros e constitui a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho (BRASIL, 2002).

Como as intervenções para alívio da dor fazem parte do cuidado, fundamental é compreender seu significado e ampliar o campo de saberes acerca da importância de sua mensuração. Para tanto, técnicas que visem avaliar a dor podem ser utilizadas para cuidar de forma humanizada e, medidas diagnósticas inovadoras são estratégias de suporte que contribuem para a atenção às necessidades básicas do indivíduo doente. Neste sentido, avaliar a dor e empenhar medidas para seu alívio, proporcionando conforto e bem-estar ao sujeito, podem ser considerados como dispositivos capazes de promover a saúde durante a avaliação e internação hospitalar ou em cuidados domiciliares (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

- Formulação de um título para compor a organização do Protocolo como “Discriminadores para Classificação de Risco” e revisão destes em um índice descrito por ordem alfabética.

A fim de adotar o modelo e enquadramentos descritos em instrumentos já validados e confiáveis como o *Australasian Triage Scale*, a *Canadian Triage and Acuity Scale* e *Manchester Triage System* o presente estudo seguiu as terminologias e representações diagramáticas que representam tecnologias mundialmente referenciadas para a avaliação e triagem/classificação de risco (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2005; CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2011; KANEGANE, 2011).

Tais alterações foram discutidas com a orientadora e acatadas pela pesquisadora, a partir da verificação da relevância para a literatura pertinente, conforme exposto no APÊNDICE H. Vale enfatizar, que anterior a estas alterações foi necessário realizar um aprofundamento do texto descrito no Protocolo, de modo a atentar-se, também, para não haver mudanças bruscas da tecnologia em saúde original, que foi baseada no Protocolo de MST e o do Hospital Odilon Behers de Minas Gerais. Surgiu, por conseguinte, a 2ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

6.3 Terceira etapa: confiabilidade de enfermeiros classificadores interobservadores

Na terceira etapa da tese realizou-se a avaliação da confiabilidade na prática clínica de enfermeiros interobservadores treinados e não treinados juntamente com a pesquisadora. Para isso, utilizou-se a 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

Como caracterização dos participantes dessa etapa tem-se quatro enfermeiros, sendo três do gênero feminino e um masculino, com média de idade de 26 anos e 5 meses. Quanto à titulação, todos possuíam pós-graduação *lato sensu*, duas participavam de grupos de pesquisas e possuíam publicações científicas relacionadas à temática de saúde da criança. Destes, todos tinham experiência profissional na área temática de saúde da criança e em urgência/emergência com média de 4 anos e todos tinham no mínimo 6 meses de experiência em avaliação infantil.

Ao comparar os grupos identificou-se que os ECIT possuíam menor tempo de experiência clínica em pediatria, enquanto que os ECINT possuíam uma média de 5 anos dessa experiência. Todos os enfermeiros referiram que raramente usavam o protocolo e que não tiveram dificuldade na utilização da 2ª versão da 2ª edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, opinando como ótimo e com sugestão de incluir a classificação de risco advinda do quadro clínico suspeito de dengue.

Nesta etapa teve-se início o processo de confiabilidade interobservadores e de validação na prática clínica do Protocolo de ACCR em Pediatria, com o intuito de avaliar o grau de confiabilidade interobservadores de enfermeiros treinados e não treinados em contraponto com a pesquisadora por meio da classificação de risco de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência.

A realização dessa etapa fundamenta-se na necessidade de averiguar resultados sobre o grau de concordância interobservadores e a pesquisa, no que concerne a determinação da classificação de risco por meio do uso de protocolos válidos e confiáveis ao que se propõe. Conforme Werneck, Faria e Campos (2009) esses protocolos são instrumentos de tecnologia em saúde favoráveis ao enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços em saúde. Para esse enfrentamento, é necessária a orientação por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, além de fundamentação por estudos validados com pressupostos de evidências científicas. O foco dessas tecnologias é a confiabilidade e a padronização de condutas clínicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares.

Para que o ACCR seja implantado e implementado como processo de determinação da classificação de risco de maneira uniformizada é preciso que seja realizado por profissionais de nível superior, em geral, enfermeiros devidamente treinados mediante a existência de protocolos técnicos e administrativos da unidade (COREN-MG, 2007). Por isso, buscou-se fundamentar e justificar que tal etapa incluísse a avaliação da confiabilidade por ECIT e ECINT, de modo a compreender, também, se havia diferença na utilização do protocolo em casos de enfermeiros que não tivessem tido a oportunidade do treinamento.

Sabe-se que para o exercício legal da profissão, o enfermeiro que realiza a classificação de risco deve ser orientado por um protocolo direcionador, pois visa diminuir o viés de subjetividade implicado na avaliação da queixa do paciente que procura o serviço de urgência/emergência (SOUZA, 2009).

Na fase de confiabilidade interobservadores, as crianças e/ou adolescentes foram avaliados por um enfermeiro classificador interobservador e a pesquisadora de maneira independente. Como resultado obteve-se 400 classificações de risco de crianças e/ou adolescentes. Verificou-se uma predominância de 51,2% (205) de pacientes do sexo masculino, a média de idade das crianças e/ou adolescentes foi de 50,18 meses (aproximadamente quatro anos), como mediana de 26,5 meses (2 anos) e desvio padrão médio de 40,30 meses (3 anos). Esses dados geraram um predomínio de crianças que não estudavam ou estavam em creche devido à faixa-etária, caracterizado por 210 crianças (52,5%).

Como discussão, para tais resultados, constata-se a idade como característica sociodemográficas importante, já que se verificou o predomínio de lactentes e pré-escolares.

Esse dado pode ser comparado a estudo realizado em urgência pediátrica vinculada a um hospital universitário em Mato Grosso do Sul, em que foram atendidos 1.236 pacientes, com predomínio de 988 (79,9%) de lactentes e pré-escolares. Logo, conota-se que essa faixa-etária pode apresentar-se mais predisposta a enfermidades e requerer maior atenção por parte da equipe de saúde (SALGADO; AGUERO, 2010).

Contudo, em outro estudo, no qual se buscou avaliar 2.153 registros de crianças e adolescentes atendidos em unidade de emergência em Alagoas-Brasil, a faixa-etária mais representativa foi de 931 (43,2%), com idade entre 10 e 18 anos (SIMONS *et al.*, 2010).

Em relação ao sexo, os dados mostraram que o sexo masculino deu mais entrada no setor de urgência pediátrica. Tal dado corrobora com estudo realizado em Portugal sobre o cotidiano em unidades de urgência pediátrica com 231 crianças e que refere 123 (53,2%) do sexo masculino (CLADEIRA *et al.*, 2006).

Quanto ao nível escolar como houve um predomínio de crianças menores de cinco anos, tem-se a evidência que a ida precoce para a creche ou pré-escola expõe a criança a um contato mais estreito com vírus e bactérias, constituindo um fator de risco importante para aumento na incidência de distúrbios respiratórios nas unidades de urgência/emergência (KAMPER-JORGENSEN *et al.*, 2006).

Sobre a classificação de risco determinada pelos enfermeiros classificadores interobservadores e pela pesquisadora nessas crianças e/ou adolescentes atendidos no período de coleta de dados, buscou-se evidenciar a confiabilidade interobservadores do Protocolo de ACCR em Pediatria quanto à equivalência, por meio da concordância da prioridade de atendimento dos enfermeiros na prática clínica de urgência/emergência pediátrica, como ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das crianças conforme a classificação de risco preconizada pelo Protocolo de ACCR em Pediatria, realizada pelos Enfermeiros Classificadores Interobservadores e pela pesquisadora. Fortaleza, 2016.

Classificação de risco	Enfermeiro Classificador		Pesquisadora	
	Interobservador			
	N	%	n	%
Laranja – Prioridade II	1	0,3	9	2,3
Amarelo – Prioridade III	79	19,8	80	20,0
Verde – Prioridade IV	203	50,7	205	51,2
Azul – Prioridade V	117	29,3	106	26,5
Total	400	100,0	400	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Percebe-se, pelos dados da tabela 1, predominância de 50,7% (203) para pacientes classificados como verde-prioridade IV (menor urgência) e 29,3 % (117) azul-prioridade V (não urgente) atribuídas pelos ECI, totalizando uma amostra de 80%. Estes resultados tiveram semelhança com a classificação atribuída pela pesquisadora, a qual classificou 77,7% das crianças em verde e azul.

Considerando a classificação conferida pelos ECIT com a pesquisadora e pelos ECINT com a pesquisadora tornou-se manifesto a importância de validar o grau de correlação do Protocolo de ACCR em Pediatria quanto à legitimidade por abordagem em grupos contrastados aplicado à prática clínica de urgência/emergência pediátrica.

Para isso, apresenta-se na tabela 2 a classificação de risco atribuída pelos ECIT com a pesquisadora e pelos ECINT com a pesquisadora. Vale ressaltar, que cada ECIT (ECIT-1 e ECIT-2) avaliou 100 crianças e/ou adolescentes cada um juntamente com a pesquisadora, constatando-se 200 classificações diferentes. O mesmo ocorreu com o grupo de ECINT (ECINT-1 e ECINT-2) verificando-se, junto a pesquisadora, 200 classificações diferentes.

Tabela 2 – Classificação de risco realizada pelos ECIT com a pesquisadora e pelos ECINT com a pesquisadora. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.

Classificação de Risco	ECIT		Pesquisadora		ECINT		Pesquisadora	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laranja – Prioridade II	1	0,5	3	1,5	0	0	6	3
Amarelo – Prioridade III	39	19,5	42	21	42	21	41	20,5
Verde – Prioridade IV	82	41	85	42,5	99	49,5	101	50,5
Azul – Prioridade V	78	39	70	35	59	29,5	52	26
Total	200	100,0	200	100,0	200	100,0	200	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Vale ressaltar que, para esses dois grupos de crianças e adolescentes, não houve nenhum paciente considerado de risco emergencial. Ou seja, nenhum dos enfermeiros e nem a pesquisadora atribuiu a classificação vermelho (prioridade I) em que o paciente apresenta risco imediato de complicações ou morte.

Sobre a classificação de risco laranja (prioridade II), constatou-se que nenhum dos pacientes avaliados pelo grupo de ECINT e apenas dos pacientes classificados pelo grupo de ECIT foi considerado com necessidade de atendimento médico em até 15 minutos podendo ser

reavaliado pela enfermeira a cada 15 minutos. Enquanto que a pesquisadora identificou, no seu quantitativo total de pacientes avaliados, 4,5% (9) das crianças e/ou adolescentes que buscaram atendimento emergencial.

Sobre as demais cores de classificações de risco, constatou-se uma maioria de pacientes classificados como verde (prioridade IV) com 41% (82), 39% (78) classificados como azul (prioridade V) atribuídas pelos ECIT, o mesmo predominou no grupo de ECINT com atribuição da cor verde em 49,5% (99) e de azul em 29,5% (59) dos pacientes avaliados. Enquanto que para a pesquisadora houve 93% (186) classificações de menor urgência e 61% (122) classificações não urgentes.

Tais dados determinam o perfil de atendimento dos pacientes da Instituição em estudo, os quais são considerados de menor urgência e não urgente. Além de demonstrar que as diferenças nas condições clínicas descritas para as classificações verde (prioridade IV) e azul (prioridade V) são sutis, em que não se pode desconsiderar o aspecto subjetivo envolvido no momento da avaliação e determinação da classificação de risco.

Ao considerar as situações de maior gravidade (vermelho ou laranja) presentes em unidades de urgência/emergência pediátricas, inclui-se exemplos como: parada cardiorrespiratória, choques, sepsis grave, convulsões, entre outros, os quais conferem atendimento imediato com acionamento do sinal sonoro. Circunstâncias em que há concordância com os resultados de outros estudos prévios, os quais, também, apontam pouca frequência de tais ocorrências nas portas de entradas de serviços pediátricos (RICCETTO *et al.*, 2007; SALGADO; AGUERO, 2010).

Identificou-se, no presente estudo que mais da metade das crianças e adolescentes analisados tiveram uma determinação da prioridade de atendimento classificada como não-urgente. O que indica que as unidades de urgência/emergência dos hospitais continuam sendo a porta de entrada do SUS e mostra, ainda, que os pais ou responsáveis pelas crianças e/ou adolescentes, frequentemente, procuram primeiro tais unidades ao invés de se dirigirem para atendimento nas unidades básicas de saúde (SALGADO; AGUERO, 2010).

Apesar de parecer óbvio e simples, a atenção dispensada pelos órgãos públicos poderia ser mais efetiva no que se refere à prevenção de agravos e promoção da saúde em todos os níveis de atenção. Para isso, é possível incluir a avaliação de discriminadores clínicos de saúde considerados de menor urgência ou não urgente ainda na unidade básica de saúde, afim de incluir uma intervenção oportuna da magnitude dessas condições de saúde em momentos de orientação e cuidados domiciliares (SALGADO; AGUERO, 2010).

Acredita-se que o caminho para superar o modelo atual de atenção nos serviços de urgência/emergência deverá vislumbrar a gestão em saúde com reorganização sistêmica, em que

o paciente é o foco de avaliação, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho nos diferentes níveis de atenção à saúde (BITTENCOUR; HORTALE, 2007).

No que se refere a comparação da classificação de risco atribuídas pelo grupo de enfermeiros interobservadores treinados (T1 e T2) com a pesquisadora na fase de confiabilidade interobservadores do Protocolo, tem-se a tabela 3.

Tabela 3 – Classificação de risco atribuída pelos ECIT e a pesquisadora na fase de confiabilidade interobservadores. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.

Classificação da Pesquisadora		Classificação do ECIT								Total	<i>Kappa</i>	<i>p</i>
		Laranja		Amarelo		Verde		Azul				
		T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2			
Laranja	T1	1	-	1	-	1	-	0	-	3	0,726	0,060
	T2	-	0	-	0	-	0	-	0	0		
Amarelo	T1	0	-	12	-	6	-	2	-	20	1,000	0,0001
	T2	-	0	-	22	-	0	-	0	22		
Verde	T1	0	-	3	-	45	-	3	-	51	1,000	0,0001
	T2	-	-	-	0	-	34	-	0	34		
Azul	T1	0	-	0	-	1	-	25	-	26		
	T2	-	-	-	0	-	0	-	44	44		
Total	T1	1	-	16	-	53	-	30	-	100		
	T2	-	-	-	22	-	34	-	44	100		

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Os resultados evidenciados na tabela 3 correspondem a comparação entre as prioridades de atendimento atribuída pelos Enfermeiros Classificadores Interobservadores Treinados 1 e 2 com a pesquisadora. Constatou-se concordância excelente entre o ECIT-2 e a pesquisadora (*Kappa* = 1; $p < 0,0001$) e entre ECIT-1 e a pesquisadora teve-se concordância substancial (*Kappa* = 0,726; $p = 0,060$).

Quanto à concordância da classificação de risco atribuída pelo grupo de enfermeiros interobservadores não treinados (NT1 e NT2) com a pesquisadora na fase de confiabilidade interobservadores do Protocolo, tem-se a tabela 4.

Tabela 4 – Classificação de risco atribuídas pelos ECINT e a pesquisadora na fase de confiabilidade interobservadores. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.

Classificação da Pesquisadora		Classificação do ECINT							Total	<i>Kappa</i>	<i>p</i>
		Amarelo		Verde		Azul					
		NT1	NT2	NT1	NT2	NT1	NT2				
Laranja	NT1	1	-	1	-	0	-	2	0,619	0,067	
	NT2	-	1	-	1	-	0	2			
Amarelo	NT1	15	-	4	-	3	-	22	0,887	0,410	
	NT2	-	18	-	1	-	0	19			
Verde	NT1	5	-	40	-	7	-	52	0,887	0,410	
	NT2	-	2	-	48	-	1	51			
Azul	NT1	0	-	3	-	21	-	24	0,887	0,410	
	NT2	-	0	-	1	-	27	28			
Total	NT1	21	-	48	-	31	-	100	0,887	0,410	
	NT2	-	21	-	51	-	28	100			

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Esta tabela demonstra resultados que compreendem concordância substancial ($Kappa = 0,619$; $p = 0,067$) para o ECINT- 1 com a pesquisadora. Enquanto que o ECINT-2 obteve concordância excelente ($Kappa = 0,887$; $p = 0,410$). No entanto, vale ressaltar que tal índice apresentou-se não estatisticamente significativo quando comparado aos enfermeiros treinados.

É possível verificar que os dados mostram maiores percentuais nas diagonais das tabelas 3 e 4, tendo em vista que se espera analisar a concordância entre observadores, com predomínio de concordância para a classificação nível 4 (Verde), com pouquíssimas diferenças de concordância no nível 5 (Azul). Ou seja, constatou-se que, de modo geral que não houve diferença significativa entre as médias dos escores totais obtidos pelos enfermeiros treinados e os não treinados com a pesquisadora. Gerando, assim uma excelente concordância entre os ECIT ($Kappa = 0,863$ e $p = 0,030$) enquanto que houve concordância substancial com os ECINT ($Kappa = 0,753$ e $p = 0,355$).

Os resultados da presente pesquisa corroboram com estudos internacionais que discorrem sobre a avaliação do grau de concordância de enfermeiros utilizadores dos Protocolos de Triage na determinação da prioridade de atendimento em situações de urgência e emergência. Incluindo, ainda, a validade e a confiabilidade dos protocolos em Pediatria, o que

demonstra instrumentos que contém informações fidedignas para definir protocolos de cuidados que melhoram e ampliam a prática do enfermeiro (SCOBLE, 2004; ROUKEMA *et al.*, 2006; VAN VEEN *et al.*, 2008; VAN VEEN; MOLL, 2009).

Tais dados são semelhantes ao estudo desenvolvido por Pires (2003) em que obteve excelente concordância ($Kappa = 0,884$) entre a queixa de entrada e o diagnóstico médico de saída, demonstrando que a escala canadense avaliada nesse estudo representou um novo instrumento a ser utilizado pelos serviços de emergência.

Em um outro estudo de Perroca e Gaidzinski (2003) obtiveram também resultados parecidos, visto que o grau de concordância pelas quatro enfermeiras observadoras foi de substancial a excelente concordância, em que o Kappa variou entre 0,68 a 0,90. O que demonstrou que o instrumento de classificação dos pacientes apresenta confiabilidade para ser utilizado na prática gerencial do enfermeiro como instrumento diagnóstico de categoria de cuidado a que o paciente pertence.

Em contraponto a estes estudos tem-se a análise de confiabilidade do instrumento “Avaliação da Saúde Bucal para Triagem Odontológica” por Mello, Zimmermann e Gonçalves (2012). Tal instrumento alcançou apenas concordância moderada ($kappa = 0,46$) deduzindo, que, às vezes, é preciso repetir a apreciação do instrumento, com necessidade de treinar novamente os observadores para padronizar os critérios de utilização do instrumento ou, ainda, adequar o mesmo antes de aplicar na prática clínica.

Os resultados desta etapa podem inferir que o protocolo é confiável, simples e autoexplicativo para a determinação da classificação de risco de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência. Ou seja, pode-se considerar que o protocolo, utilizado por um enfermeiro treinado ou um não treinado, é confiável em produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas, ou seja, são coerentes e previsíveis quanto à determinação da prioridade de atendimento.

Entretanto, é pertinente referir que foram encontradas divergências de concordância entre os enfermeiros classificadores interobservadores e a pesquisadora, embora não tenha sido estatisticamente significativa. Porém, essa contestação na classificação dos pacientes quanto ao nível de risco pode demonstrar necessidade de maior sensibilidade ao direcionamento da queixa clínica e então determinar o discriminador e os respectivos indicadores clínicos àquela situação da criança e/ou adolescente.

Neste aspecto adverte-se que alguns pacientes foram classificados, pela pesquisadora, com maior nível de prioridade de atendimento enquanto o enfermeiro classificador indicou menor nível de prioridade comparando ao preconizado pelo protocolo. Isso talvez ao direcionamento da queixa clínica principal. Fato este, que pode indicar situação de

subestimar a prioridade de atendimento, o que demonstra a importância da utilização do protocolo como tecnologia em saúde favorável a determinação de uma prioridade de atendimento mais fidedigna e mais segura para o atendimento de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência.

Todavia é preciso enfatizar sobre a importância da educação formal, continuada e com treinamentos constantes entre profissionais e estudantes na graduação visando o aprendizado e a prática do uso dessa tecnologia na prática clínica de enfermagem. O que se torna questão fundamental para melhorar a performance e confiabilidade no processo de ACCR em pediatria, o que tem sido ressaltado, também, por vários autores nacionais e internacionais (PIRES, 2003; SIEGER *et al.*, 2012; COUTINHO, CECILIO, MOTA; 2012).

Após esta terceira etapa, manteve-se a 2ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria.

6.4 Quarta etapa: Aplicação e validação na prática clínica do protocolo de ACCR em pediatria

Após a conclusão das etapas anteriores pode-se ratificar a ideia de Pires (2003), em ressaltar que o atendimento de urgência/emergência no SUS apresenta grande importância do ponto de vista quantitativo devido à crescente demanda, e do ponto de vista qualitativo por representar a porta de entrada para a população. Assim, a utilização de uma tecnologia em saúde válida e confiável determinará o sucesso do tratamento do paciente, bem como minimizar o risco de complicações e morte nas filas de espera.

Diante disso, utilizou-se a 2ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria, ou seja, verificou-se a necessidade de aplicar e validar na prática clínica a 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria de urgência/emergência pediátrica. Foi realizada, assim, a quarta e última etapa da tese, denominada de aplicação e validação na prática clínica do protocolo de ACCR em pediatria.

Nesta etapa buscou-se aplicar o Protocolo na prática clínica com uma amostra de 200 crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência para avaliar os principais discriminadores clínicos em saúde referidos por essa amostra, a mensuração da dor, por meio da escala analógica preconizada no Protocolo, a classificação de risco mais frequente, o tempo (em minutos) de realização do processo de classificação de risco e o tempo (em minutos) de espera para ao atendimento médico.

A tabela 5 apresenta as principais queixas clínicas referidas pelos pacientes agrupadas pelos Discriminadores de Classificação de Risco como preconizado no Protocolo de ACCR em Pediatria no momento da avaliação e aplicação do instrumento.

Tabela 5 – Queixas clínicas agrupadas pelos Discriminadores de Classificação de Risco preconizados no Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.

Discriminadores de Classificação de Risco	Laranja		Amarelo		Verde		Azul		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alteração dos Sinais Vitais	4	8,1	23	46,9	19	38,7	3	6,1	49	24,5
Alteração Hidroeletrólítica	0	0	3	8,5	19	54,2	13	37,1	35	17,5
Alteração Respiratória	0	0	5	12,5	21	52,5	14	35,0	40	20,0
Dor	0	0	0	0	1	50,0	1	50,0	2	1
Dor Abdominal	0	0	0	0	1	5,88	16	94,1	17	8,5
Dor de Cabeça (Cefaleia)	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,5
Queimadura e/ou Lesões de Pele	0	0	2	6,25	5	15,6	25	78,1	32	16
Trauma craniano	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,5
Situações Especiais	2	8,6	0	0	3	13,1	18	78,3	23	11,5
Total	6	3,0	33	16,5	71	35,5	90	45,0	200	100

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Os principais discriminadores clínicos revelam um predomínio de 24,5% (49) de alterações dos sinais vitais com indicadores clínicos mais frequentes a febre e a história de febre. Outro discriminador ressaltado foi o de Alteração Respiratória com 20,0% (40), com 45,0% (90) de crianças e/ou adolescentes classificadas na cor azul e 35,5 % (71) de crianças e/ou adolescentes classificadas na cor verde, reforçando o perfil encontrado na etapa anterior de pacientes em situação de não urgente e menor urgência, respectivamente. Como indicadores clínicos de saúde mais frequente teve-se a tosse produtiva frequente, a tosse seca e a coriza.

Isso demonstra o perfil clínico da população em estudo já que, no período da coleta de dados, setembro e outubro havia as alterações sazonais de região denominado como “Chuva do Caju”, trazendo consigo, mudanças bruscas de temperatura com frequentes alterações respiratórias e sinais gripais, em especial, nas crianças e/ou adolescentes como a presença de crises de rinite alérgica, asma, conjuntivite alérgica e febre (BEZERRA, 2015).

Em caráter sazonal, o vírus respiratório sincicial humano é o principal causador de internações hospitalares de crianças e adolescentes. Esse patógeno tem evidências de acometimento no período do inverno e início da primavera e com duração de cerca de 4 a 6

meses, dependendo das características de cada país ou região. No Hemisfério Sul, normalmente começa em maio e dura até setembro, mas a atividade do vírus pode começar antes ou persistir mais tempo em uma comunidade (SALOMÃO JUNIOR, 2011; ROSA *et al.*, 2008).

A relação entre tais resultados e as condições de regionais e de vida de tal população infantil é indicativa, também, para elucidar o papel das determinações sociais no cenário epidemiológico das doenças respiratórias na infância, que pode ser de grande utilidade para subsidiar políticas mais eficazes para o controle desses distúrbios (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008).

Sobre os indicadores clínicos de saúde (manifestações clínicas) associadas aos distúrbios respiratórios mais frequentes, outro estudo corrobora com os dados da presente pesquisa em que se compreende os resfriados comuns com tosse e febre baixa, faringoamigdalites com dores de garganta, otites, sinusites e pneumonias com desconforto respiratório intenso. Esses, na maioria das vezes, têm etiologia viral, o que constitui uma das principais causas de demanda por consultas e internações na faixa-etária pediátrica (ALVIM, 2009).

As condições ambientais e de habitação, também, podem ser consideradas fatores potencializadores para o elevado número de casos de alterações respiratórias, como: infecções respiratórias agudas, tuberculose e asma. As quais apresentam comprovação, na literatura, de relação com as condições ambientais por isso são avaliados como um dos grandes problemas de saúde pública encontrados em escala global (FIRDAUS; AHMAD, 2013).

Além disso, a idade, do mesmo modo, pode evidenciar uma particularidade capaz de favorecer o predomínio de doenças respiratórias. Já que o contato de crianças menores de cinco anos com portadores de microrganismos ou componentes químicos trazidos dos vários núcleos familiares, influenciado pela aglomeração domiciliar ou em escolas e creches, pode ser um agravante na disseminação de infecções do trato respiratório e, conseqüente, aumento das taxas de internação hospitalar (FIRDAUS; AHMAD, 2013; ROSA *et al.*; 2008).

No caso de componentes químicos, o uso de tabaco, inclusive de maneira passiva junto a crianças por meio da convivência com familiares com hábitos tabagistas, também, é reconhecidamente um importante determinante do desenvolvimento de infecções respiratórias agudas, tuberculose e asma em grupos de pessoas mais jovens e, também, de doenças pulmonares crônicas. Estando associada a vários desfechos desfavoráveis à saúde infantil, já que um grande número de crianças continua sendo exposto ao tabagismo domiciliar (GRUPTA, 2006; SILVA-GONÇALVES *et al.*, 2006).

Tabela 6 – Mensuração da dor do paciente, por meio da escala numérica da dor, preconizados no Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-CE-Brasil, 2016.

Escala de Dor	n	%
Sem dor (zero)	115	57,5
Dor Leve (1-3/10)	22	11,0
Dor Moderada (4-7/10)	51	25,5
Dor intensa (8-10/10)	11	5,5
Total	200	100

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Quanto à mensuração da dor das crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência pode-se constatar que 57,5% (115) foram classificados como sem dor, conforme a escala de dor analógica preconizada pelo Protocolo de ACCR em Pediatria, apresentada na tabela 6.

A avaliação da dor de pacientes pediátricos é um tema que vem despertando interesse na prática clínica há pouco tempo (SILVA; TRULER, 2008), entretanto este já pode ser considerado um dos desafios da equipe de saúde no cuidado à criança, principalmente daquela que busca atendimento em unidade de urgência/emergência.

Este é considerado um desafio ao profissional de saúde, em especial à equipe de enfermagem, que atua direta e continuamente no cuidado à criança. Em se tratando de crianças com patologias graves que estão em situação de risco esse desafio é ainda maior. Observa-se, porém, que se utilizando instrumentos apropriados, muitos dos obstáculos encontrados podem ser superados (GRISPAN *et al.*, 2014).

Por isso, concorda-se com estudos que ressaltam que é de fundamental importância que os profissionais que atuam no cuidado à criança grave estejam atentos para a possibilidade da existência do fenômeno doloroso. Frente a isso, toda a equipe deve estar capacitada e principalmente, sensibilizada para realizar o adequado manejo da dor (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2006; GESTEIRA *et al.*, 2011; FONTES; JAQUES, 2007).

Isto reflete, também, a importância da implantação do acolhimento com classificação de risco, o qual propicia maior acessibilidade aos serviços de emergência, prioriza os casos mais graves, sendo resolutivo quando a situação exige. Promove menor agravo à saúde dos usuários, pois facilita a classificação e orientação do fluxo de pacientes, onde o mais grave é priorizado em relação ao menos grave. Então, os protocolos de triagem e de classificação de risco promovem uma melhor reorganização dos serviços de emergências, cujo principal objetivo

é o de garantir os princípios do SUS de Universalidade, Resolutividade e Humanização do atendimento prestado (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Entretanto, grande parte dos serviços de emergências sofre com o problema das superlotações e grandes filas, e isso é um fenômeno que acomete não só o nosso país, mas o mundo todo. Sendo refletido, também, nos resultados da presente tese, em que há uma maioria de crianças e/ou adolescentes classificados como menor urgente (verde) ou não urgente (azul).

O excedente nas emergências ocorre, também, devido aos usuários considerarem esses setores como uma fácil porta de entrada, pois oferecem maiores recursos, como consultas, exames laboratoriais, remédios, exames de imagem, entre outros (SOLLA, 2005). A procura por esses serviços de forma errônea compromete o andamento das unidades de emergências e isso acontece principalmente por falta de uma maior orientação da população e pela insuficiente estruturação das redes de atenção básica (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

No que se refere a razão de chance de ocorrência dos discriminadores clínicos de saúde mais urgentes (laranja, amarelo e verde) em proporção ao não urgente (azul) presentes no grupo de crianças e adolescentes avaliados, demonstrado na tabela 7.

Tabela 7 – Razão de chance de ocorrência do discriminador como mais urgente (laranja, amarelo e verde) em proporção ao não urgente (azul). Fortaleza-CE-Brasil, 2016.

Discriminador clínico de saúde	Laranja x Azul RC; IC (95%)		Amarelo x Azul RC; IC (95%)		Verde x Azul RC; IC (95%)	
Alterações dos SSVV	57,3 (7,4 – 445,7)	1	65,9 (16,7 – 259,4)	1	8,8 (2,5 – 31,6)	1
Alterações Hidroeletrólíticas	1,2 (1,1 – 1,3)	1	0,6 (0,2 – 2,2)	1	2,1 (0,96 – 4,6)	1
Alterações Respiratórias	1,2 (1,1 – 1,3)	1	0,9 (0,3 – 2,9)	1	2,2 (1,0 – 4,7)	1
Dor	1,0 (0,9 – 1,0)	1	1,0 (0,9 – 1,0)	1	3,8 (0,4 – 37,6)	1
Dor Abdominal	1,2 (1,1 – 1,3)	1	1,2 (1,1 – 1,3)	1	0,06 (0,08 – 0,5)	1
Dor de cabeça	0	1	0	1	0,9 (0,96 – 1,0)	1
Queimadura e/ou Lesões de pele	1,4 (1,2 – 1,6)	1	0,08 (0,01 – 0,6)	1	0,1 (0,5 – 0,4)	1
Trauma Craniano	0	1	0	1	0,98 (0,96 – 1,0)	1
Situações Especiais	2,4 (0,4 – 14,7)	1	0,15 (0,2 – 1,2)	1	2,1 (0,6 – 0,7)	1

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Sobre a razão de chance de ocorrência de um determinado discriminador clínico em saúde de ser mais urgente (laranja, verde e amarelo) quando comparado com o não urgente

(azul) ressalta-se que a amostra do estudo tem: 57,3 vezes mais chance de ser classificado como laranja quando comparado com o azul no que se refere a classificação do discriminador alterações dos sinais vitais, para a cor amarelo tem 65,9 vezes mais chances de ser classificado como amarelo ao comparar com o azul e tem 8,8 vezes mais chance de ser classificado como verde. E outro discriminador em destaque desses resultados é o de Situações especiais, o qual possui 2,4 vezes mais chances de classificar como verde ao invés do azul. Tais dados contribuem para garantir que o item que compõe os discriminadores possui boa estratificação e torna-se confiável a classificar o risco conforme o grau de gravidade e o tempo preconizado para o atendimento.

Esses resultados demonstram a eficiência da classificação no que concerne a estratificação do grau de comprometimento, o que depende, também, da interação entre paciente e enfermeiro de modo que possa repassar com clareza e detalhe todas as queixas clínicas, para isso deve-se ter um ambiente adequado e um bom acolhimento (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012; SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2015).

Evidencia-se, assim, que muitos estudos demonstram quanto à confiabilidade e segurança da classificação de risco, pois contribuem e contribuíram com a melhoria da qualidade desde a admissão do paciente nas unidades até o encaminhamento responsável dos casos menos urgente, garantindo um atendimento de acordo com a necessidade (SANTOS, 2014).

Tal condição é evidente para mencionar a necessidade de integrar o modelo "avaliar, categorizar ou classificar, decidir e agir", com abordagem sistemática escolhida para o reconhecimento e o tratamento das crianças gravemente enfermas ou vítimas de situações de urgência/emergências. Com base na informação obtida na avaliação, é possível também categorizar ou classificar as condições clínicas da criança por tipo e gravidade e decidir o tratamento mais adequado. Este processo de avaliar, classificar, decidir e agir é constante e repetitivo, devendo-se sempre reavaliar o paciente, já que se percebem os riscos de complicações e morte na fila de espera (MATSUMO, 2012).

Após a apresentação desses resultados, tornou-se evidente a necessidade de fazer adequações e, então, elaborar a última e 3ª versão da 2ª edição do protocolo, com tais sugestões:

- Incluiu-se um “Anexo E” no Protocolo em que contenha a classificação de risco de casos suspeitos de dengue.

Para isso, foi incluído neste protocolo o instrumento de classificação de risco de casos suspeitos de dengue, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde em 2011, denominado de Protocolo de Dengue do Ministério da Saúde na 2ª Edição do Protocolo (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que essa fase da pesquisa foi realizada no período de 2015, quando ainda não havia a atualização deste anexo de dengue. Assim, este anexo foi incluído como o mais atualizado para a 3ª Versão da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria. No entanto, como limitação dessa etapa indica-se a necessidade de revisão, posterior atualização desse anexo de dengue, já que em 2016, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a nova edição do protocolo para manejo clínico dos pacientes com dengue.

Este anexo sobre dengue justificou-se pela necessidade de incluir, na prioridade de atendimento e no diagnóstico diferencial, as arboviroses chikungunya e zika, introduzidas no país nos últimos anos. A definição atual da OMS enfatiza que a dengue é uma doença única, dinâmica e sistêmica. Ou seja, pode evoluir para a remissão dos sintomas ou agravar-se exigindo constante reavaliação e observação, para que as intervenções sejam oportunas e as mortes evitadas. A dengue é a doença transmitida por vetores que se propaga mais rapidamente no mundo. Atualmente, essa enfermidade é endêmica, ocorrendo em um dado território e permanece provocando novos casos com frequência, em mais de 100 países localizados em cinco das seis regiões da OMS: África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Sudeste da Ásia e Pacífico Ocidental (BRASIL, 2016).

Dentre as outras sugestões de alteração dessa versão pode-se incluir indicadores clínicos como:

- História de Febre → como indicador clínico do discriminador “Alteração respiratória” e inserida na cor Azul (prioridade V).
- Tosse Seca → como indicador clínico do discriminador “Alteração respiratória” e inserida na cor verde (prioridade IV).

Isso foi decorrente, principalmente, do alto índice de crianças e/ou adolescentes que chegavam a esse serviço de urgência/emergência com queixas clínicas relacionadas à febre e à tosse frequente e seca. Destaca-se que, anteriormente, não havia nenhuma descrição desta condição clínica no Protocolo.

Essas condições clínicas, consideradas como menor urgente ou não urgente, representam a necessidade de uma maior integração dos cuidados em saúde na atenção primária. Relato este, que concorda com os resultados apontados em um estudo realizado em São Paulo, sobre a avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Refere-se que a atenção primária é reconhecida como a porta de entrada do sistema de saúde, mas o acesso é dificultado por: problemas de organização; uso do acolhimento como barreira ao acesso; falta de recursos humanos e dificuldades em dar

seguimento ao tratamento. Em que esse modelo centrado na doença e a falta de análise crítica podem induzir a descrença nos resultados da atenção primária por parte dos usuários de saúde (CAMPOS *et al.*, 2014).

Nesta etapa concluiu-se a elaboração da 2ª Edição do Protocolo de ACCR em Pediatria (ANEXO C), o qual foi utilizado na quinta etapa da tese, em que a pesquisadora realizou a aplicação do Protocolo de ACCR em Pediatria na prática clínica.

7 CONCLUSÃO

Como conclusão das quatro etapas realizadas na presente pesquisa identificou-se que o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria desenvolvido em Fortaleza-Ceará-Brasil é confiável e válido na prática clínica para classificar a prioridade de atendimento de crianças e adolescentes em situação de urgência/emergência.

Portanto, a tese foi defendida de que o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria é uma tecnologia em saúde válida, confiável e segura para a determinação da prioridade de atendimento, a partir do grau de sofrimento e risco de complicações e morte nas filas de espera das emergências pediátricas, contribuindo para uma tomada de decisão rápida e eficaz no atendimento de tais usuários de saúde.

A partir das etapas seguidas na tese foi possível elaborar a 2ª Edição do Protocolo de Acolhimento com Classificação em Pediatria após aprofundamento teórico nas bases científicas e na literatura pertinente à temática, ressaltando a necessidade da prática baseada em evidências.

A 1ª versão da 2ª edição foi apresentada e adaptada com alguns ajustes relatados pelo público utilizador do protocolo por meio da realização do curso de capacitação em que houve uma discussão grupal, a partir da realização de um curso de capacitação sobre ACCR em Pediatria para a equipe multiprofissional atuante na unidade de urgência/emergência pediátrica.

Após essa etapa foi necessário realizar a validação de conteúdo e da aparência com IVC geral de 0,989 demonstrando 92% de concordância entre os juízes especialistas os quais avaliaram os critérios de simplicidade, clareza e relevância dos itens contidos nessa tecnologia em saúde, como produto dessa segunda etapa surgiu a 2ª versão da 2ª Edição do Protocolo,

Para a terceira etapa denominada de confiabilidade interobservadores do Protocolo de ACCR em Pediatria percebeu-se à equivalência por meio do grau de concordância de enfermeiros treinados e a pesquisadora assim como os enfermeiros não treinados e a pesquisadora durante a avaliação de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência.

Nesta etapa constatou-se uma maioria de pacientes do sexo masculino (51,2%) com média de idade de 4 anos e 16 meses, predomínio de crianças que não estudavam (52,5%), com a maior parte de crianças e/ou adolescentes classificados como menor urgência, verde (50,7%) e não urgente, azul (29,3%) atribuídas pelos enfermeiros classificadores interobservadores, totalizando uma amostra de 80%. Estes resultados tiveram variação mínima com 77,7% de classificação de menor urgência e não urgência atribuída pela pesquisadora. Demonstrando, assim, o perfil do público da Instituição de saúde em estudo.

No que se refere ao grau de concordância interobservadores concluiu-se concordância substancial ($Kappa = 0,619$; $p = 0,067$) para o ECNT- 1 com a pesquisadora. Enquanto que o ECINT-2 obteve concordância excelente ($Kappa = 0,887$; $p = 0,410$). No entanto, vale ressaltar que tal índice apresentou-se não estatisticamente significativo quando comparado aos enfermeiros treinados. E sobre a concordância entre os ECINT e a Pesquisadora identificou-se resultados que compreendem concordância substancial ($Kappa = 0,619$; $p = 0,067$) para o ECNT- 1 com a pesquisadora. Enquanto que o ECINT-2 obteve concordância excelente ($Kappa = 0,887$; $p = 0,410$). No entanto, vale ressaltar que tal índice apresentou-se não estatisticamente significativo quando comparado aos enfermeiros treinados.

Nesse aspecto, percebeu-se que o protocolo é confiável para realizar à medida que se propõe com qualquer tipo de enfermeiro, seja ele treinado ou não treinado para o atendimento de classificação de risco em pediatria. Ou seja, é possível inferir que o protocolo se trata de uma tecnologia confiável para a determinação da prioridade de atendimento de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência, independente da necessidade do treinamento.

Na quarta etapa da tese houve a aplicação do protocolo de ACCR em pediatria para obtenção da validade na prática clínica dessa tecnologia, com determinação da prioridade de atendimento, identificação dos principais discriminadores de classificação de risco e avaliou-se as propriedades favoráveis a aplicação e validação do instrumento na prática clínica de urgência/emergência pediátrica.

Concluiu-se que foi possível realizar a validação clínica do Protocolo, com a avaliação de 200 crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência em que houve maior frequência de alterações dos sinais vitais (24,5%) e alterações respiratórias (20,5%) como discriminadores clínicos em saúde. Destes, 45,0% foram classificados como azul e 57,5% sem dor.

Como limitação do estudo evidenciou-se dificuldade de adesão dos enfermeiros em valorizar e aderir a capacitação sobre o uso do Protocolo de ACCR em Pediatria como tecnologia em saúde. O perfil clínico das crianças e adolescentes atendidos na instituição do estudo, que não houve nenhum caso de emergência com classificação de risco vermelho, como necessidade de atendimento médico imediato e acionamento de sinal sonoro, durante a coleta de dados. E a dificuldade de envolvimento dos gestores em saúde com a implementação do processo de ACCR nas portas de entrada do SUS, já que frequentemente havia redução de recursos humanos com apenas um (a) enfermeiro (a) na escala de 12 horas e falta de material adequado para realização do exame físico direcionado de modo a favorecer um julgamento clínico criterioso para a determinação da classificação de risco de crianças e/ou adolescentes em situação de urgência/emergência.

A presente pesquisa trouxe como implicação para a prática em saúde o Protocolo de ACCR em Pediatria como uma tecnologia em saúde confiável e válida na prática clínica. Já que sua utilização pode configurar uma estratégia apropriada e segura, possibilitando ao enfermeiro classificador um direcionamento adequado para a determinação da prioridade de atendimento de crianças e adolescentes em situações de urgência/emergência pediátrica.

A limitação do estudo se refere à capacidade de generalização dos resultados já que a realização da validação do Protocolo de ACCR em Pediatria foi realizado em apenas uma unidade de urgência/emergência da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.4, p.181-190, 2012.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011.
- ATAK, L.; MCLEAN, D.; LEBLANC, L.; LUKE, R. Preparing ED nurses to use the Canadian triage and acuity scale with web-based learning. **J Emerg Nurs.**, v.30, n. 3, p. 273-274, 2004.
- BAUMANN, M. R.; STROUT, T. D. Evaluation of the emergency severity index (Version 3) triage algorithm in pediatric patients. **Acad Emerg Med.**, v.12, n. 3, p.219-224, 2005.
- BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. **Texto Contexto Enferm.** v.21, n.1, p. 217-225, 2012.
- BEZERRA, A. L. Q.; QUEIROZ, E. S.; WEBER, J.; MUNARI, D. B. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev Eletr Enf.** v.14, n.3, p.618-625, 2012. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a19.pdf Acesso em: 21 mar. 2015.
- BEZERRA, R. **Chuvas favorecem crise alérgica.** 2015. Disponível em:<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/chuvas-favorecem-crises-alergicas-1.1382735> Acesso em: 20 abril 2016.
- BICHEL-FINDLAY, J.; CALLEN, J.; SARA, A. Health information systems and improved patient outcomes: do nurses see the connection? **Stud Health Technol Inform.**, v.146, p.378-382, 2009.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Cienc Saude Coletiva.**, v.12, n.4, p.929-934, 2007.
- BOJO, A. K. S.; HALL-LORD, M. L.; AXELSSON, O.; UDÉN, G.; LARSSON, B. W. Midwifery care: development of a fan instrument to measure quality base on the World Health Organization's classification of care in normal birth. **J Clin Nurs Osford**, v.13, n.1, p.75-83, 2004.
- BONFIM, C. M.; NOGUEIRA, M. L.; SIMAS, P. V. M.; GARDINASSI, L. G. A.; DURIGON, E. L.; RAHAL, P, et al. Patógenos respiratórios frequentes em casos de infecções do trato respiratório em crianças de creche. **J Pediatr.**, v.87, n.5, p.439-444, 2011.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.
- _____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____.Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto promoção da saúde**. As cartas de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

_____.Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256p.

_____.Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Decreto nº 7.646, de 21 de Dezembro de 2011. Dispõem sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 2012.

_____.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de Avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.2, p.283-90, 2010

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.1, p. 45-53, 2010.

CALDEIRA, T.; SANTOS, G.; PONTES, E.; DOURADO, R.; RODRIGUES, L. O dia-a-dia de uma emergência pediátrica. **Rev Acta Pediatr Port.**, v.1, n.37, p.1-4. 2006.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate.**, v.38, n.esp, p.252-264, 2014.

CAPELLARI, C. **Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz em pacientes em tratamento hemodialítico**. 2007. 97 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CARNEIRO, S.M.; DUTRA, H.S.; COSTA, F.M.; MENDES, S.E.; ARREGUY-SENA, C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev Rene**. v.17, n.2, p.208-16, 2016.

CHANG, P.; HSU, Y. S.; TZENG, Y. M.; SANG, Y. Y.; HOU, I. C.; KAO, W. F. The development of intelligent, triage-based, mass-gathering emergency medical service PDA support systems. **J Nurs Res.**, v.12, n.3, p.227-236, 2004.

CHANG, Y. C. ; NG, C. J. ; WU, C. T. ; CHEN, J. C. ; HSU, K. H. Effectiveness of a five-level Paediatric Triage System: an analysis of resource utilisation in the emergency department in Taiwan. **Emerg Med J.**, v.30, n.9, p.735-739, 2013.

CHIESA, A. M. **Protocolo de enfermagem: atenção à saúde da mulher**. São Paulo (SP): Secretaria Municipal de São Paulo, 2003.

CLAUDINO, H.G.; GOUVEIA, E.M.L.; SANTOS, S.R.; LOPES, M.E.L. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Enferm UERJ**. v.21, n.3, p. 397-402, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Resolução COFEN Nº 423/2012**. Normatiza no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. urgência [Internet]. 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html Acesso em: 21 abr 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. **Parecer COREN nº 005/2010**. Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco na urgência [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/portal/index.php/pareceres/parecer-coren/684-no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos> Acesso em: 21 abr 2015.

CORDEIRO JÚNIOR, W. **A gestão de riscos na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

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

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública.**, v.20, n.3, p.780-788, 2004.

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

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DIAZ-BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes; 2007.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. **Significado de confiabilidade, 2009-2016.** 2009. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/confiabilidade/>> Acesso em: 25 jan. 2015.

ENFERMAGEM/SA. **Classificação de Risco na Urgência e Emergência.** 2011. Disponível em: <http://www.enfermagensa.com/classificacao-de-risco/classificacao-de-risco-na-urgencia-e-emergencia/> Acesso em: 16 ago. 2015.

FEHRING, R. J. Symposium of validation models: the Fehring model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.) **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association.** Philadelphia: Lippincott, 1994.

FELIPE, G. F.; SILVA, V. M.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; LIMA, F. E. T.; MAGALHÃES, F. J. Produção científica sobre triagem e acolhimento com classificação de risco em pediatria. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 18., 2015, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: ABEn, 2015.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto–SP.** 2004. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa.** Curitiba: Positivo, 2010. 2222p.

FIRDAUS, G.; AHMAD, A. Relationship between housing and health: a cross-sectional study of an urban Centre of India. **Indoor Built Environ.**, v.22, n.3, p.498-507, 2013.

FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. **Segurança do paciente.** São Paulo: Martinari, 2014.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Cienc Cuid Saúde.**, v.6, suppl. 2, p.481-487, 2007.

FRANCISCO, P.M.S.B.; DONALISIO, M.R.; BARROS, M.B.A.; CESAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev. bras. epidemiol.** v.11, n.3, 2008.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde.**, v.7, n.1, p.65-72, 2008.

GESTEIRA, E. R.; JUNIOR, E. S.; GOMES, I. M.; ALBINO, L. C.; PERSEGUIN, W. L. Neonate pain assessment and non-pharmacological methods of pain relief utilized by nurses in a neonatal ICU. **J Enferm UFPE on line.** v.5, n.4, p.1017-1023, 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1559> Acesso em: 13 mar. 2016.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health.**, v.20, n.3, p.269-274, 1997.

GRAVEL, J.; MANZANO, S.; ARSENAULT, M. Safety of a modification of the triage level for febrile children 6 to 36 months old using the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale. **CJEM.**, v.10, n.1, p.32-37, 2008.

GRAVEL, J.; MANZANO, S.; ARSENAULT, M. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. **CJEM.**, v.11, n.1, p.23-28, 2009.

GRISPAN E SILVA, L. D.; LIMA, L. S.; TACLA, M. T. G. M.; FERRARI, A. P. Escalas de avaliação de dor: processo de implantação em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev Enferm UFPE on line.**, v.8, n.4, p.857-863, 2014. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4114/pdf_4851 Acesso em: 13 mar. 2016.

GUPTA, R. Smoking, educational status & health inequity in India. **Indian J Med Res.**, v.124, n.1, p.15-22, 2006.

HILSENDEGER, B. R.; NETH, C.; BELAVER, G. M. **Avaliação do acolhimento com classificação de risco na percepção dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar.** 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

JESUS, M. C. P.; FIGUEIREDO, M. A. G.; SANTOS, S. M. R.; AMARAL, A. M. M.; ROCHA, L. O.; THIOLLENT, M. J. M. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP.**, v.45, n.5, p.1229-1236, 2011.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.** Illinois (EUA): Hospital Accreditation Standarts, 2006. 178p.

JÚNIOR, W.C. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. **Rev Adm Hosp Inov Saúde.**, n.2, p.23-28, 2009.

KAMPER-JØRGENSEN, M.; WOHLFAHRT, J.; SIMONSEN, J.; GRØNBAEK, M.; BENN, C. S. Population-based study of the impact of childcare attendance on hospitalizations for acute respiratory infections. **Pediatrics.** v.118, n.4, p.1439-1446, 2006.

KANEGANE, K. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes Manchester Triage System (MTS) e adaptação para o setor de urgência odontológica.** 2011. Tese (doutorado em Odontologia) – Faculdade Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

KOBAYASHI, R. M.; FRIAS, M. A. E.; LEITE, M. M. J. Caracterização das publicações sobre a educação profissional de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP.**, v.35, n.1, p.72-79, 2001.

KOTZ, S.; JOHNSON, N.L. **Encyclopedia of statistical sciences.** New York: John Wiley & Sons. v.4, p.352-4, 1983.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics.** v. 33, p.159-75, 1977.

LAGIOIA, U. C. T.; RIBEIRO FILHO, J. F.; FALK, J. Á.; LIBONATI, J. J.; LOPES, J. E. G. A gestão por processo gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da unidade de

ortopedia e traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Rev Contab Financ.** v.19, n.48, p.77-90, 2008.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics.**, v.33, n.1, p.159-174, 1977.

LOBIONDO-WOOD; G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: _____. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p.186-189.

LOPES, J. B. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa.** 2011. 36f. [Monografia de Graduação] – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

LUGO, S.; PAVLICICH, V. Aplicación del Triángulo de Evaluación Pediátrica al sistema de clasificación de triaje en un Servicio de Urgencias. **Pediatr (Asunción).** v. 39, n. 1, p.27-32, 2012

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v.35, n.6, p.382-385, 1986.

MAFRA, A. A.; MARTINS, P.; SHIMAZAKI, M. E.; BARBOSA, Y. R.; RATES, S. M. M.; NORONHA, R et al. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.** Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza, 2008.

MAGALHÃES, F. J. **Validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.** 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.15, n.1, p.1-8, 2007.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso uma estratégia de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006.

MINITAB. **Estatísticas Kappa e coeficientes de Kendall.** 2016. Disponível em: <http://support.minitab.com/pt-br/minitab/17/topic-library/quality-tools/measurement-system-analysis/attribute-agreement-analysis/kappa-statistics-and-kendall-s-coefficients/> Acesso em: 18 abr. 2016.

NAKATANI, A. Y. K.; CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. O ensino do exame físico pulmonar através do método de problematização. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v.8, n.6, p.117-123, 2000.

NASCIMENTO, E. R. P.; HILSENDEGER, B. R.; NETH, C.; BELAVER, G. M.; BERTONCELLO, K. C. G. Classificação de Risco na Emergência: Avaliação da Equipe de Enfermagem. **Rev Enferm UERJ.**, n. 19, v. 1, p.84-48, 2011.

NETA, M. E. **Avaliação de tecnologias em saúde: evidências clínicas, análise econômica e análise de decisão.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

NISHIO, E. A.; URRUTIA, M.; ARAÚJO, J. E. Análise pela lógica difusa da condição de risco e sinais vitais para atendimento em Unidade de Emergência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 11., 2008. **Anais...** Campos do Jordão, São Paulo, 2008.

NUNES, F.M.F. Tomada de decisão de enfermagem em emergência. **Nursing.**, n.219, p.6-11, 2007.

O'CONNELL, B. Diagnostic reliability. a study of the process. **Nurs Diagn.**, v. 6, n. 3, p. 99-107, 1995.

OLIVEIRA, D. A.; GUIMARÃES, J. P. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Cad Saúde Desenvol.**, v.2, n.2, p.25-44, 2013.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher Mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.** v.17, n.1, p.115-123, 2008.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação de Breastfeeding Self-Efficacy Scale:** aplicação em gestantes, 2008. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

PALLIN, D.; LAHMAN, M.; BAUMLIN, K. Information technology in emergency medicine residency-affiliated emergency departments. **Acad Emerg Med.**, v.10, n.8, p.848-52, 2003.

PARRILLA RUIZ, F. M.; CÁRDENAS CUZ, D. P.; VARGAS ORTEGA, D. A.; PARRILLA RUIZ, E. I.; DIAZ CASTELLANOS, M. A.; CÁRDENAS CRUZ, A. Triage en urgencias: facultativo versus enfermería. **Emergencias.**, v.15, n.3, p.148-151, 2003.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicol Teoria Pesq.**, v.23, n.esp, p.99-107, 2007.

_____. **Piscometria:** teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

PEREIRA, D. S. **Instrumento de acolhimento com avaliação e classificação de risco: a história de um projeto.** 2010. Monografia (Especialização em Informação Científica E Tecnológica em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2010.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev Esc Enferm USP.**, v.32, n.2, p.153-168, 1998.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade intervaliadores de um instrumento para classificação de pacientes - coeficiente Kappa. **Rev Esc Enferm USP.** v.37, n.1, p: 72-80, 2003.

PINTO, J. S.; LOPES, J. M.; OLIVEIRA, J.V.; AMARO, J. P. **Métodos para medição de reprodutibilidade de medidas:** coeficiente de correlação intraclases. Disponível em: <http://users.med.up.pt/joakim/intromed/coeficientecorrelacaointraclasse.htm> Acesso em: 20 set. 2015.

PIRES, P.S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência:** “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS). 2003.

Tese. (doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Análise quantitativa. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.167-198.

RICCETTO, A. G. L.; ZAMBON, M. P.; MARMO, D. B.; BRANDÃO, M. B.; QUEIROZ, R. A.; REIS, M. C, et al. Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. **Rev Paul Pediatr.**, v.25, n.2, p.156-160, 2007.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.5, p.629-636, 2008.

RODRIGUES, P. C.; PEDROSO, L. C. S.; OLIVEIRA, V. H. **Acolhimento com classificação de risco em assistência médica ambulatorial**. [Internet]. 2008. Disponível em: http://www.aps.santamarcelina.org/aps/Pdf/normas/Manual_Acolhimento.pdf Acesso em: 20 set. 2015.

ROMANI, H. M.; SPERANDIO, J. A.; SPERANDIO, J. L.; DINIZ, M.N.; INÁCIO, M. A. M. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Rev Bioética.**, v. 17, n. 1, p.41-53, 2009.

ROUKEMA, J.; STEYERBERG, E. W.; VAN MEURS, A.; RUIGE, M.; VAN DER LEI, J.; MOLL, H. A. Validity of the Manchester triage system in pediatric emergency care. **Emerg Med J.**, v.23, n.12, p.906-910, 2006;

RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S. S.; LEE, S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res.**, v.27, n.2, p.94-105, 2003.

SALMOND, S. S. Evaluating their liability and validity of measurement instruments. **OrthopNurs.**, v. 27, n. 1, p. 28-30, 2008.

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

SALES, L. F. **Relações conceituais para instrumentos de padronização terminológica: um novo modelo para o uso em ontologias**. VIII ENANCIB– Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação. Salvador-Bahia-Brasil, 2007.

SANTOS, M. A. Acolhimento com classificação de risco: um fio guia da administração em emergência. **Rev Saúde Desenvol.**, v.6 n.3, p.56-69, 2014.

SCOBLE, M. Implementing triage in a children's assessment unit. **Nurs Stand.**, v.18, n.34, p.41-44, 2004.

SIEGER, N.; VAN VEEN, M.; ALMEIDA, H.; STEYERBERG, E. W.; VAN MEURS, A. H.; CARNEIRO, R, et al. Improving the Manchester Triage System for Pediatric Emergency Care: An International Multicenter Study. **PLoS ONE.**, v.9, n.1, p. e83267, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24454699> Acesso em: 20 jan. 2016.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev APS.** v.11, n.1, p.74-84, 2008.

SILVA, F. C.; THULER, L. C. S. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. **J Pediatr.**, v. 84, n.4, p.344-349, 2008.

SIMÃO, C. M. F.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.1, p.30-35, 2013.

SIMONS, D. A.; MONLLEÓ, I. L.; SIMONS, A. S.; ARAÚJO JUNIOR, J. L. Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na unidade de emergência em Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, v.10, n.1, p.59-67, 2010.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v.5, n.4, p 493-503, 2005.

SOUZA, C. C. **S729g Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.** 2009. 119 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, C. C.; TOLEDO, A. D.; TADEU, L. FL. R.; CHIANCA, T. C. M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.19, n.1, p. 26-33, 2011.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use.** Oxford: Oxford University Press, 1998.

TANABE, P.; GIMBEL, R.; YARNOLD, P. R.; ADAMS, J. G. The Emergency Severity Index (version 3) 5-Level Triage System Scores Predict ED Resource Consumption. **J Emerg Nurs.**, v.1, n.30, p.22-29, 2004.

TARBULINI, G. ; Di, M. ; MAGGI, R. S. ; VILARIM, J. N. ; GOVE, S. Evaluation of guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. **Arch Dis Child.**, v.81, n. p.478-482, 1999.

TEIXEIRA, P.; VAZ, F. A. C.; CAMPOS, F. C. C.; ÁLVARES, J. AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p.2115-2122, 2008.

TRAVERS, D. A.; WALLER, A. E.; KATZNELSON, J. AGANS, R. Reliability and validity of the emergency severity index for pediatric triage. **Acad Emerg Med.**, v.16, n.9, p.843-849, 2009.

VAN VEEN, M.; MOLL, H. A. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med.**, v.17, p.38, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19712467> Acesso em: 18 abr. 2016.

VAN VEEN, M.; STEYERBERG, E. W.; RUIGE, M, VAN MEURS, A. H.; ROUKEMA, J.; VAN DER LEI, J et al. Manchester triage system in pediatric emergency care: prospective observational study. **BMJ.** v.22; n.337, p.1501, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18809587> Acesso em: 18 abr. 2016.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. Rio de Janeiro: Campus; 1998.

WALLIS, L. A.; CARLEY, S. Comparison of paediatric major incident primary triage tools. **Emerg Med J.**, v.23, n.6, p:475-478, 2006.

WANG, L.; ZHOU, H.; ZHU, J. F. Application of emergency severity index in pediatric emergency department. **World J Emerg Med.**, v.2, n. 4, p. 279-282, 2011.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WESTMORELAND, D.; WESORICK, B.; HANSON, D.; WYNGARDN, K. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **J Nurs Care Qual.**, v.14, n.4, p.16-27, 2000.

ZANELLATTO, D. M.; DAL PAI. D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciênc Cuid Saúde**. v.9, n.2, p.358-65, 2010.

APÊNDICE A – Casos clínicos de urgência/emergência em pediatria

Número	Caso	Classificação
1	Criança, 2 meses, deu entrada na unidade de urgência e emergência com sua genitora, a qual referiu história de cansaço durante a noite e sem urinar há 6 horas. Agora encontra-se letárgica. Presença de edema em membros inferiores, com cianose de extremidades, taquidispneia e bradicardia. Peso = 2.233 g, T= 36,2° C, SatO ₂ = 87%.	
2	Criança, 5 anos, eutrófica, deu entrada na unidade de urgência e emergência com a vizinha. Esta refere que a criança apresenta de coriza nasal há dois dias sem febre e hoje surgiu tosse seca sem secreção. Encontra-se em bom estado geral, ativa, bem humorada e comunicativa. Peso = 20Kg. T= 36,5° C	
3	Criança, 4 anos, chegou a unidade de urgência e emergência acompanhada de sua mãe. Mãe refere que passou a noite toda com tosse persistente e não aceita alimentação, nem líquidos. Encontra-se com dispnéia intensa, tiragem intercostal e subdiafragmática, sem conseguir formular frases. Peso = 16Kg. T= 38,9° C, SatO ₂ = 88%.	
4	Criança, 6 meses deu entrada na unidade de urgência e emergência, com história de febre há 2 dias e tumor na face direita, com rápido crescimento em 12 horas. Irritada, boca seca, com anorexia intensa. Nega vômitos.	
5	Criança, 1 ano, chegou a unidade de urgência e emergência com a mãe. Refere que a criança tem, há 10 dias, gripe e tosse produtiva. Foi avaliada por diversas vezes no Posto de Saúde sendo medicada e encaminhada para casa. Apresenta febre há 3 dias persistente, com secreção oral amarelada e espessa. Não concilia o sono e repouso, devido cansaço com gemência durante a noite. Ausculta pulmonar com sibilância. Peso= 10.500g. T=39,2° C. SatO ₂ = 85%	
6	Criança, 2 anos apresenta diarreia há 2 dias. Mãe refere que a criança apresenta evacuações líquidas em média de 4 vezes ao dia desde ontem. Aceitando soro de reidratação oral, porém, apresentou episódios de vômitos hoje. Agora não aceita dieta nem o soro de reidratação oral. Mucosas úmidas e diurese presente no período. T= 36,1° C.	
7	Adolescente, 13 anos chega à unidade de urgência e emergência acompanhada de uma tia, refere sangramento vaginal intenso há dois dias. Hoje queixa-se de dores no baixo ventre. Relata que não menstruou no mês passado e iniciou a vida sexual há 7 meses.	
8	Criança, 7 anos, eutrófica, ativa. Mãe refere que a criança que apresenta alergia a picada de insetos (pernilongo), desde os primeiros anos de vida. Com o início das chuvas voltou a apresentar lesões nos membros inferiores com prurido e inflamação. Peso= 28.250g. T=38,1° C.	
9	Adolescente, 11 anos chega à unidade de urgência e emergência acompanhada de uma tia. Informa que sua primeira menstruação foi ontem. Hoje apresenta dores em baixo ventre. Peso=46.300g. T=36,4° C.	
10	Criança, 6 anos, com história de eliminações de áscaris pelas fezes, ontem, sem outros sintomas associados. Nega dores abdominais e vômitos. Mãe refere que fez uso de medicamento para verme há dois anos. Peso= 22.340g. T=36,4° C.	
11	Criança, 10 anos, trazido à unidade de urgência e emergência pela mãe no carro do vizinho. Apresenta-se alerta, levemente agitado, potencialmente agressivo com alucinação e desorientação. Pode ter risco para si e para outrem. Peso= 36.400g. T=36,3° C.	
12	Criança, 5 anos e 3 meses, apresenta eliminações de áscaris pelas fezes há 2 dias e por vômitos, com dor abdominal intensa (9/10). Mãe nega uso de medicamento para verme. Adinâmico, dificuldade de verbalizar, de deambular e com recusa alimentar. Peso= 21.200g. T=36,8° C.	
13	Criança, 10 anos, trazida pelo SAMU com história de trauma. Profissional do SAMU refere que, testemunhas, viram a criança ser pressionada contra um muro, ao sair da escola, por um veículo que perdeu o controle da direção. Apresenta dificuldade respiratória, hipocorada, crepitação óssea bilateral em arcos costais, choro fraco e intermitente. PA = 80 x 60 mmHg.	
14	Criança, 7 anos e 6 meses, sexo feminino, portadora de seqüelas neurológicas devido PCR durante o parto, totalmente dependente de cuidados. Chegou a unidade com coriza nasal e irritada. Impossibilitada de deambulação, levada nos braços da mãe. Peso=27.500g, T= 36,8° C.	
15	Criança, 4 anos e 2 meses, chegou à unidade de urgência e emergência com a mãe, aos gritos, dizendo que seu filho se queimou com água quente da panela. Apresentava queimaduras com vermelhidão sem bolhas nas mãos e pés.	
16	Adolescente, 15 anos, grávida de cinco meses. Estava na fila do Banco, em que houve um assalto e ela desmaiou de susto. Chegou à unidade de urgência e emergência caminhando,	

	trazida por clientes do banco. Queixa-se de dor abdominal e apresenta palidez facial. PA = 100x60 mmHg, FR = 20irpm	
17	Criança, 5 anos, sexo masculino. Deu entrada à unidade de urgência e emergência com história de ter passado próximo a uma árvore que caiu e atingiu um poste de rede elétrica e desmaio imediato. Apresenta-se letárgico, Pulso filiforme, FR = 35 irpm, palidez facial, PA inaudível. Sinais de queimadura em região torácica. T=36,8° C.	
18	Criança, 2 anos e 3 meses, sexo feminino, chegou à unidade de urgência e emergência acompanhada da mãe, com história de febre há 3 dias. Foi medicada em casa, conforme prescrição médica de consultas anteriores. Mãe refere que a criança nega alimentação e chora muito. Peso=12.200g, T= 37,9° C. Após 40 minutos, a criança começou a apresentar episódios de convulsão, enquanto aguardava atendimento.	
19	RN, 5 dias, chegou à unidade de urgência e emergência com a avó. Apresenta-se irritado, choro persistente. P= 3.350g. T=36,2° C.	
20	Criança, 10 meses, sexo masculino, chegou à unidade de urgência e emergência, acompanhada da avó, trazidos pelo vizinho. Avó refere episódio de convulsão em casa que cessou em menos de 5 minutos, achava que tinha sido a primeira vez desse acontecido. Apresenta-se alerta T= 36,6° C, FR= 25 irpm.	
21	Criança, 4 anos e 1 mês, sexo masculino, chegou à unidade de urgência e emergência trazida pela mãe. Queixa-se de dor de garganta e de ouvido, tosse produtiva e rinorreia purulenta. Peso=15,3Kg. T=37,8°C.	
22	Criança, 8 anos, sexo feminino, trazida à unidade de urgência e emergência acompanhada pela mãe. Esta relata que a criança está com fastio e a trouxe para realizar exames laboratoriais, pois faz mais de ano não faz uso de medicamentos para verme. Peso= 30,8Kg. T=36,0° C	
23	Criança, 5 anos e 3 meses, sexo feminino, deu entrada à unidade de urgência e emergência acompanhada pela mãe. Queixa-se de dor abdominal. Mãe relata história de prisão de ventre há 10 dias e distensão abdominal. Encontra-se prostrada, chorando muito e recusando a alimentação. Peso= 16.200g. T=36,8° C.	
24	Criança, 6 anos, sexo feminino, deu entrada à unidade de urgência e emergência acompanhada pela mãe. Queixa-se de dor pélvica, chorando muito, com tremores e medo de falar. Mãe percebeu o isolamento da criança e presença de sangue na calcinha. Relatou, ainda, que pai da criança passou o final de semana com a filha e deixou-a em casa há aproximadamente duas horas, mas que já tem costume de visitá-lo. Peso= 20,5kg. T=37,2° C.	
25	Criança, 10 meses, sexo masculino, deu entrada à unidade de urgência e emergência acompanhada pela mãe. Esta refere que seu filho apresenta diarreia líquida, sem quantificar número de episódios e febre que teve início hoje. Apresenta-se irritada, com boca seca, olhos encovados e choro sem lágrimas. T=37,5°C; Peso=8,7 Kg. Após 1:30h a criança ainda não havia sido atendida pelo médico. Mãe refere que a criança apresentou três episódios de diarreia e piorou. Encontra-se hipoativa, turgor da pele diminuído, mucosas muito secas, sem diurese +/- 12h. Nega vômitos. Pulso fino, FC= 150bpm.	
26	Criança, 10 anos, chega à emergência acompanhada da mãe. Refere febre com início hoje, coriza nasal hialina. Nega tosse, expectoração ou dispneia. A mãe reside em área de cobertura do PSF, porém não procurou atendimento, pois referiu que faltava médico. Durante o atendimento de enfermagem, mãe refere que seu outro filho de 5 dias está internado na unidade neonatal do hospital, em uso de antibiótico para tratamento de infecção. Demonstra medo de perder o filho, pois este já esteve em uso de oxigênio. Relata que o internamento modificou sua rotina doméstica, pois fica o dia inteiro no hospital, dando pouca atenção aos outros filhos. Os quais ficam em casa na companhia da avó de 80 anos.	
27	Criança, 1 ano e 7 meses foi encaminhada do PSF para a emergência do hospital. Apresenta dispneia com tiragem subcostal, taquipneia com FC= 28 irpm, tosse seca e vômitos frequentes. Não urina há seis horas.	
28	Criança, 8 anos, trazida à unidade de urgência e emergência acompanhada pela mãe. Apresenta prostração. FC=88bpm. PA=100x62mmHg. FR=20irpm. Temp.= 36,7°C. Glicemia=96mg/dl. Não atende ao comando, reage à dor.	

APÊNDICE B– Kit de Avaliação dos Juízes

1. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria

O termo classificação de risco é definido como o ato de identificar e decidir a prioridade de atendimento do usuário de saúde em situações de urgência e emergência. Esta classificação é determinada a partir de critérios tais como: as condições relacionadas às complicações e risco de morte, a uma queixa principal manifestada ou relatada pelos usuários de saúde e/ou seus acompanhantes, bem como a realização de uma anamnese e de um exame físico direcionado.

Para isso, muitos desses serviços utilizam tecnologias como os protocolos de atendimento para a classificação de risco, os quais possuem critérios de classificação com sinais de alerta (queixa clínica principal) e indicadores clínicos (manifestações clínicas associadas como antecedentes e/ou consequentes do sinal de alerta), identificados por cores e com tempo mínimo de atendimento e de reavaliação, com o propósito de garantir o atendimento e não a exclusão do usuário de saúde.

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 (CPTAS)*, e o *Manchester Triage System (MTS)*.

Para o presente estudo, destaca-se o *Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria* como uma tecnologia em saúde válida quanto ao conteúdo e a aparência, desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de favorecer o direcionamento profissional no estabelecimento da prioridade de atendimento. Assim como se propõe à redução de agravos e morbimortalidade nas filas de espera pediátricas, de modo a buscar, também, a melhoria do acesso do usuário ao serviço de saúde com justiça e equidade (MAGALHÃES, 2012).

Este protocolo utiliza-se de critérios de classificação para a prioridade de atendimento os quais consideram cinco prioridades de atendimento, denominados como: prioridade I – vermelho: atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro; prioridade II – vermelho/laranja: atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro e reavaliação pela enfermeira a cada 15 minutos; prioridade III – amarelo: avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pela enfermeira a cada 30 minutos; prioridade IV – verde: avaliação médica em até uma hora ou reavaliação pela enfermeira a cada uma hora; prioridade V- azul: não urgente, avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito a outra unidade básica de saúde, com contato telefônico prévio e garantia de atendimento (MAFRA *et al.*, 2008).

2. Objetivo e Justificativa da Pesquisa

O processo de validação de aparência e conteúdo desse protocolo, realizada na Dissertação de Mestrado “Validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria” obteve-se a aparência como adequada quanto à simplicidade, clareza e relevância, uma vez que houve um índice de validade de conteúdo (IVC) acima de 80% em cinco dos seis itens em análise. Quanto ao conteúdo, constatou-se que as avaliações de aspectos gerais e estruturais do protocolo obtiveram uma média de 0,837 de IVC, com avaliação dos sinais de alerta, indicadores clínicos, apropriação e correspondência da classificação de risco determinada pelo juiz e a preconizada pelo protocolo, com 80% de concordância quanto à simplicidade, clareza e relevância (MAGALHÃES, 2012).

No entanto, a partir das adequações sugeridas pelos juízes desse estudo evidenciou-se a necessidade de retorná-los de modo que pudessem analisar as condições de conteúdo do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria. Diante deste contexto, surgiu o objetivo de realizar um teste-piloto com juízes para avaliar o conteúdo reformulado de tal protocolo.

3. Critérios considerados na realização do teste-piloto de validação clínica

Para a realização do Teste-Piloto e reavaliação do protocolo de ACCR em pediatria, adotaram-se os princípios da psicometria de Paquali (1999) e alguns critérios tais como:

- **Critério de Simplicidade** → Um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas que confundem o respondente.

- **Critério de Clareza** → As frases devem ser curtas, utilizar expressões simples, inteligíveis, inequívocas, não usar gírias, o linguajar típico da população-meta, melhor afirmar a negatividade do que negar uma afirmação. É melhor dizer “sinto-me infeliz” do que “não me sinto feliz”.

- **Critério de Relevância** → A expressão deve ser condizente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido.

4. Diretrizes de avaliação

Com base nesse contexto sobre o Protocolo de ACCR em Pediatria solicita-se que o Senhor(a) Juiz(a) avalie os sinais de alerta e os indicadores clínicos presente nessa tecnologia em saúde. Acredita-se que vossa avaliação criteriosa poderá responder se o protocolo é adequado na prática clínica de saúde para classificar e determinar apropriadamente a prioridade

de atendimento da criança e/ou do adolescente em situação de urgência/emergência. Também poderá sugerir exclusão, acréscimos ou ajustes dos itens.

Cada item deve ser avaliado como **simples** (1- Adequado, 0- nem adequado e nem inadequado, -1 inadequado), **claro** (1- Adequado, 0- nem adequado e nem inadequado, -1 inadequado) e **relevante** (1- Adequado, 0- nem adequado e nem inadequado, -1 inadequado). Caso algum item do quadro não lhe pertinente a quaisquer desses critérios acrescente sua sugestão no espaço correspondente.

Quanto ao prazo para devolução de vossa avaliação da validação clínica do protocolo de ACCR é de no máximo 15 dias. Ressalta-se a importância de sua contribuição para que a validação do protocolo seja alcançada. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica ou por meio postal. A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser via eletrônica (digitalizado) ou por meio postal.

Agradeço antecipadamente a sua contribuição.

Fernanda Jorge Magalhães

Telefone: 85 99989622

E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com.br

5. Referências

- BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública. v. 25, n. 7, p.1439-1454, 2009.
- MAFRA, A.A; MARTINS, P. SHIMAZAKI, M.E.; BARBOSA, Y.R.; RATES, S.M.M; NORONHA, R.; BELEZIA, B.F.; ROCHA, M.O.C.; SALES, I.M.C; LIMA, F.E.T.; BATISTA, F.L.R.; PRADO, J.M.S.; CASTRO, P.M.E.B.;
- CARVALHO F.F.; CARVALHO, A.L.; MARTINS, M.C.B.; SOUZA, M.F.B.; SANTOS, G.F.; MELO, A.L.L. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.** Ministério da Saúde. Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza, 2008.
- MAGALHÃES, F.J. **Validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.** Dissertação (Mestrado). Fortaleza (CE). Universidade Federal do Ceará/UFC, 2012.
- PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração.** Brasília: Laboratório de Pesquisa em avaliação e medida – LabPAM, 1999.

APÊNDICE C - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido - Juízes

Caro (a) Senhor (a) Juiz,

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sou, Fernanda Jorge Magalhães, aluna do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação da Profª. Drª. Francisca Elisângela Teixeira Lima, com o título: “**Validação na Prática Clínica do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco e Pediatria**”.

Para tanto, o protocolo precisa ser submetido a um rigoroso processo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade clínica do instrumento. Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de juiz.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização desse trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que, nas apresentações desse trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Em caso de dúvidas contate as responsáveis pela pesquisa nos telefones:

Nome: Fernanda Jorge Magalhães. **Instituição:** Universidade Federal do Ceará.
Endereço: Rua Henrique Ellery, 513 (102). **Telefone:** (85) 99989622.

Nome: Francisca Elisângela Teixeira Lima. **Instituição:** Universidade Federal do Ceará.
Endereço: R. Alexandre Baraúna, 1115. **Telefone:** 9972-2828/86903250.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Telefone: 33668344

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário _____ Assinatura _____

Nome do pesquisador _____ Assinatura _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE _____ Assinatura _____

APÊNDICE D – Questionário de Caracterização dos Juízes

JUIZ Nº		
I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
A- Identificação		
B- Idade (meses e ano)		
C- Sexo	1. () Masculino	2. () Feminino
D- Escolaridade	1. () Graduação Tempo_____	2. () Pós-graduação Qual_____ Tempo_____
E- Tempo de experiência em Pediatria?		
F- Tempo de experiência em Classificação de risco?		

APÊNDICE E – Instrumentos de validação de conteúdo e aparência por juízes

ITEM AVALIADO	É SIMPLES			É CLARO			É RELEVANTE			SUGESTÕES
	-1*	0	1	-1*	0	1	-1*	0	1	
VERMELHO I										
VERMELHO II										
AMARELO										
VERDE										
AZUL										

*** 1-Concordo. 0 – Não concordo, nem discordo. -1 - Discordo**

APÊNDICE F – Questionário de Caracterização dos Juízes

ENFERMEIRA Nº		
I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
G- Identificação		
H- Idade (meses e ano)		
I- Sexo	1. () Masculino 2. () Feminino	
J- Escolaridade	1. () Graduação Tempo _____ _____	2. () Pós-graduação Qual _____ Tempo _____
K- Tempo de experiência em Pediatria?		
L- Tempo de experiência em Classificação de risco?		
M- Capacitação sobre ACCR em Pediatria?	1. () Sim 2. () Não / Motivo _____	
N- Utiliza o Protocolo de ACCR em Pediatria para classificar a prioridade de atendimento da criança e/ou adolescente?	1. () Sempre 2. () Raramente 3. () Nunca	
O- Utiliza as orientações preconizadas no Protocolo de ACCR em Pediatria?	1. () Sempre 2. () Raramente 3. () Nunca	
P- Qual a opinião sobre a 2ª Versão do Protocolo de ACCR em Pediatria?	1. () Excelente 2. () Bom 3. () Regular 4. () Ruim	
Q- Você entende que a utilização do Protocolo de ACCR em Pediatria é relevante para o exercício da profissão?	1. () Sim 2. () Não 3. () Em Partes	
R- Você acredita que os Enfermeiros terão facilidade em utilizá-lo na prática?	1. () Sem dificuldade 2. () Pouca Dificuldade 3. () Muita Dificuldade 4. () Extremamente difícil	
S- Propõe sugestões para melhoria da 2ª Versão do Protocolo de ACCR em Pediatria?	1. () Sim 2. () Não Se sim, quais? _____ _____ _____ _____	

APÊNDICE G – Avaliação e Classificação de risco em Pediatria

VALIDAÇÃO E CONFIABILIDADE DO PROTOCOLO DE ACCR EM PEDIATRIA											
GRUPO		Nº			Horário de Atendimento:						
I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO											
A- Nome											
B- Idade (ano e meses)											
C- Sexo		1.	<input type="checkbox"/> Masculino	2.	<input type="checkbox"/> Feminino						
D- Escolaridade (série)											
E- Queixa Principal											
F- Sinais vitais		PA _____	T _____	FR _____	FC _____	SatO ₂ _____	Glicemia _____				
G- Dados Antropométricos		Peso _____			Altura _____			IMC _____			
II – Marque com um X o DISCRIMINADOR DO PROTOCOLO DE ACCR EM PEDIATRIA											
	1-	ABSTINÊNCIA GRAVE DE ALCOOL E DROGAS					13-	HEMIPARESIA AGUDA			
	2-	ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS					14-	HEMORRAGIA			
	3-	ALTERAÇÃO HIDROELETROLÍTICA					15-	HISTÓRIA DE <i>DIABETES MELLITUS</i>			
	4-	ALTERAÇÃO NO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					16-	IMUNOSSUPRESSÃO			
	5-	ALTERAÇÃO RESPIRATORIA					17-	INFECÇÃO			
	6-	COMPROMETIMENTO HEMODINÂMICO					18-	INTOXICAÇÃO EXÓGENA E/OU ANAFILAXIA			
	7-	DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL					19-	PARADA CARDIORRESPIRATORIA			
	8-	DOR					20-	QUEIMADURA E/OU FERIDA			
	9-	DOR ABDOMINAL					21-	SITUAÇÕES ESPECIAIS			
	10-	DOR DE CABEÇA (CEFALEIA)					22-	TRAUMAS			
	11-	DOR TORÁCICA					23-	TRAUMA CRANIANO			
	12-	GRAVIDEZ SUPERIOR A 20 SEMANAS									
III - ESCALA DE DOR											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Classificação da dor	
IV - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO											
I VERMELHO		II - LARANJA			III - AMARELO			IV - VERDE		V - AZUL	
Observações:											

APÊNDICE H - Comparação dos sinais de alerta (1ª edição) e discriminadores com seus respectivos indicadores clínicos de saúde (2ª edição)

Sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde (1ª edição)	Discriminadores e indicadores clínicos de saúde (1ª versão da 2ª edição)
Organizados por Prioridade de Atendimento	Organizados por ordem alfabética e com cores unidas
Prioridade I – Vermelho	
1. Código de parada	Parada cardiorrespiratória
<ul style="list-style-type: none"> • Parada cardiorrespiratória • Iminência de parada 	<ul style="list-style-type: none"> • Iminência de parada • Não responsivo • Ausência de movimento respiratório • Pulso filiforme e/ou ausente
2, Trauma maior	Traumas
<ul style="list-style-type: none"> • Lesão grave de único ou múltiplos sistemas • Trauma craniano - ECG 3 a 8 • Grande queimado: > 25% da superfície corporal queimada ou acometimento de vias aéreas • Trauma torácico, abdominal ou craniano com: perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios. 	<p>Trauma grave</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesão grave de único ou múltiplo sistema • Trauma torácico ou abdominal (perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa (8-10/10) (ANEXO C), sintomas respiratórios) • Amputação com sangramento ativo
	Trauma craniano
	<p>Trauma Grave</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG 3 a 8 (ANEXO B) • Perfuração craniana • Alteração mental • Alteração dos sinais vitais (por exemplo: hipotensão taquicardia) (ANEXO A) • Dor intensa (8-10/10) (ANEXO C) • Alterações respiratórias.
3. Choque	Comprometimento hemodinâmico
<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão, taquicardia, bradicardia (Anexo A) ou alteração do sensório • Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural • Ventilação ou oxigenação ineficaz • Febre, toxemia • Pré-parada <p>Ex: choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão, taquicardia, bradicardia (ANEXO A) ou alteração do sistema sensorial • Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural, febre (ANEXO A), toxemia • Ventilação ou oxigenação ineficaz com Sat O₂ < 90% • Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos
4. Escala de Coma de Glasgow (ECG – 3 a 8)	Alteração no nível de consciência
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente irresponsivo, ou só com resposta à dor • Intoxicação exógena • Eventos SNC • Convulsão em atividade, pós-ictal • Distúrbios metabólicos (hipoglicemia) - 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente não responsivo ou responsivo à dor • ECG - 3 a 8 (ANEXO B) • Intoxicação exógena • Eventos no SNC como convulsão em atividade • Distúrbios metabólicos (por exemplo:

<p>DOSAR GLICEMIA CAPILAR!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doença psiquiátrica com rigidez de membros 	<p>hipoglicemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doença psiquiátrica com rigidez de membros
<p>4. Insuficiência respiratória</p>	<p>Alteração respiratória</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de falar (frases de uma palavra) • Cianose • Letargia - confusão mental • Taquicardia - bradicardia • PA, FR (Anexo A) • Dispneia extrema ou fadiga muscular • Saturação O₂ < 90% • Obstrução de via aérea • Ex: eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, edema agudo pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose 	<p>Dispneia intensa com fadiga muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sat O₂ < 90% • Incapacidade de falar (até mesmo frases curtas) • Cianose • Letargia com confusão mental • Sinais vitais alterados (ANEXO A) • Obstrução de vias aéreas <p>ATENÇÃO</p> <p>Eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, edema agudo de pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose.</p>
<p>5. Desidratação Grave</p>	<p>Alteração hidroeletrólítica</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Letargia • Dificuldade para beber • Boca muito seca • Olhos muito encovados • Fontanela muito deprimida • Prega cutânea se desfaz muito lentamente (> 10 segundos) • Pulso muito fino e enchimento capilar lento (> 5 segundos) 	<p>Desidratação grave (> 6 sinais)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais alterados (anexo a) • Letargia • Dificuldade para beber • Boca muito seca • Olhos muito encovados • Fontanela muito deprimida • Prega cutânea se desfaz muito lentamente (> 10 segundos) • Pulso muito fino e enchimento capilar muito lento (> 5 segundos)
<p>6. Gravidez >20 semanas</p>	<p>Gravidez superior a 20 semanas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com exteriorização de partes fetais ou com prolapso de cordão • Sangramento vaginal <p>Paciente típico da prioridade I</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente não-responsivo • Sinais vitais ausentes/instáveis (ANEXO A) • Insuficiência respiratória • Desidratação grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento vaginal • Gestante com exteriorização de partes fetais ou com prolapso de cordão.
	<p>Queimadura e/ou lesões de pele</p>
	<p>Queimaduras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grande queimado: > 25% da SCQ (ANEXO D) • Acometimento de vias aéreas

Organizados por Prioridade de Atendimento	Organizados por ordem alfabética e com cores unidas
Prioridade II – Vermelho II	
1. Alteração do estado mental	Alteração no nível de consciência
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com déficit cognitivo, agitação, letargia, confusão, <i>pós-ictal</i>, paralisia, sonolência, coma - ECG entre 9 e 13 (ANEXO B) • Febre • Crianças pequenas com irritabilidade, recusa alimentar • Ex. doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação <p>ATENÇÃO: DOSAR GLICEMIA CAPILAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit cognitivo, agitação, letargia, confusão mental, paralisia, sonolência, • ECG - 9 a13 (ANEXO B) • Febre (ANEXO A) • Crianças pequenas (lactente e pré-escolar) com irritabilidade e recusa alimentar • Doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação.
2. Trauma craniano	Trauma craniano
<ul style="list-style-type: none"> • Coma: ECG entre 9 e 13 (ANEXO B) • Perfuração da calota craniana • Paciente com: a) cefaléia intensa; b)perda consciência; confusão mental; c)convulsão; d) dor cervical; f) náusea e vômito. <p>ATENÇÃO! Casos de ejeção corporal, passageiro sem cinto de segurança com choque no pára-brisa, atropelamento, queda de altura superior a cinco degraus, agressão com objeto rombo.</p> <p>Avaliar tempo do impacto; mecanismo, início e gravidade da lesão; evolução dos sintomas</p>	<p>Trauma Grave</p> <ul style="list-style-type: none"> •ECG entre 9 e 13 (ANEXO B) •Perfuração craniana •Cefaleia intensa (8-10/10) (ANEXO C) •Deterioração do estado mental ou sistema sensorial •Convulsão •Dor cervical •Náusea e vômito •Trauma craniano em casos de ejeção corporal, passageiro sem cinto de segurança com choque no para-brisa, atropelamento, queda de altura superior a cinco degraus, agressão com objeto rombo.
3. Trauma grave	Trauma
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A), estado mental normal. • Dor moderada a grave. • Sintomas graves em um sistema fisiológico principal, sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas. • Ferimento extenso com sangramento ativo • Amputação • Fratura com deformidade ou sangramento, fratura de bacia. <p>ATENÇÃO! Impacto a mais de 40 Km/h sem frear, ou a mais de 60 Km/h freando, ejeção corporal, capotamento, motocicleta e carro a mais de 30 Km/h, atropelamento a mais de 10 Km/h, desaceleração (queda de altura maior que 02 vezes a estatura, queda de berço ou rede, explosão), perda da</p>	<p>Trauma Grave</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dor moderada (4–7/10) a intensa (8-10/10) (ANEXO C) •Sintomas graves em um sistema fisiológico principal •Sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas •Ferimento extenso com sangramento ativo •Amputação sem sangramento ativo •Fratura com deformidade ou sangramento •Fratura de bacia. •Estado mental normal.
	Situações especiais
	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma com impacto a mais de 40 Km/h sem

consciência, fraturas de 1ª e 2ª costelas ou da 9ª, 10ª, 11ª ou de mais de três costelas, aspiração, contusão pulmonar, óbitos no local.	frear, ou a mais de 60 Km/h freando, ejeção corporal, capotamento, motocicleta e carro a mais de 30 Km/h, atropelamento a mais de 10 Km/h, desaceleração (queda de altura maior que duas vezes a estatura, queda de berço ou rede, explosão), perda da consciência, fraturas de 1ª e/ou 2ª costelas ou da 9ª, 10ª, 11ª ou de mais de três costelas, aspiração, contusão pulmonar, óbitos no local.
4.Neonato	Situações especiais
<ul style="list-style-type: none"> • Toda criança ≤ 7 dias de vida deve ser atendida como prioridade II, devido o risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cardíacas congênitas não diagnosticadas e sepse. • Destaca-se que os sinais desses problemas podem ser muito sutis, portanto esses pacientes devem ser avaliados até 15 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neonato: Toda criança ≤ 7 dias de vida deve ser atendida pelo menos como prioridade II, devido ao risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cardíacas congênitas não diagnosticadas e sepse.
5.Comprometimento Hemodinâmico	Comprometimento hemodinâmico
<ul style="list-style-type: none"> • Perfusão limítrofe • Palidez • História de sudorese • Taquicardia inexplicada • Hipotensão postural • Tonteira ao se levantar • Hipotensão menor que o esperado para a idade (ANEXO A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfusão periférica de até 2 segundos • Palidez • História de sudorese • Tontura ao levantar-se
6.Desidratação moderada com vômitos incoecíveis	Alteração hidroeletrólítica
<ul style="list-style-type: none"> • Irritada • Muita sede • Boca seca • Olhos encovados • Choro sem lágrimas • Fontanela deprimida • Prega cutânea se desfaz lentamente (menos de 10 segundos) • Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5 segundos) 	<p>Desidratação moderada com vômitos e/ou diarreia (entre 3 e 6 sinais)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais alterados (ANEXO A) • Irritada • Muita sede • Boca seca • Olhos encovados • Choro sem lágrimas • Fontanela deprimida • Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos) • Pulso fino, rápido e enchimento capilar lento (3 a 5 segundos) • Letargia com recusa alimentar • Oligúria ou anúria acima de 6 horas
18.Criança	
<ul style="list-style-type: none"> • Letargia • Recusa alimentar, vômito e/ou diarreia, com ou sem febre, com sinais de desidratação (olhos encovados, fontanela deprimida, oligúria, anúria acima de 6 horas) 	

7. Queimaduras	Queimadura e/ou lesões de pele
<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras de 2º ou 3º graus com superfície corporal queimada entre 10 e 25% ou em áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais. • Queimaduras elétricas. 	<p>Queimaduras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras de 2º ou 3º graus: SCQ de 10 a 25% ou áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais (ANEXO D) • Queimaduras elétricas
8. Dor torácica	Dor torácica
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar: <ul style="list-style-type: none"> • Alteração Sinais vitais (ANEXO A) • Se espontânea (não traumática) • Visceral • Intensidade, duração, característica, localização, irradiação • Atividade física no início da dor • Fatores que melhoram - pioram <p>ATENÇÃO! Uso de crack, cocaína e anfetamínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração de sinais vitais (ANEXO A) • Espontânea (não traumática) • Dor torácica súbita em pontada • Dor iniciada/acentuada com esforço físico • Dor Torácica do tipo visceral contínua, de 30 segundos a 30 min (angina do peito) ou superior a 30 min (infarto), em peso, opressão, queimação ou como desconforto, associada a sudorese, náusea, dispnéia • Dor torácica com irradiações para pescoço, ombros, mandíbula, braços e/ou dorso • História/suspeita de doença coronariana • História/suspeita de uso de Crack, cocaína e anfetamínico
8.1 Dor torácica tipo visceral	<p>ATENÇÃO Dor do Tipo em pontada pode indicar: Problemas de parede torácica, Embolia pulmonar, Dissecção de aorta, Pneumotórax, Pneumonia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Contínua, de 30 segundos a 30 min (angina do peito) ou superior a 30 min (infarto) • Em peso, opressão, queimação ou como desconforto • Sintomas associados: sudorese, náusea, dispnéia • Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, dorso <p>ATENÇÃO! Doença coronariana provável!</p>	
8.2 Dor torácica súbita (Em pontada)	
<ul style="list-style-type: none"> • São exemplos: • Problemas de parede torácica • Embolia pulmonar • Dissecção de aorta • Pneumotórax • Pneumonia 	
9. Intoxicação exógena	Intoxicação exógena e/ou anafilaxia
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo e quantidade de droga imprevisíveis • Qualquer alteração de consciência ou alteração dos sinais vitais devem ser vistos em até 5 minutos • Necessidade de adoção de medidas como realização de exames toxicológicos, monitoramento, prevenção de absorção, aumento de eliminação e administração de antídotos 	<ul style="list-style-type: none"> • História de administração de droga ou substância com tipo e quantidade indefinidos • Intoxicação exógena com alteração de consciência ou alteração de sinais vitais (ANEXO A) • Anafilaxia com desconforto respiratório • Sensação de garganta fechando, edema de glote • Alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, hipotensão, comprometimento hemodinâmico, sibilância torácica, cianose, tosse, vômito, dor abdominal, diarreia, urticária,
14. Anafilaxia	
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas respiratórios • Sensação de garganta fechando, edema de 	

<p>glote</p> <p>Outros dados: alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, hipotensão, choque, sibilância torácica, cianose, tosse, vômito, dor abdominal, diarreia, urticária, prurido, rash, eritema não purpúrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passado de evento semelhante 	<p>prurido, rash, eritema não purpúrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • História de evento semelhante
<p>10. Dor abdominal</p>	<p>Dor abdominal</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre (ANEXO A) • Associações: náusea, vômitos, sudorese, irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal e possível gravidez • Dor intensa (8 - 10 / 10) em cólica ou não (ANEXO C) <p>ATENÇÃO! Situações catastróficas: dissecação da aorta, gravidez ectópica, dengue hemorrágica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais alterados (ANEXO A) • Dor intensa (8-9/10) (ANEXO C) associada a náusea, vômito, sudorese, irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal ou gravidez • Dor intensa (8 - 10 / 10) em cólica ou não (ANEXO C) • História/suspeita de dissecação da aorta, gravidez ectópica, dengue hemorrágica (ANEXO E)
<p>11. Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe</p>	<p>Hemorragia</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hematêmese volumosa • Melena com instabilidade hemodinâmica • Hemoptise franca • Epistaxe com PA alterada (Anexo A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hematêmese volumosa • Melena com instabilidade hemodinâmica • Hemoptise franca • Epistaxe com PA alterada (ANEXO A)
<p>15. Sangramento vaginal/ dor abdominal inferior e pélvica</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar pela possibilidade de gravidez ectópica ou sofrimento fetal • Dor abdominal ou pélvica, mesmo que moderada, associada à hipotensão 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento vaginal com dor abdominal ou pélvica, mesmo que moderada (4-7/10) (ANEXO C), associada à hipotensão (ANEXO A)
<p>12. Hemiparesia aguda</p>	<p>Hemiparesia aguda</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Grande déficit neurológico • Sintomas com menos de 4 horas <p>Objetivo: proteção via aérea, tomografia computadorizada de encéfalo para neurocirurgia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grande déficit neurológico • Sintomas com menos de 4 horas
<p>13. Dispneia, asma, sibilância recorrente</p>	<p>Alteração respiratória</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais alterados (ANEXO A) • Risco em vias aéreas (estridor, sialorréia) • Angústia respiratória intensa, esforço muscular • Passado de asma grave • Fala entrecortada • Sat O₂ menor que 92%. 	<p>Dispneia intensa com asma prévia e sibilância recorrente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sat O₂ de 90 a 92%. • Fala entrecortada • Sinais vitais alterados (ANEXO A) • Alterações em vias aéreas (estridor, sialorreia) • História de asma grave • Pico de fluxo < 30%
<p>16. Infecções graves, sepse</p>	<p>Infecção</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Alteração mental • Sinais vitais instáveis (ANEXO A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sepse • Alteração mental

<ul style="list-style-type: none"> • Toxemia, letargia • Avaliar saturação de O₂ • Febre maior que 38,5°C, calafrios • Eritema purpúrico (meningite) • Eritema que não desaparece à vitropressão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais instáveis (ANEXO A) • Toxemia, letargia • Temperatura > 38,5°C, calafrios • Eritema purpúrico (meningite) • Eritema que não desaparece à vitropressão
17. Febre em lactente	Alteração dos sinais vitais
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura Axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$ em criança < 3 meses • Febre > 40°C em qualquer idade (ANEXO A) 	<p>Sinais vitais alterados com sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR alterada (ANEXO A) • FC alterada (ANEXO A) • PAS e PAD alterada (ANEXO A) • Temperatura axilar < 35°C ou $\geq 40^{\circ}\text{C}$ em qualquer idade • Criança < 3 meses com temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Febre (ANEXO A) em usuário de saúde imunocomprometido ou com estado geral debilitado • Palidez, sudorese pegajosa, má-perfusão periférica, má-perfusão capilar
25. Sinais vitais alterados com sintomas	
<ul style="list-style-type: none"> • FR alterada menor ou maior de acordo com a idade (ANEXO A) • FC alterada menor ou maior de acordo com a idade • PAS e PAD alterada menor ou maior de acordo com a idade • Temperatura axilar menor que 35 ou maior que 40°C • Febre em paciente imunocomprometido ou em paciente que não parece estar bem <p>ATENÇÃO: palidez, sudorese pegajosa, má perfusão periférica, má-perfusão capilar</p>	
19. Doença psiquiátrica ou comportamental	Doença psiquiátrica ou comportamental
<ul style="list-style-type: none"> • Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão • Risco imediato para si ou para outrem • Agitação extrema • Paciente desmaiado • Necessidade contenção • Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação • Avaliar passado de doença psiquiátrica (para uso rápido de antipsicóticos) <p>ATENÇÃO! DOSAR GLICEMIA CAPILAR!!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão • Risco imediato para si ou para outrem • Agitação extrema • Desmaio • Necessidade de contenção • Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação • Alteração de glicemia capilar • História de doença psiquiátrica (uso de antipsicóticos) <p>ATENÇÃO Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.</p>
20. História de diabetes mellitus	História de diabetes mellitus
<ul style="list-style-type: none"> • Sudorese (hipoglicemia) • Alteração mental (hipo ou hiperglicemia) • Febre • Vômito • Visão borrada • Pulso anormal 	<ul style="list-style-type: none"> • Sudorese (hipoglicemia) • Alteração mental (hipo ou hiperglicemia) • Vômito • Visão turva • Febre (ANEXO A) • Pulso alterado

<ul style="list-style-type: none"> • Respiração rápida e profunda • Hálito cetônico • Criança com dor abdominal • Desidratação <p>ATENÇÃO! DOSAR A GLICEMIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração rápida e profunda • Hálito cetônico • Dor abdominal • Desidratação
21. Cefaléia	Dor de cabeça (cefaleia)
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaléia intensa incontrolável • Intensa desde o início, súbita ou rapidamente progressiva • Rigidez de nuca • Náusea ou vômito • Alteração do estado mental • Sinais neurológicos focais (paresia, afasia) <p>ATENÇÃO! Situações catastróficas: hemorragia subaracnóidea, hematoma epidural ou subdural, meningite, encefalite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleia intensa (8-10 / 10) incontrolável (ANEXO C) • Intensa desde o início, súbita ou rapidamente progressiva • Rigidez de nuca • Náusea ou vômito • Alteração do estado mental • Sinais neurológicos focais (paresia, afasia) <p>ATENÇÃO Hemorragia subaracnóidea, hematoma epidural ou subdural, meningite, encefalite.</p>
22. Dor intensa (8-10/10)	Dor
<ul style="list-style-type: none"> • Aguda, central (cabeça, tórax, abdome) • Aguda, periférica (em extremidades), com sinais de isquemia • Luxação (ortopedia) • Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição de função em membros inferiores. 	<p>Dor intensa (ANEXO C)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aguda, central (cabeça, tórax, abdome) e intensa (8-10/10) • Aguda, periférica (em extremidades), com sinais de isquemia • Luxação (ortopedia) • Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição de função em membros inferiores.
23. Maus tratos e violência sexual	Situações especiais
<ul style="list-style-type: none"> • Vítimas de violência ou abuso sexual nas primeiras 4 horas • Comprometimento de bem estar emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Maus tratos: Vítimas de violência ou abuso sexual nas primeiras 4 horas; maus tratos com comprometimento de bem-estar emocional.
24. Abstinência grave de álcool e drogas	Abstinência grave de álcool e drogas
<ul style="list-style-type: none"> • Convulsão • Coma • Alucinações • Confusão mental • Agitação • Excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre) • Dor abdominal ou torácica • Tremores • Vômito, diarreia 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsão • Coma • Alucinações • Confusão mental • Agitação • Alteração dos sinais vitais (ex.: taquicardia, hipertensão, febre) • Dor abdominal ou torácica • Tremores • Vômito, diarreia
26. Imunossupressão	Imunossupressão
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura maior que 38,5°C e outros sintomas associado com: <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Aids • Leucose • Uso de corticóide 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura > 38,5°C (ANEXO A) e outros sintomas associado com: <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • HIV positivo/Aids/Leucose • Uso de corticóide • Transplante de órgãos

<ul style="list-style-type: none"> • Transplante de órgãos <p>ATENÇÃO! Alto risco de complicações graves e rápida deterioração</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alto risco de complicações graves e rápida deterioração
27. Gravidez superior a 20 semanas	Gravidez superior a 20 semanas
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho de parto (contrações cada 2 minutos) • Ausência de movimentos fetais • Hipertensão com ou sem cefaléia, edema, dor abdominal • Pós-parto imediato (mãe e criança) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos) • Ausência de movimentos fetais • Hipertensão com ou sem cefaleia, edema, dor abdominal • Pós-parto imediato (mãe e/ou criança)
Organizados por Prioridade de Atendimento	Organizados por ordem alfabética e com cores unidas
PRIORIDADE III – AMARELO	
1. Trauma craniano	Trauma craniano
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente sem perda da consciência • Alerta (ECG 14 e 15) (ANEXO B) • Cefaléia moderada (4-7/10) (ANEXO C) • Sem dor cervical • Náusea ou vômito • ATENÇÃO! Avaliar deterioração! 	<p>Trauma moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesão craniana moderada • Sem alteração do estado mental • Alerta (ECG 14 ou 15) (ANEXO B) • Cefaleia moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C) • Sem dor cervical • Náusea ou vômito
2. Trauma moderado	Traumas
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com sinais vitais normais (ANEXO A) • Fraturas alinhadas, luxações, distensões, dor moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C) • Hematoma traumático • Ferimento menor, com sangramento compressível • Ferimento extenso por mordedura • Trauma torácico com dor leve ou moderada, sem dispnéia 	<p>Trauma moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematoma traumático • Ferimento menor, com sangramento compressível • Trauma torácico com dor leve (1-3/10) ou moderada (4-7/10) (ANEXO C), sem dispneia • Mordedura com ferimento extenso • Fraturas alinhadas, luxações, distensões, • Dor moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C). <p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).</p>
3. Queimaduras	Queimadura e/ou lesões de pele
<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras de 2° e 3° graus, áreas não-críticas, SCQ menor que 10% (ANEXO D) • 1° grau maior que 10% da SCQ, áreas não-críticas • 1° grau em face e períneo • Mãos e pés 	<p>Queimaduras e/ou Lesões de pele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras de 2° e 3° graus: SCQ < 10% ou áreas não-críticas (ANEXO D) • Queimaduras de 1° grau: SCQ > 10% em áreas não-críticas ou em áreas críticas (face e períneo) (ANEXO D) • Mãos e pés • Ferida corto-contusa em articulação ou partes moles
13. Queixas em articulações e partes moles	
<ul style="list-style-type: none"> • Ferida corto-contusa • Urticária ou prurido intenso 	

4. Dispneia leve a moderada	Alteração respiratória
<ul style="list-style-type: none"> • Asma com dispneia ao exercício • Tosse frequente • Incapacidade de dormir • Consegue falar frases mais longas • Asma e saturação de O₂ entre 92 e 94%, <i>Peak Flow</i>¹ entre 40 e 60% • ATENÇÃO! Internações frequentes, intubação, UTI, história de prematuridade • Reavaliar! • Diagnóstico diferencial: Displasia broncopulmonar, pneumonia, infecções de vias aéreas superiores 	<p>Dispneia moderada a leve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sat O₂ de 93 a 94% • Fala frases mais longas • Tosse frequente • Incapacidade de dormir • Asma com dispneia ao exercício • Pico de Fluxo entre 30 e 50% <p>ATENÇÃO Internações frequentes, intubação, UTI, história de prematuridade, diagnóstico diferencial de displasia broncopulmonar, pneumonia, infecções de vias aéreas superiores.</p>
5. Desidratação moderada sem vômitos	Alteração hidroeletrólítica
<ul style="list-style-type: none"> • Irritada • Muita sede • Boca seca • Olhos encovados • Choro sem lágrimas • Fontanela deprimida • Prega cutânea se desfaz lentamente (menos de 10 segundos) • Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5 segundos) <p>ATENÇÃO! Iniciar terapia de reidratação oral (TRO)</p>	<p>Desidratação moderada sem vômitos e sem diarreia (< 3 sinais)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais alterados (ANEXO A) • Irritada • Muita sede • Boca seca • Olhos encovados • Choro sem lágrimas • Fontanela deprimida • Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos) • Pulso fino, rápido e enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)
6. Dor torácica	Dor torácica
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Localizada, em pontada • Piora com respiração profunda, tosse, dispneia, palpação • Ex: dor parede torácica, pleurite, pericardite. <p>ATENÇÃO! História prévia de angina do peito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Localizada, em pontada • Dor acentuada com respiração profunda, tosse, dispneia ou palpação • (Ex: dor na parede torácica, pleurite, pericardite) • História/suspeita de angina do peito <p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).</p>
7. Dor abdominal	Dor abdominal
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Aguda moderada (4 – 7/10) • Distensão abdominal • Retenção urinária • Prostração • Febre <p>ATENÇÃO: diabetes mellitus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aguda e moderada (4 – 7/10) (ANEXO C) • Dor moderada associada a vômitos, febre, disuria ou gravidez • Distensão abdominal • Retenção urinária • Prostração • Dor com história /suspeita de <i>diabetes mellitus</i>

7. História de diabetes mellitus	História de <i>diabetes mellitus</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Desidratação acentuada, vômito, Dor abdominal • Glicemia maior que 300 ou menor que 50 mg/dL 	<ul style="list-style-type: none"> • Glicemia maior que 300 ou menor que 50 mg/dL sem sintomas associados
8. Hemorragia digestiva	Hemorragia
<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento não atual (últimas 24 horas) • Sinais vitais normais (ANEXO A) <p>REAVALIAR!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia digestiva com sangramento não atual (últimas 24 horas) • Melena sem instabilidade hemodinâmica • Hemoptise moderada a leve • Sinais vitais normais (ANEXO A)
9. Convulsão	Alteração no nível de consciência
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Pós-comicial, mas alerta • Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas • Primeiro episódio, porém curto (menor que 5 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pós-comicial, mas alerta. • ECG – 13 a 15 (ANEXO B) • Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas • Primeiro episódio de convulsão, porém curto (menor que 5 min) • Sinais vitais normais (ANEXO A)
10. Doença Psiquiátrica-Comportamental	Doença psiquiátrica ou comportamental
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Agitação menos intensa, mas consciente • Risco para si ou para outrem • Estado de pânico • Potencialmente agressivo • Alucinação, desorientação 	<ul style="list-style-type: none"> • Agitação menos intensa, mas consciente • Risco para si ou para outrem • Estado de pânico • Potencialmente agressivo • Alucinação, desorientação <p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.</p>
11. Dor	Dor
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Intensa (8 - 10 / 10), central e crônica (ANEXO D) • Intensa, aguda e periférica (pele, partes moles) • Aguda, moderada (4 – 7), central • Enxaqueca • Cólica renal • Dor abdominal com vômitos, febre, disúria ou gravidez • Lombalgia que impede deambulação ou que se irradia para membros inferiores • Intensa, aguda, em membros inferiores, sem sinais de trauma ou isquemia. 	<p>Dor moderada a intensa (ANEXO C)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aguda, central e moderada (4 -7/10) • Aguda, periférica (pele e partes moles) e intensa (8-10 / 10) • Aguda, em membros inferiores, sem sinais de trauma ou isquemia e intensa (8-10 / 10) • Crônica, central e intensa (8 - 10 / 10) • Cólica renal • Lombalgia que impede deambulação ou que se irradia para membros inferiores • Articulações ou membros com dor intensa, impotência funcional, edema, com sinais flogísticos (dor, calor e rubor) e febre associada.

13. Queixas em articulações e partes moles	
<ul style="list-style-type: none"> • Articulações ou membros com dor intensa, impotência funcional, calor, edema, eritema com febre associada 	Dor de cabeça (cefaleia)
	<ul style="list-style-type: none"> • Aguda, súbita e moderada (4 -7/10) (ANEXO C) • Enxaqueca
14. Diálise / Transplante	Situações especiais
<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios hidroeletrólíticos frequentes • Risco de arritmias e deterioração 	<ul style="list-style-type: none"> • Vítimas de abusos sexuais • Escoltado pela polícia • Mãe com outra criança internada na instituição • Usuária ou acompanhante gestante, idosa (≥ 65 anos) ou deficiente físico. • Acidente perfurocortante com material biológico • Deficiência física ou mental • Usuário que realiza diálise ou realizou transplante com distúrbios hidroeletrólíticos frequentes e/ou risco de arritmia e deterioração.
16. Situações Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Vítimas de abusos sexuais • Pacientes escoltados pela polícia • Mães com outra criança internada na instituição • Acompanhante gestante, idosa (≥ 65 anos) ou deficiente físico. • Acidente perfurocortante com material biológico • Deficiência física ou mental 	
15. Sinais vitais alterados sem sintomas	Alteração dos sinais vitais
<ul style="list-style-type: none"> • FC menor que 50 ou maior que 140 bpm (ANEXO A) • Temperatura maior que 38,5°C • FR alterada 	Sinais vitais alterados sem sintomas <ul style="list-style-type: none"> • FC < 50 ou > 140 bpm (ANEXO A) • T $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ e < 40°C em crianças > 3 meses • FR alterada (ANEXO A) •
Organizados por Prioridade de Atendimento	Organizados por ordem alfabética e com cores unidas
PRIORIDADE IV – VERDE	
1. Trauma Craniano	Trauma craniano
<ul style="list-style-type: none"> • Lesão craniana menor • Sem perda da consciência • Trauma de baixo impacto • Alerta (ECG=15) • Sem vômito • Sem sintomas cervicais • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Acidente há mais de 6 horas 	Trauma Leve <ul style="list-style-type: none"> • Lesão craniana leve • Sem alteração do estado mental • Trauma de baixo impacto • Alerta (ECG=15) • Sem vômito • Sem sintomas cervicais • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Acidente há mais de 6 horas.
2. Trauma Menor	Traumas
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Trauma torácico sem dor de costela ou dispnéia • Distensões, contusões, torções • Fratura possível • Lacerações que requerem investigação • Mordedura não-extensa • Dor moderada (4 – 7 / 10) (ANEXO D) • Mais de 6 horas do evento, menos que 10 dias 	Trauma Leve <ul style="list-style-type: none"> • Trauma torácico sem dor de costela ou dispnéia • Suspeita de fratura • Lacerações • Mordedura não-extensa • Distensões, contusões, torções • Dor moderada (4 – 7/10) (ANEXO C) • Mais de 6 horas do evento, menos que 10 dias.

	<p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).</p>
3. Febre	Alteração dos sinais vitais
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C 	<p>Sinais vitais alterados sem sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • $T \geq 37,8^{\circ}\text{C}$ e $< 38,5^{\circ}\text{C}$ em crianças > 3 meses (ANEXO A)
4. Queimaduras e Feridas	Queimadura e/ou lesões de pele
<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras de 1º grau, < 10%, área não-crítica • Feridas com febre • Com necrose • Miíase com infestação intensa 	<p>Queimaduras e/ou Lesões de pele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras de 1º grau: SCQ < 10% em áreas não-críticas (ANEXO D) • Ferida e/ou lesões com febre • Ferida e/ou lesões com necrose • Miíase com infestação intensa
5. Dor Abdominal	Dor abdominal
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Aguda, moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO D) • Ausência de prostração, toxemia, aspecto de gravidade clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Aguda, moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C) • Ausência de prostração • Não toxêmico • Sem gravidade clínica <p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).</p>
6. Cefaléia	Dor de cabeça (cefaleia)
<ul style="list-style-type: none"> • Não-súbita • Não-intensa (< 7 / 10) (ANEXO D) • Não-enxaqueca • Rinorréia purulenta • Sinais vitais normais (ANEXO A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Não-súbita • Leve a moderada ($\leq 7 / 10$) (ANEXO C) • Não-enxaqueca • Rinorreia purulenta • Sinais vitais normais (ANEXO A)
7. Dor Torácica	Dor torácica
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Não-aguda • Moderada (4 – 7 / 10) • Sem dispnéia • Sem cardiopatia prévia • Tipo pleurítica (dor ao respirar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Não-aguda • Moderada (4 – 7 / 10) (ANEXO C) • Sem dispnéia • Sem cardiopatia prévia <p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).</p>
8. Doença Psiquiátrica – Comportamental	Doença psiquiátrica ou comportamental
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Pensamentos suicidas • Gesticulando, mas não agitado • Sem risco imediato para si ou para outrem • Com acompanhante • Observação: manter atitude solidária, deixar o paciente em lugar seguro e tranqüilo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Pensamentos suicidas • Gesticulando, mas não agitado • Sem risco imediato para si ou para outrem <p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário de saúde em lugar seguro e tranqüilo, independentemente da cor de classificação.</p>
9. Dor	Dor

<ul style="list-style-type: none"> • Intensa (8 – 10 / 10), crônica, periférica (ANEXO D) • Moderada (4 – 7), aguda, central • Moderada, aguda e periférica • Lombalgia mais intensa • Artralgia com limitações sem sinais flogísticos (dor, calor e rubor) • Em membros inferiores, agudizada 	<p>Dor moderada a intensa (ANEXO C)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aguda, periférica e moderada (4-7/10) • Crônica, periférica e intensa (8-10 / 10) • Lombalgia intensa, que não impede deambulação • Artralgia com limitações, sem sinais flogísticos (dor, calor e rubor)
10. Sintomas gripais	Alteração respiratória
<ul style="list-style-type: none"> • Dor de garganta intensa (ANEXO D) • Dor de ouvido • Tosse produtiva • Rinorréia purulenta • Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A) • Mialgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor de garganta intensa (8-10/10) (ANEXO C) • Dor de ouvido • Tosse produtiva • Rinorreia purulenta • Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A) • Mialgia • Pico de Fluxo > 50% <p>ATENÇÃO: Criança e/ou adolescente eupneica.</p>
11. Vômitos e Diarréia Sem Desidratação	Alteração hidroeletrólítica
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Mucosas úmidas • Diurese habitual • Turgor de pele normal • Menos que cinco evacuações/dia • Menos que cinco episódios de vômitos/dia 	<p>Vômitos e diarreia sem desidratação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Mucosas úmidas • Diurese habitual • Turgor de pele normal • Evacuações/dia < 5 episódios • Vômitos/dia < 5 episódios
12. Situações Especiais	Situações especiais
<ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascido entre 8 e 29 dias com queixas clínicas • Deficientes físicos • Grávidas • Impossibilidade de deambulação • Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica • Troca de sonda vesical de demora ou sonda nasoentérica 	<ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascido de 8 a 28 dias com queixas clínicas • Impossibilidade de deambulação • Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica • Troca de sonda vesical de demora ou sonda nasoentérica.
Organizados por Prioridade de Atendimento	Organizados por ordem alfabética e com cores unidas
PRIORIDADE V– AZUL	
1. Trauma menor	Traumas
<ul style="list-style-type: none"> • Dor leve • Contusões • Escoriações • Ferimentos que não requerem fechamento • Mialgia • Distensões 	<p>Trauma leve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escoriações • Ferimentos que não requerem fechamento • Mialgia • Distensões ou contusões • Dor leve (1 – 4 / 10) (ANEXO C) • Curativos. <p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais</p>

	normais (ANEXO A).
2. Feridas	Queimadura e/ou lesões de pele
<ul style="list-style-type: none"> • Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção • Infecção local • Escaras sem sinais sistêmicos • Controle de úlceras crônicas, retirada de pontos • Queimaduras de 1º grau, pequenas, áreas não-críticas 	Queimadura e/ou Lesões de pele <ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras de 1º grau, pequenas, áreas não-críticas (ANEXO D) • Ferida e/ou lesões limpa, sem sinais sistêmicos de infecção • Infecção local • Escaras sem sinais sistêmicos • Controle de úlceras crônicas • Retirada de pontos • Curativos
3. Sintomas gripais	Alteração respiratória
<ul style="list-style-type: none"> • Coriza • Queixas leves • Dor de garganta • Sem sintomas respiratórios • Sinais vitais normais (ANEXO A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Coriza • Queixas leves • Tosse seca • Dor de garganta moderada (4-7/10) a leve (1-3/10) (ANEXO C) • Sinais vitais normais (ANEXO A)
4. Dor abdominal	Dor abdominal
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Dor aguda, leve (menor que 4/10) (ANEXO D) • Constipação intestinal • Crônica ou recorrente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor aguda leve (1-3/10) (ANEXO C) • Crônica ou recorrente • Constipação intestinal <p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).</p>
5. Dor leve a moderada	Dor
<ul style="list-style-type: none"> • Crônica, central ou periférica • Dor torácica superficial, crônica, piora à compressão • Lombalgia crônica, não traumática • Em MMII, crônica, sem sinais inflamatórios • Disúria 	Dor leve a moderada (ANEXO C) <ul style="list-style-type: none"> • Crônica, central ou periférica • Crônica, torácica superficial, piora à compressão • Crônica, em membros inferiores, sem sinais inflamatórios • Lombalgia crônica, não traumática • Disúria
6. Vômito ou diarreia	Alteração hidroeletrólítica
<ul style="list-style-type: none"> • Sem desidratação • Estado mental normal • Sinais vitais normais (ANEXO A) 	Vômito ou diarreia sem desidratação <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais normais (ANEXO A) • Estado mental normal
7. Doença psiquiátrica	Doença psiquiátrica ou comportamental
<ul style="list-style-type: none"> • Depressão crônica ou recorrente • Crise social • Impulsividade • Estado mental normal • Sinais vitais normais (ANEXO A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão crônica ou recorrente • Crise social • Impulsividade • Estado mental normal <p>ATENÇÃO Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença</p>

	psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário de saúde em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.
8. Outras Situações	Situações especiais
Curativos <ul style="list-style-type: none"> • Trocas ou requisições de receitas • Avaliações de exames • Imunizações • Solicitações de atestados médicos • Consultas de acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Trocas ou requisições de receitas • Avaliações de exames (em casos de dengue ver ANEXO E) • Imunizações • Solicitações de atestados médicos • Consultas de acompanhamento

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

ANEXOS

Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.

HOSPITAIS MUNICIPAIS • FORTALEZA/CE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE • SUS

1ª Edição Setembro/ 2008



No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2003 e reconhecida no Pacto pela Saúde, conforme Portaria Nº. 399 de 22/02/2006.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza desde o início de 2005 adotou o "HumanizaSUS Fortaleza" como transversal às demais políticas de saúde, buscando integrar gestores, trabalhadores e usuários na humanização da atenção e gestão. Em parceria com a PNH/MS intensificou os movimentos nos hospitais municipais, incentivando a implantação/ativação dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), a criação de Ouvidorias e a implementação dos arranjos e dispositivos que favoreçam o acolhimento, a clínica ampliada, a co-gestão, a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde e a atuação em rede, enquanto diretrizes da PNH/PMH (Política Municipal de Humanização).

O Acolhimento com Classificação de Risco, um dos dispositivos desta política, ou seja, um dos modos de fazer a humanização, passou a ser implementado a partir de Maio/2006, considerando a importância do acolhimento como uma marca a ser impressa pelos atores/atrizes que fazem teoricamente e na prática a Política de Humanização do município de Fortaleza.

É importante salientar que Classificação de Risco não implica em triagem, que pressupõe exclusão. Classificar Risco significa determinar a agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, através da utilização de um PROTOCOLO, proporcionando a atenção necessária, centralizada no nível de complexidade e não mais na ordem de chegada.

O PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA DOS HOSPITAIS MUNICIPAIS DE FORTALEZA/CE - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS, objetiva principalmente orientar as equipes de saúde e qualificar a assistência ao paciente do Sistema Único de Saúde - SUS.

Esta publicação é resultado de um trabalho coletivo de todos os profissionais que contribuíram com este processo, tornando-se articuladores de sua implementação.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza

EXPEDIENTE

Produção: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - Ministério da Saúde
Arte, Diagramação e impressão: Gráfica Servpel
Versão: Setembro de 2008
OBS: é permitida a reprodução desde que citada a fonte

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA
HOSPITAIS MUNICIPAIS – FORTALEZA/CE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

Prefeita Municipal de Fortaleza
Luizianne de Oliveira Lins

Secretário Municipal de Saúde
Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Coordenador de Políticas de Saúde
Alexandre José Mont'Alverne Silva

Coordenador de Gestão Hospitalar
Messias Barbosa Lima

HOSPITAIS MUNICIPAIS DE FORTALEZA

SER I

HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – BARRA DO CEARÁ

Av. I Conj. Nova Assunção, 1130, Barra do Ceará

Diretor: José Nazareno de Paula Sampaio

SER II

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Diretor: Francisco Wandemberg Rodrigues dos Santos

SER III

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AIRES DE MOURA

Rua: Cândido Maia, 294, Antonio Bezerra

Diretor: Raimundo Pinto Filho

SER IV

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

Av. Osório de Paiva, 1127, Parangaba

Diretor: Paulo Henrique Diógenes Vasques

CENTRO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA LÚCIA FÁTIMA

Rua: Guilherme Perdigão, 299, Parangaba

Diretora: Perpétua Maria Eduardo B. de Castro

SER V

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Rua 1080, Nº 148, 4ª Etapa, Conjunto Ceará

Diretor: Antonio de Pádua S. Martins

HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – JOSÉ WALTER

Av. D, Nº. 440, 2ª Etapa, Conjunto José Walter

Diretor: Helly Pinheiro Ellery

SER VI

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS OLIVEIRA

Av. Perimental S/N – Messejana

Diretor: Antonio Feitosa de Oliveira Castro

HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – MESSEJANA

Av. Perimetral, 7700, Messejana

Diretor: Antonio Eusébio Teixeira Rocha

**ARTICULADORES DA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS HOSPITAIS MUNICIPAIS**

Adriana Lopes Lima Melo	SMS	Kelen Gomes Ribeiro	SMS
Alcilea Carvalho	HNSC	Liduína Maria Benevides de Castro	CROA
Alessandra Liz M. Alves	HDMJBO	Lillian Carvalho Holanda	HDGMM
Amélia Pontes Azevedo Aguiar	HDGMJW	Lúcia Galdino Ribeiro	UF
Ana Coeli Bastos	HDEBO	Luciana Mesquita de Abreu	LHUAS
Ana Glacilda N. de Oliveira	HDMJBO	Lucília maria Nunes Falcão	HNSC
Antonielle Carneiro Gomes	HDEAM	Manoel Gomes Moura	HDGMM
Ariane Nogueira A. de Medeiros	HDEBO	Manuel Pereira Filho	HDEBO
Danielle F. da Cunha	HDGMM	Maria Ana Lúcia Melo Portela	HDMJBO
Danielle Maciel de Freitas Landin	HDMJBO	Maria Artemiza Cardoso	HDEBO
Elizabeth Oliveira da Costa Lino	HDEAM	Maria da Conceição F. Juaçaba	HDGMBC
Elza Maria Rocha	UF	Maria de Fátima B. B. Chaves	HDEBO
Emanuela Castro de Sousa	HDGMJW	Maria de Fátima Braga de Souza	CROA
Esther do Nascimento Cunha	HDEAM	Maria do Carmo Bezerra Martins	CROA
Fabiola Cavalcante Ribeiro	HDMJBO	Maria do Socorro Silva Carneiro	HDGMJW
Fátima Lúcia Ramos Batista	HDGMJW	Maria Elenice Carneiro	HDEAN
Fernando Ferreira de Carvalho	HDGMJW	Marta Maria Leite de Araújo	HNSC
Francisca Elizângela Teixeira Lima	CROA	Marta Martins de Sousa	HDGMM
Francisca Maria Sérvulo de Oliveira	HDGMBC	Meire Tássia da Cunha	HDGMJW
Francisco Romel Lima de Araújo	UF	Natália Braga Silva de Almeida	CROA
Francisco Wagner F. Gonçalves	HDGMBC	Natália Cristina Araújo Bertini	HNSC
Gilson Ferreira dos Santos	HNSC	Neisse Airan jardim Roncy	HDEAN
Guaraciara Matos França de Oliveira	CROA	Ondina Maria Chagas Canuto	SMS
Hildenia D. Siqueira	HDEAM	Patrícia Maria Franco Carvalho	HDGMJW
Honorina Maria de Rosalmeida	UF	Rebeca de Andrade e Silva	HDMJBO
Ineida Maria Coelho Sales	HDGMM	Silva Helena Mendes de Oliveira	HDEBO
Jacinta Maria da Silva Prado	HNSC	Tânia Maria Ribeiro Rebouças	HDMJBO
Josefa Gisélia de P. Pereira	HDEBO	Terezinha M ^a Américo C. Braga	HDMJBO
Joselita Maria Pinheiro de Freitas	HNSC	Vera Lúcia Coelho Pinheiro	SMS
Juvenília Maria Alexandrino Carvalho	HDGMM	Waldívia Meireles P. Cavalcante	HDGJBO

AUTORES

Mafra A.A.; Martins P.; Shimazaki M.E.; Barbosa Y.R., Rates S.M.M.; Noronha R.; Belezia B.F.; Rocha M.O.C.; Sales I.M.C.; Lima F.E.T.; Batista F.L.R.; Prado J.M.S.; Castro P.M.E.B.; Carvalho F.F.; Carvalho A.L.; Martins M.C.B.; Souza M.F.B.; Santos G.F., Melo A.L.L.

APOIO

Ministério da Saúde, Equipe do HumanizaSUS e apoiadores da PNH, com destaque para Adriana Azevedo Mafra, Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte/MG, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, Coordenação de Gestão Hospitalar/SMS, Hospitais Municipais de Fortaleza, articuladores da implementação do ACCR nos Hospitais Municipais

ESPECIALIDADE

Urgências e Emergências em Pediatria

POTENCIAIS UTILIZADORES

Enfermeiros e equipe de enfermagem, médicos, dentistas, acadêmicos de medicina e enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, comunidade e Conselhos Municipais de Saúde, Ministério Público, Polícias Civil e Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), equipes de segurança das instituições de saúde, funcionários administrativos e administradores hospitalares.

VERSÃO

Setembro/ 2008

PROPOSTA DE VALIDAÇÃO

Ministério da Saúde, QualisUS, Política Nacional de Humanização (PNH), Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Universidades e Faculdades de Medicina e Enfermagem, Conselho Regional de Medicina CRM – CE, Conselho Regional de Enfermagem COREN – CE.

REFERÊNCIAS

- The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)
- Australasian Triage Scale (ATS)
- Manchester Triage System (MTS)
- Advanced Trauma Life Support (ATLS)
- Advanced Cardiac Life Support (ACLS)
- Pediatric Advanced Life Support (PALS)
- Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Projeto Acolhimento do pronto-socorro
- Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização / MS
- Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) de Belo Horizonte
- Hospital Municipal Odilon Behrens, Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco
- Revisions to the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)

Grau de recomendação - nível de evidência: D.

POPULAÇÃO ALVO E GRUPO DE RISCO

Crianças e adolescentes que se encontram em agravos de urgência ou emergência e procuram portas de entrada da Rede SUS.

CONCEITOS

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1451/95 define como:

URGÊNCIA – “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”;

EMERGÊNCIA – “constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

INTRODUÇÃO

Alguma forma de triagem sempre foi feita em serviços de urgência e emergência em nosso meio, seguindo, no entanto, a lógica da exclusão. Triagem significa classificação ou priorização de itens e classificação de risco não pressupõe exclusão e sim estratificação.

A expectativa de acesso rápido ao atendimento médico é crescente em nossa população, embora os pronto-socorros (PS) não disponham de estrutura física, recursos humanos nem de equipamentos adequados para atendimento de tal demanda. A regulação desse atendimento como resposta à maior demanda de saúde constitui instrumento necessário de orientação da assistência.

O manejo da classificação de risco num pronto-socorro requer equipes envolvidas, preparadas e capazes de identificar necessidades e prioridades do paciente, para avaliação correta das situações estabelecidas no protocolo.

Cada serviço de saúde deverá adaptar a classificação com base no perfil de sua demanda, dados epidemiológicos, em sua experiência, recursos, diferenças culturais, área física, leitos de retaguarda disponíveis, risco ou existência de superlotação, uso de protocolos, etc.

OBJETIVO GERAL

Melhorar o atendimento nas Portas de Entrada de Urgência e Emergência Pediátricas dos Hospitais Municipais de Fortaleza - Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVOS OPERACIONAIS

- 1- Construir instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências (condições de risco de perder a vida);
- 2- Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança;
- 3- Organizar processo de trabalho e espaço físico do pronto-socorro;
- 4- Diminuir ocorrência de superlotação;
- 5- Esclarecer à comunidade quanto à forma de atendimento nas urgências e emergências e tempo de espera, atendendo suas expectativas;
- 6- Estabelecer guia de qualificação das equipes na implementação da classificação de risco nas portas de entrada de urgência e emergência;
- 7- Constituir documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência em pediatria;

Notas:

1. Este protocolo não é um instrumento de diagnóstico.
2. Será considerada a expectativa do paciente e seus familiares, bem como o tempo em que a intervenção médica possibilitará melhor resultado.
3. É meta conseguir o tempo de atendimento preconizado através de ações gerenciadas.
4. Deverá ser realizada reavaliação da criança, podendo alterar a classificação.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

Deverá ser considerada a apresentação usual da doença, sinais de alerta, situação/queixa, intuição e experiência: paciente se apresenta doente? Intuição, entretanto, não será usada para diminuir prioridade, só para aumentar. Outros dados: sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), saturação de O₂, escala de dor, escala de coma de Glasgow (ECG), glicemia, avaliação da superfície corporal queimada (SCQ), etc.

RESULTADOS ESPERADOS

- Diminuição do risco de mortes evitáveis;
- Extinção da triagem por profissional não habilitado (ex.: porteiro ou funcionário não qualificado);
- Priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada;
- Obrigatoriedade de encaminhamento responsável;
- Garantia de acesso à rede de atenção municipal, articulação com demais serviços do sistema, garantindo continuidade do cuidado;
- Aumento da eficácia do atendimento, com redução do tempo de espera, detecção de casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado, diminuição da ansiedade do usuário e seus acompanhantes;
- Aumento da satisfação dos profissionais e usuários;
- Melhoria das relações interpessoais; e
- Padronização de dados para estudo e planejamento de ações.

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- Receber paciente e família de forma solidária e acolhedora.
- Fazer avaliação breve.
- Classificar paciente em prioridades usando protocolo padronizado.
- Registrar avaliação.
- Encaminhá-lo ao local de atendimento.
- Comunicar atrasos a pacientes e familiares
- Reavaliar conforme o protocolo (processo dinâmico).

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES NECESSÁRIAS À EQUIPE

Qualificação por treinamento para a atividade proposta e experiência em urgência e emergência. Habilidades importantes: capacidade de comunicação, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia, SAMU e CORPO DE BOMBEIROS, paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade.

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO

O Processo de Acolhimento e Classificação de Risco será executado por equipe formada de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, assistente social e médico (geralmente chefe de equipe). Haverá salas próprias para enfermagem e serviço social. Horário de atendimento contínuo.

O cidadão que chegar ao pronto-socorro ou Pronto Atendimento (PA) será atendido prontamente pela equipe de acolhimento. As crianças e adolescentes em situação de emergência irão para sala própria ou serão priorizadas. A identificação da gravidade será feita por marca colorida, no canto superior direito do Boletim de Emergência. Pessoas em situação de urgência serão conduzidas à Sala de Classificação de Risco. As que procurarem especialidades, onde houver, aos respectivos setores. Este processo deverá ser feito no menor tempo possível.

A equipe de classificação receberá a criança ou adolescente fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados. Reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Considerar queixa, início, evolução e duração, aparência física, resposta emocional, escala de dor e escala de coma de Glasgow (ECG), medicação atual e alergias. Verificar e registrar sinais vitais. Classificar prioridade.

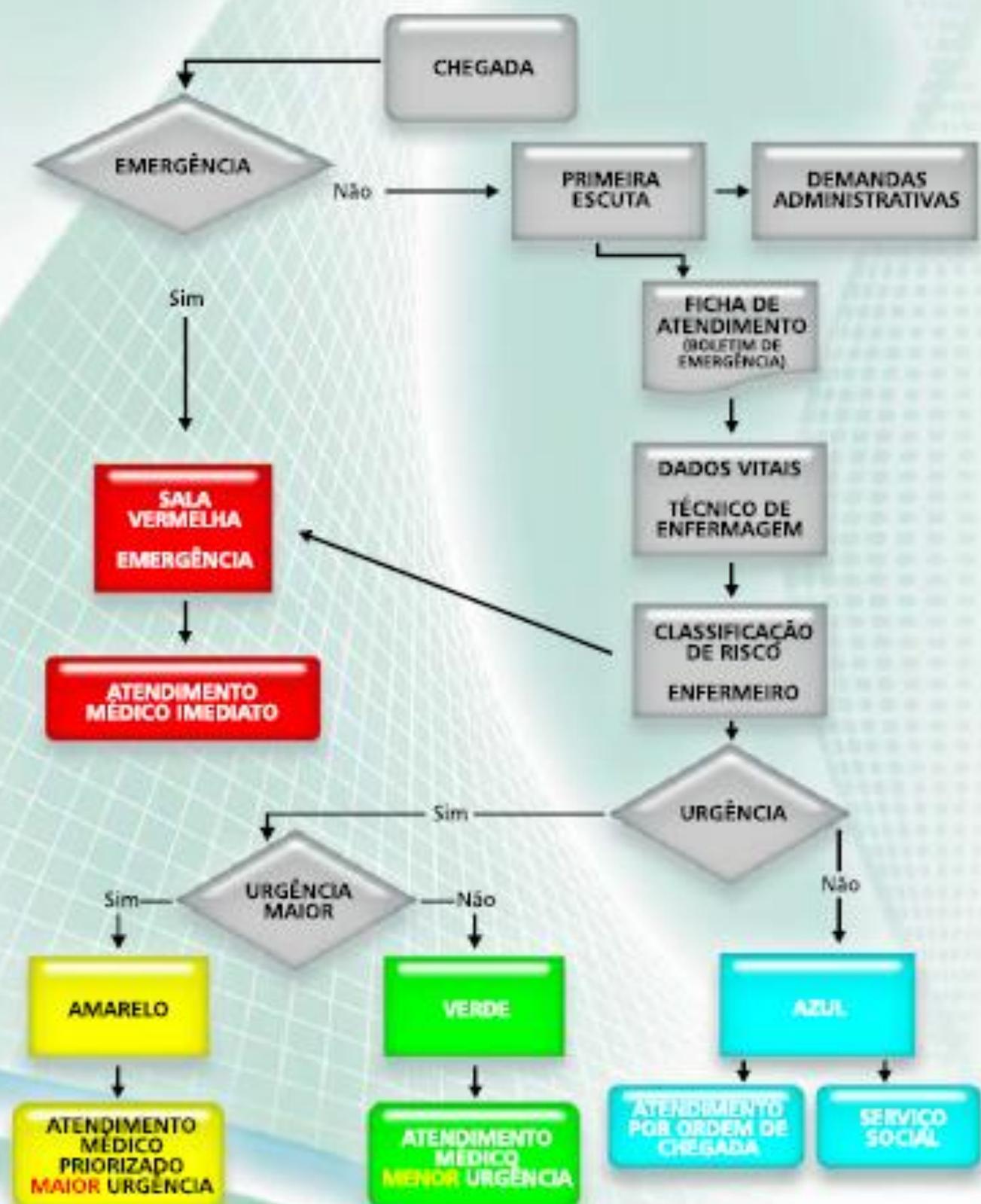
MODELO DE DOCUMENTAÇÃO

O documento para classificação deverá conter o nome do usuário, idade, data, horário, queixa, breve história, observação objetiva, sinais vitais, prioridade de atendimento, história de alergias, uso de medicações, medidas iniciais adotadas no caso, reavaliações, nome do(a) enfermeiro(a), assinatura.

De preferência, a unidade deve transformar a ficha de atendimento/boletim de atendimento, de modo a conter os dados da classificação, evitando assim gasto adicional com outros impressos.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
HOSPITAIS MUNICIPAIS DE FORTALEZA

FLUXOGRAMA



PRIORIDADE I - VERMELHO

- Ressuscitação
- Atendimento Médico Imediato com acionamento de Sinal Sonoro
- Cuidado de Enfermagem Contínuo

1. Código de parada

- Parada cardiorrespiratória
- Iminência de parada

2. Trauma maior

- Lesão grave de único ou múltiplo sistema
- Trauma craniano - ECG 3 a 8
- Grande queimado: >25% da superfície corporal queimada ou acometimento de vias aéreas
- Trauma torácico, abdominal ou craniano com: perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios.

3. Choque

- Hipotensão, taquicardia, bradicardia (ANEXO A) ou alteração do sensório
 - Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural
 - Ventilação ou oxigenação ineficaz
 - Febre, toxemia
 - Pré-parada
- Ex: choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos

4. Escala de coma de Glasgow (ECG - 3 a 8)

- Paciente irresponsivo, ou só com resposta à dor
- Intoxicação exógena
- Eventos no sistema nervoso central (SNC)
- Convulsão em atividade, pós-ictal
- Distúrbios metabólicos (hipoglicemia) - DOSAR GLICEMIA CAPILAR!
- Doença psiquiátrica com rigidez de membros

5. Insuficiência Respiratória

- Incapacidade de falar (frases de uma palavra)
- Cianose
- Letargia - confusão mental
- Taquicardia - bradicardia
- Pressão arterial (PA) e frequência respiratória (FR) alterada (ANEXO A)
- Dispnéia extrema ou fadiga muscular
- Saturação O₂ < 90%
- Obstrução de via aérea
- Ex: eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, edema agudo pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose

6. Desidratação grave

- Letargia
- Dificuldade para beber
- Boca muito seca
- Olhos muito encovados
- Fontanela muito deprimida
- Prega cutânea se desfaz muito lentamente (> 10 segundos)
- Pulso muito fino e enchimento capilar lento (> 5 segundos)

7. Gravidez > 20 semanas

- Paciente com exteriorização de partes fetais ou com prolapso de cordão
- Sangramento vaginal

Paciente típico da prioridade I

- Paciente não-responsivo
- Sinais vitais ausentes / instáveis (ANEXO A)
- Insuficiência respiratória
- Desidratação grave

PRIORIDADE II - VERMELHO / LARANJA

- Emergência
- Atendimento Médico em até 15 minutos, sem Sinal Sonoro,
- Reavaliação pela Enfermagem a cada 15 minutos

1. Alteração do estado mental

- Paciente com déficit cognitivo, agitação, letargia, confusão, pós-ictal, paralisia, sonolência, coma - ECG entre 9 e 13 (ANEXO B)
- Febre
- Crianças pequenas com irritabilidade, recusa alimentar
Ex. doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação

ATENÇÃO: DOSAR GLICEMIA CAPILAR!

2. Trauma craniano

- Coma: ECG entre 9 e 13 (ANEXO B)
- Perfuração da calota craniana
- Paciente com: a) cefaléia intensa; b) perda consciência; confusão mental; c) convulsão; d) dor cervical; f) náusea e vômito.

ATENÇÃO! Casos de ejeção corporal, passageiro sem cinto de segurança com choque no pára-brisa, atropelamento, queda de altura superior a cinco degraus, agressão com objeto rombo.

Avaliar tempo do impacto; mecanismo, início e gravidade da lesão; evolução dos sintomas

3. Trauma grave

- Sinais vitais normais (ANEXO A), estado mental normal.
- Dor moderada a grave (ANEXO C)
- Sintomas graves em um sistema fisiológico principal, sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas.
- Ferimento extenso com sangramento ativo
- Amputação
- Fratura com deformidade ou sangramento, fratura de bacia.

ATENÇÃO! Impacto a mais de 40 Km/h sem frear, ou a mais de 60 Km/h freando, ejeção corporal, capotamento, motocicleta e carro a mais de 30 Km/h, atropelamento a mais de 10 Km/h, desaceleração (queda de altura maior que 02 vezes a estatura, queda de berço ou rede, explosão), perda da consciência, fraturas de 1ª e 2ª costelas ou da 9ª, 10ª, 11ª ou de mais de três costelas, aspiração, contusão pulmonar, óbitos no local.

4. Neonato

- Toda criança < 7 dias de vida deve ser atendida como prioridade II, devido o risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cardíacas congênitas não diagnosticadas e sepse.
- Destaca-se que os sinais desses problemas podem ser muito sutis, portanto esses pacientes devem ser avaliados até 15 minutos.

5. Comprometimento hemodinâmico

- Perfusão limítrofe
- Palidez
- História de sudorese
- Taquicardia inexplicada
- Hipotensão postural
- Tonteira ao se levantar
- Hipotensão menor que o esperado para a idade (ANEXO A)

6. Desidratação moderada com vômitos incoercíveis

- Irritada
- Muita sede
- Boca seca
- Olhos encovados
- Choro sem lágrimas
- Fontanela deprimida
- Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)
- Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)

7. Queimaduras

- Queimaduras de 2º ou 3º grau com superfície corporal queimada entre 10 e 25% ou em áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais (ANEXO D).
- Queimaduras elétricas.

8. Dor torácica

- Avaliar:
 - Alteração de sinais vitais (ANEXO A)
 - Se espontânea (não traumática)
 - Visceral
 - Intensidade, duração, característica, localização, irradiação

- Atividade física no início da dor
- Fatores que melhoram - pioram

ATENÇÃO! Uso de crack, cocaína e anfetamínico.

8.1. Dor torácica tipo visceral

- Contínua, de 30 segundos a 30 min (angina do peito) ou superior a 30 min (infarto)
 - Em peso, opressão, queimação ou como desconforto
 - Sintomas associados: sudorese, náusea, dispnéia
 - Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, dorso
- ATENÇÃO!** Doença coronariana provável!

8.2. Dor torácica súbita (Em pontada)

- São exemplos:
 - Problemas de parede torácica
 - Embolia pulmonar
 - Dissecção de aorta
 - Pneumotórax
 - Pneumonia

9. Intoxicação exógena

- Tipo e quantidade de droga imprevisíveis
- Qualquer alteração de consciência ou alteração dos sinais vitais (ANEXO A) devem ser vistos em até 5 minutos
- Necessidade de adoção de medidas como realização de exames toxicológicos, monitoramento, prevenção de absorção, aumento de eliminação e administração de antídotos

10. Dor abdominal

- Sinais vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre (ANEXO A)
 - Associações: náusea, vômitos, sudorese, irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal e possível gravidez
 - Dor intensa (8 - 10 / 10) em cólica ou não (ANEXO C)
- ATENÇÃO!** Situações catastróficas: dissecção da aorta, gravidez ectópica, dengue hemorrágica.

11. Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe

- Hematêmese volumosa

- Melena com instabilidade hemodinâmica
- Hemoptise franca
- Epistaxe com PA alterada (ANEXO A)

12. Hemiparesia aguda

- Grande déficit neurológico
 - Sintomas com menos de 4 horas
- Objetivo:** proteção via aérea, tomografia computadorizada de encéfalo para neurocirurgia

13. Dispnéia, asma prévia, sibilância recorrente

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Risco em vias aéreas (estridor, sialorréia)
- Angústia respiratória intensa, esforço muscular
- Passado de asma grave
- Fala entrecortada
- Sat O₂ menor que 92%.

14. Anafilaxia

- Sintomas respiratórios
 - Sensação de garganta fechando, edema de glote
- Outros dados:** alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, hipotensão, choque, sibilância torácica, cianose, tosse, vômito, dor abdominal, diarreia, urticária, prurido, rash, eritema não purpúrico.
- Passado de evento semelhante

15. Sangramento vaginal/dor abdominal inferior e pélvica

- Priorizar pela possibilidade de gravidez ectópica ou sofrimento fetal
- Dor abdominal ou pélvica, mesmo que moderada, associada à hipotensão

16. Infecções graves, sepse

- Alteração mental
- Sinais vitais instáveis (ANEXO A)
- Toxemia, letargia
- Avaliar saturação de O₂
- Temperatura > 38,5°C, calafrios
- Eritema purpúrico (meningite)
- Eritema que não desaparece à vitropressão.

17. Febre em lactente

- Temperatura Axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$ em criança < 3 meses
- Febre $> 40^{\circ}\text{C}$ em qualquer idade (ANEXO A)

18. Criança

- Letargia
- Recusa alimentar, vômito e/ou diarreia, com ou sem febre, com sinais de desidratação (olhos encovados, fontanela deprimida, oligúria, anúria acima de 6 horas)

19. Doença psiquiátrica ou comportamental

- Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão
- Risco imediato para si ou para outrem
- Agitação extrema
- Paciente desmaiado
- Necessidade contenção
- Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação
- Avaliar passado de doença psiquiátrica (para uso rápido de antipsicóticos)

ATENÇÃO! DOSAR GLICEMIA CAPILAR!

20. História de diabetes mellitus

- Sudorese (hipoglicemia)
- Alteração mental (hipo ou hiperglicemia)
- Febre
- Vômito
- Visão borrada
- Pulso anormal
- Respiração rápida e profunda
- Hálito cetônico
- Criança com dor abdominal
- Desidratação

ATENÇÃO! DOSAR GLICEMIA CAPILAR!

21. Cefaléia

- Cefaléia intensa incontrolável
 - Intensa desde o início, súbita ou rapidamente progressiva
 - Rigidez de nuca
 - Náusea ou vômito
 - Alteração do estado mental
 - Sinais neurológicos focais (paresia, afasia)
- ATENÇÃO!** Situações catastróficas: hemorragia subaracnóidea, hematoma epidural ou subdural, meningite, encefalite.

22. Dor Intensa (8-10/10)

- Aguda, central (cabeça, tórax, abdome)
- Aguda, periférica (em extremidades), com sinais de isquemia
- Luxação (ortopedia)
- Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição de função em membros inferiores.

23. Maus tratos e violência sexual

- Vítimas de violência ou abuso sexual nas primeiras 4 horas
- Comprometimento de bem estar emocional

24. Abstinência grave de álcool e drogas

- Convulsão
- Coma
- Alucinações
- Confusão mental
- Agitação
- Excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre)
- Dor abdominal ou torácica
- Tremores
- Vômito, diarreia

25. Sinais vitais alterados com sintomas

- FR alterada menor ou maior de acordo com a idade (ANEXO A)
 - FC alterada menor ou maior de acordo com a idade
 - PAS e PAD alterada menor ou maior de acordo com a idade
 - Temperatura axilar menor que 35 ou maior que 40°C
 - Febre em paciente imunocomprometido ou em paciente que não parece estar bem
- ATENÇÃO:** palidez, sudorese pegajosa, má perfusão periférica, má-perfusão capilar

26. Imunossupressão

- Temperatura maior que 38,5°C e outros sintomas associado com:
 - Quimioterapia
 - Aids
 - Leucose
 - Uso de corticóide
 - Transplante de órgãos

ATENÇÃO! Alto risco de complicações graves e rápida deterioração

27. Gravidez superior a 20 semanas

- Trabalho de parto (contrações cada 2 minutos)
- Ausência de movimentos fetais
- Hipertensão com ou sem cefaléia, edema, dor abdominal
- Pós-parto imediato (mãe e criança)

PRIORIDADE III - AMARELO

- Urgência
- Avaliação Médica em até 30 minutos ou Reavaliação pela Enfermagem a cada 30 minutos

1. Trauma crâniano

- Paciente sem perda da consciência
- Alerta (ECG 14 e 15) (ANEXO B)
- Cefaléia moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Sem dor cervical
- Náusea ou vômito

ATENÇÃO: avaliar deterioração

2. Trauma moderado

- Paciente com sinais vitais normais (ANEXO A)
- Fraturas alinhadas, luxações, distensões, dor moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Hematoma traumático
- Ferimento menor, com sangramento compressível
- Ferimento extenso por mordedura
- Trauma torácico com dor leve ou moderada, sem dispnéia

3. Queimaduras

- Queimaduras de 2° e 3° graus, áreas não-críticas, SCQ < 10% (ANEXO D)
- 1° grau > 10% da SCQ, áreas não-críticas
- 1° grau em face e perineo
- Mãos e pés

4. Dispnéia leve a moderada

- Asma com dispnéia ao exercício
- Tosse freqüente
- Incapacidade de dormir
- Consegue falar frases mais longas
- Asma e saturação de O₂ entre 92 e 94%, Peak Flow entre 40 e 60%

ATENÇÃO: internações freqüentes, intubação, UTI, história de prematuridade

REAVALIAR!

Diagnóstico diferencial: displasia broncopulmonar, pneumonia, infecções de vias aéreas superiores

5. Desidratação moderada sem vômitos

- Irritada
- Muita sede
- Boca seca
- Olhos encovados
- Choro sem lágrimas
- Fontanela deprimida
- Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)
- Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)

ATENÇÃO! Iniciar terapia de reidratação oral (TRO)

6. Dor torácica

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
 - Localizada, em pontada
 - Piora com respiração profunda, tosse, dispnéia, palpação
- Ex: dor parede torácica, pleurite, pericardite

ATENÇÃO! História prévia de angina do peito

7. Dor abdominal

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Aguda moderada (4 – 7/10)
- Distensão abdominal
- Retenção urinária
- Prostração
- Febre

ATENÇÃO: diabetes mellitus

B. História de diabetes mellitus

- Desidratação acentuada, vômito, Dor abdominal
- Glicemia maior que 300 ou menor que 50 mg/dL

9. Hemorragia digestiva

- Sangramento não atual (últimas 24 horas)
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

Reavaliar!

10. Convulsão

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Pós-comicial, mas alerta
- Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas
- Primeiro episódio, porém curto (menor que 5 min)

11. Doença Psiquiátrica-Comportamental

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Agitação menos intensa, mas consciente
- Risco para si ou para outrem
- Estado de pânico
- Potencialmente agressivo
- Alucinação, desorientação

12. Dor

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Intensa (8 - 10 / 10), central e crônica (ANEXO C)
- Intensa, aguda e periférica (pele, partes moles)
- Aguda, moderada (4 - 7), central
- Enxaqueca
- Cólica renal
- Dor abdominal com vômitos, febre, disúria ou gravidez
- Lombalgia que impede deambulação ou que se irradia para membros inferiores
- Intensa, aguda, em membros inferiores, sem sinais de trauma ou isquemia

13. Queixas em articulações e partes moles

- Articulações ou membros com dor intensa, impotência funcional, calor, edema, eritema com febre associada
- Ferida corto-contusa
- Urticária ou prurido intenso

14. Diálise / Transplante

- Distúrbios hidroeletrólíticos frequentes
- Risco de arritmias e deterioração

15. Sinais vitais alterados sem sintomas

- FC < 50 ou > 140 bpm (ANEXO A)
- Temperatura maior que 38,5°C
- FR alterada

16. Situações Especiais

- Vítimas de abusos sexuais
- Pacientes escoltados pela polícia
- Mães com outra criança internada na instituição
- Acompanhante gestante, idosa (> 65 anos) ou deficiente físico.
- Acidente perfurocortante com material biológico
- Deficiência física ou mental

PRIORIDADE IV - VERDE

- Menor Urgência
- Avaliação Médica em até 1 hora ou Reavaliação de Enfermagem a cada 1 hora

1. Trauma Craniano

- Lesão craniana menor
- Sem perda da consciência
- Trauma de baixo impacto
- Alerta (ECG=15)
- Sem vômito
- Sem sintomas cervicais
- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Acidente há mais de 6 horas

2. Trauma Menor

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Trauma torácico sem dor de costela ou dispnéia
- Distensões, contusões, torções
- Fratura possível
- Lacerações que requerem investigação
- Mordedura não-extensa
- Dor moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Mais de 6 horas do evento, menos que 10 dias

3. Febre

- Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A)

4. Queimaduras e Feridas

- Queimaduras de 1º grau, < 10%, área não-crítica (ANEXO D)
- Feridas com febre
- Com necrose
- Miíase com infestação intensa

5. Dor Abdominal

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Aguda, moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Ausência de prostração, toxemia, aspecto de gravidade clínica

6. Cefaléia

- Não-súbita
- Não-intensa (< 7 / 10) (ANEXO C)
- Não-enxaqueca
- Rinorréia purulenta
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

7. Dor Torácica

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Não-aguda
- Moderada (4 – 7 / 10)
- Sem dispnéia
- Sem cardiopatia prévia
- Tipo pleurítica (dor ao respirar)

8. Doença Psiquiátrica – Comportamental

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Pensamentos suicidas
- Gesticulando, mas não agitado
- Sem risco imediato para si ou para outrem
- Com acompanhante

Observação: manter atitude solidária, deixar o paciente em lugar seguro e tranquilo

9. Dor

- Intensa (8-10 / 10), crônica, periférica (ANEXO C)
- Moderada (4-7), aguda, central
- Moderada, aguda e periférica
- Lombalgia mais intensa
- Artralgia com limitações sem sinais flogísticos (dor, calor e rubor)
- Em membros inferiores, agudizada

10. Sintomas gripais

- Dor de garganta intensa (ANEXO C)
- Dor de ouvido
- Tosse produtiva
- Rinorréia purulenta
- Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A)
- Mialgia

11. Vômitos e Diarréia Sem Desidratação

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Mucosas úmidas
- Diurese habitual
- Turgor de pele normal
- Evacuações/dia < 5 episódios
- Vômitos/dia < 5 episódios

12. Situações Especiais

- Recém-nascido entre 8 e 29 dias com queixas clínicas
- Deficientes físicos
- Grávidas
- Impossibilidade de deambulação
- Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica
- Troca de sonda vesical de demora ou sonda nasoentérica

PRIORIDADE V - AZUL

- Não Urgente
- Avaliação Médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito a outro Centro de Saúde com contato telefônico prévio e garantia de atendimento.

1. Trauma menor

- Dor leve
- Contusões
- Escoriações
- Ferimentos que não requerem fechamento
- Mialgia
- Distensões

2. Feridas

- Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção
- Infecção local
- Escaras sem sinais sistêmicos
- Controle de úlceras crônicas, retirada de pontos
- Queimaduras de 1º grau, pequenas, áreas não-críticas (ANEXO D)

3. Sintomas gripais

- Coriza
- Queixas leves
- Dor de garganta
- Sem sintomas respiratórios
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

4. Dor abdominal

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Dor aguda, leve (menor que 4/10) (ANEXO C)
- Constipação intestinal
- Crônica ou recorrente

5. Dor leve a moderada

- Crônica, central ou periférica (ANEXO C)
- Dor torácica superficial, crônica, piora à compressão
- Lombalgia crônica, não traumática
- Em MMII, crônica, sem sinais inflamatórios
- Disúria

6. Vômito ou diarreia

- Sem desidratação
- Estado mental normal
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

7. Doença psiquiátrica

- Depressão crônica ou recorrente
- Crise social
- Impulsividade
- Estado mental normal
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

8. Outras Situações

- Curativos
- Trocas ou requisições de receitas
- Avaliações de exames
- Imunizações
- Solicitações de atestados médicos
- Consultas de acompanhamento

VERMELHO

Não será submetido à classificação de risco.

Casos de "ressuscitação" serão levados para a Sala de Ressuscitação (Sala de Emergência/UTU) após acionamento do sinal sonoro.

Demais emergências, também casos "vermelhos", irão para Sala de Emergências sem sinal sonoro ou serão priorizados nos consultórios.

AMARELO

Paciente classificado como "amarelo" aguardará atendimento médico devidamente acomodado em cadeira, em local pré-determinado.

VERDE

Paciente classificado como "verde" também aguardará atendimento médico devidamente acomodado em cadeira, será informado que pacientes mais graves serão atendidos antes.

AZUL

Paciente classificado como "azul" também aguardará atendimento médico devidamente acomodado em cadeira, mas será informado que o tempo para atendimento será maior e que pacientes mais graves serão atendidos antes.

Em caso de superlotação, esse paciente poderá, eventualmente, ser encaminhado para outros serviços, após contato telefônico prévio ou por documento escrito, com garantia de atendimento.

FLUXOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO



ANEXO A

ANEXO A - Sinais Vitais

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bat/min)			
Idade	Em repouso (acordado)	Em repouso (dormindo)	Exercício (febre)
Recém-nascido	100-180	80-160	> 220
1 semana a 3 meses	100-220	80-200	> 220
3 meses a 2 anos	80-150	70-120	> 220
2 anos a 10 anos	70-110	60-90	> 220
10 anos a adulto	55-90	50-90	> 220

Fonte: De Gálvez PC: Dysrhythmias. Em Adams FH, Braunholtz JG, Braunholtz TA, editores: *Mosby's Manual of Physical Examination, Children, and Adolescents*, ed 4, Baltimore, 1989, Williams & Wilkins.

TEMPERATURA (por idade)	
Local	Referência (°C)
3 meses	37,5° C
6 meses	37,5° C
1 ano	37,7° C
3 anos	37,2° C
5 anos	37,0° C
7 anos	36,8° C
9 anos	36,7° C
11 anos	36,7° C
13 anos	36,6° C

Fonte: Modificação de Lowrey GH: *Growth and development of children*, ed 8, St Louis, 1986, Mosby-Year Book.

TEMPERATURA (por local)	
Local	Referência (°C)
Axilar	35,5 a 37,0° C
Bucal	35,8 a 37,3° C
	(0,5° C > axilar)
Retal	36,1 a 37,8° C
	(0,5 a 1,0° C > axilar)

Fonte: Modificação de Lowrey GH: *Growth and development of children*, ed 8, St Louis, 1986, Mosby-Year Book.

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (por idade)	
Idade	Frequência (incursões/min)
Recém-nascido	35
1 a 11 meses	30
2 anos	25
4 anos	23
6 anos	21
8 anos	20
10 anos	19
12 anos	19
14 anos	18
16 anos	17
18 anos	16-18

Fonte: Modificação de Lowrey GH: *Growth and development of children*, ed 8, St Louis, 1986, Mosby-Year Book.

VALORES NORMATIVOS DA PRESSÃO ARTERIAL (SISTÓLICA/DIASTÓLICA), PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA ENTRE PARÊNTESES			
FAIXA ETÁRIA	Média	90° Percentil	95° Percentil
Recém-nascido (1 a 3 dias)	65/41 (50)	75/49 (59)	78/52 (62)
1 mês a 2 anos	95/58 (72)	106/68 (83)	110/71 (86)
2-5 anos	101/57 (74)	112/66 (82)	115/68 (85)

Fonte: Reprodução de Park M, Menard S: Normative oscillometric blood pressure values in the first 5 years in an office setting. *Am J Dis Child* 143(7):890-894, 1989.

**LEITURAS DE PRESSÃO ARTERIAL NORMAL EM CRIANÇAS
MENINOS**

Percentual de pressão sistólica						Percentual de pressão* diastólica					
Idade	5. ^a	10. ^a	50. ^a	90. ^a	95. ^a	Idade	5. ^a	10. ^a	50. ^a	90. ^a	95. ^a
1 dia	54	58	73	87	92	1 dia	38	43	55	68	72
3 dias	55	59	74	89	93	3 dias	38	42	55	68	71
7 dias	57	62	76	91	95	7 dias	37	41	54	67	71
1 mês	67	71	86	101	105	1 mês	35	39	52	64	68
2 meses	72	76	91	106	110	2 meses	33	37	50	63	66
3 meses	72	76	91	106	110	3 meses	33	37	50	63	66
4 meses	72	76	91	106	110	4 meses	34	37	50	63	67
5 meses	72	76	91	106	110	5 meses	35	39	52	65	68
6 meses	72	76	90	105	109	6 meses	36	40	53	66	70
7 meses	71	76	90	105	109	7 meses	37	41	54	67	71
8 meses	71	75	90	105	109	8 meses	38	42	55	68	72
9 meses	71	75	90	105	109	9 meses	39	43	55	68	72
10 meses	71	75	90	105	109	10 meses	39	43	56	69	73
11 meses	71	76	90	105	109	11 meses	39	43	56	69	73
1 ano	71	76	90	105	109	1 ano	39	43	56	69	73
2 anos	72	76	91	106	110	2 anos	39	43	56	68	72
3 anos	73	77	91	107	111	3 anos	39	42	55	68	72
4 anos	74	79	93	108	112	4 anos	39	43	56	69	72
5 anos	76	80	95	109	113	5 anos	40	43	56	69	73
6 anos	77	81	96	111	115	6 anos	41	44	57	70	74
7 anos	78	83	97	112	116	7 anos	42	45	58	71	75
8 anos	80	84	99	114	118	8 anos	43	47	60	73	76
9 anos	82	86	101	115	120	9 anos	44	48	61	74	78
10 anos	84	88	102	117	121	10 anos	45	49	62	75	79
11 anos	86	90	105	119	123	11 anos	47	50	63	76	80
12 anos	88	92	107	121	126	12 anos	48	51	64	77	81
13 anos	90	94	109	124	128	13 anos	48	49	63	77	81
14 anos	93	97	113	128	131	14 anos	46	50	64	78	82
15 anos	95	99	114	129	133	15 anos	47	51	65	79	83
16 anos	98	102	117	131	136	16 anos	49	53	67	81	85
17 anos	100	104	119	134	138	17 anos	51	55	69	83	87
18 anos	102	106	121	136	140	18 anos	52	56	70	84	88

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children, National Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda, MD.
Os dados foram tabulados pelo Dr. B. Rosner, 1997.

*E2 foi usado para idades inferiores a 12. E2 foi substituído para idade de 12 anos ou mais.

**LEITURAS DE PRESSÃO ARTERIAL NORMAL EM CRIANÇAS
MENINAS**

Percentual de pressão sistólica						Percentual de pressão* diastólica					
Idade	5. ^a	10. ^a	50. ^a	90. ^a	95. ^a	Idade	5. ^a	10. ^a	50. ^a	90. ^a	95. ^a
1 dia	46	50	65	80	84	1 dia	38	42	55	68	72
3 dias	53	57	72	86	90	3 dias	38	42	55	68	71
7 dias	60	64	78	93	97	7 dias	38	41	54	67	71
1 mês	65	69	84	98	102	1 mês	35	39	52	65	69
2 meses	68	72	87	101	106	2 meses	34	38	51	64	68
3 meses	70	74	89	104	108	3 meses	35	38	51	64	68
4 meses	71	75	90	105	109	4 meses	35	39	52	65	68
5 meses	72	76	91	106	110	5 meses	36	39	52	65	69
6 meses	72	76	91	106	110	6 meses	36	40	53	66	69
7 meses	72	76	91	106	110	7 meses	36	40	53	66	70
8 meses	72	76	91	106	110	8 meses	37	40	53	66	70
9 meses	72	76	91	106	110	9 meses	37	41	54	67	70
10 meses	72	76	91	106	110	10 meses	37	41	54	67	71
11 meses	72	76	91	106	110	11 meses	38	41	54	67	71
1 ano	72	76	91	106	110	1 ano	38	41	54	67	71
2 anos	71	76	90	105	109	2 anos	40	43	56	69	73
3 anos	72	76	91	106	110	3 anos	40	43	56	69	73
4 anos	73	78	92	107	111	4 anos	40	43	56	69	73
5 anos	75	79	94	109	113	5 anos	40	43	56	69	73
6 anos	77	81	96	111	115	6 anos	40	44	57	70	74
7 anos	78	83	97	112	116	7 anos	41	45	58	71	75
8 anos	80	84	99	114	118	8 anos	43	46	59	72	76
9 anos	81	86	100	115	119	9 anos	44	48	61	74	77
10 anos	82	87	102	117	121	10 anos	46	49	62	75	79
11 anos	86	90	105	119	123	11 anos	47	51	64	77	81
12 anos	88	92	107	122	126	12 anos	49	53	66	78	82
13 anos	90	94	109	124	128	13 anos	46	50	64	78	82
14 anos	92	96	110	125	129	14 anos	49	53	67	81	85
15 anos	93	97	111	126	130	15 anos	49	53	67	82	86
16 anos	95	97	112	127	131	16 anos	49	53	67	81	85
17 anos	98	98	112	127	131	17 anos	48	52	66	80	84
18 anos	94	98	112	127	131	18 anos	48	52	66	80	84

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children, National Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda, MD.
Os dados foram tabulados pelo Dr. B. Rosner, 1997.

*E2 foi usado para idades inferiores a 12. E2 foi substituído para idade de 12 anos ou mais.

ANEXO B

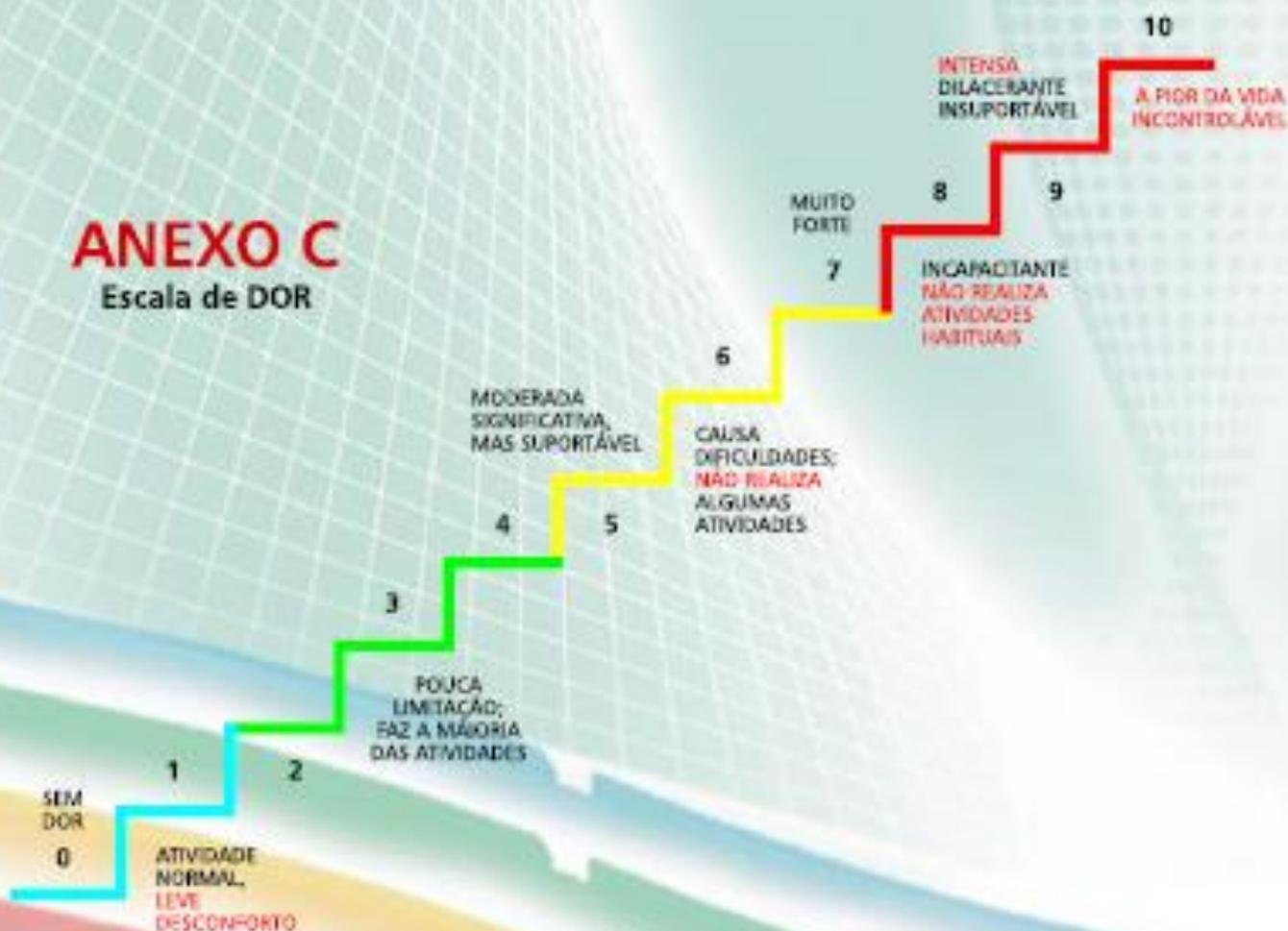
Escala de coma de Glasgow

Escore	Resposta	Resposta modificada para lactentes
Abertura ocular		
4	Espontânea	Espontânea
3	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal
2	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso
1	Assente	Assente
Melhor resposta motora		
6	Obedece comando	Movimentação espontânea
5	Localiza dor	Localiza dor (retirada ao toque)
4	Retirada ao estímulo doloroso	Retirada ao estímulo doloroso
3	Flexão ao estímulo doloroso (postura decortizada)	Flexão ao estímulo doloroso (postura decortizada)
2	Extensão ao estímulo doloroso (postura decortizada)	Extensão ao estímulo doloroso (postura decortizada)
1	Assente	Assente
Melhor resposta verbal		
5	Orientado	Reflexiva
4	Confuso	Choro irritado
3	Palavras inapropriadas	Choro à dor
2	Sons inespecíficos	Gemido à dor
1	Assente	Assente

TCE severo (escore Glasgow: 3-8); TCE moderado (escore Glasgow: 9-12); TCE leve (escore Glasgow: 13-15).
J Pediatr (Rio J) 2003; 79 (6): 287-98.

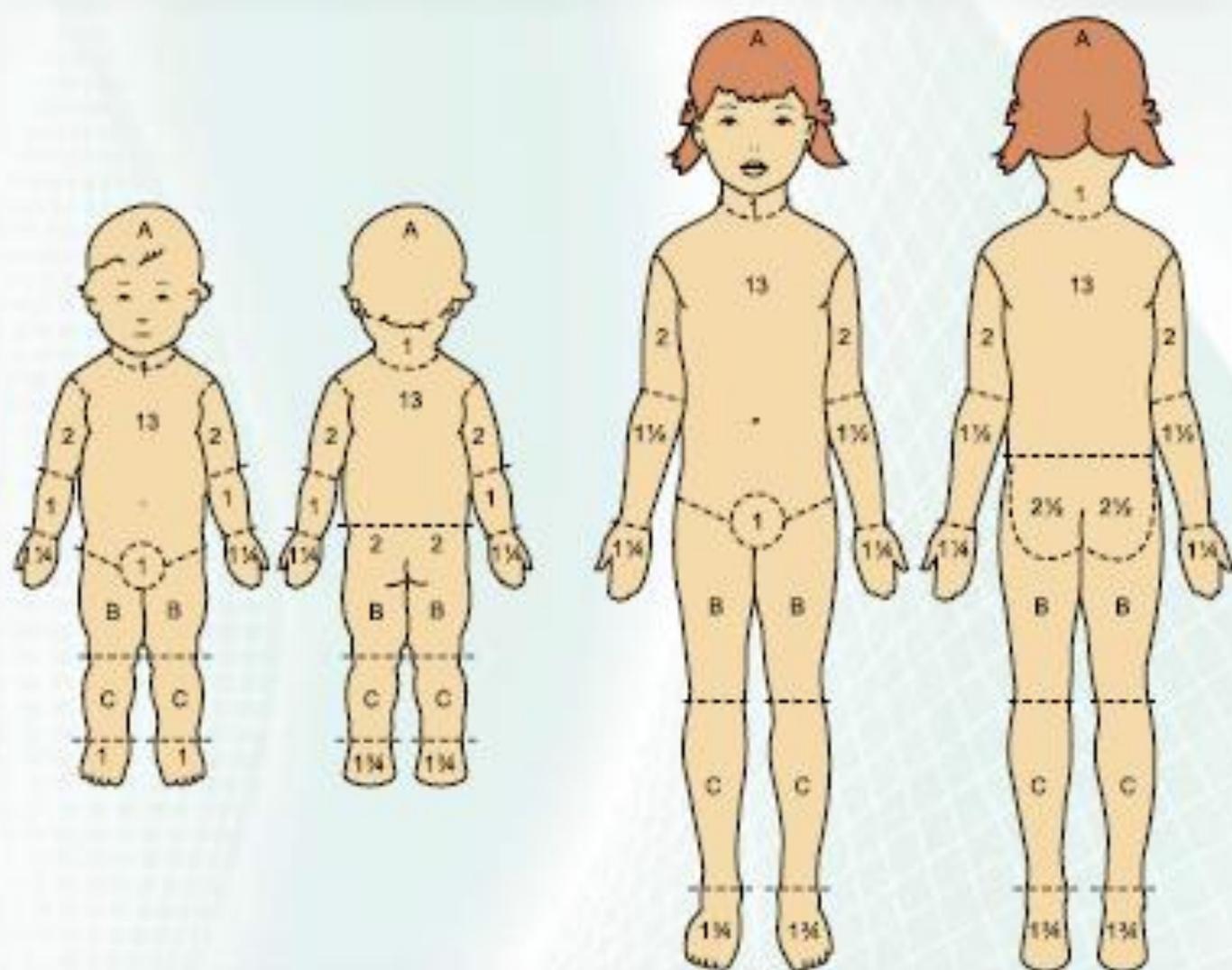
ANEXO C

Escala de DOR



ANEXO D

Avaliação da Superfície Corporal Queimada (SCQ)



PORCENTAGEM RELATIVA DAS ÁREAS QUEIMADAS POR IDADE

ÁREA	NASCIMENTO	1 ANO DE IDADE	5 ANOS DE IDADE
A = 1/3 da cabeça	9 1/3	8 1/3	6 1/3
B = 1/3 de uma coxa	2 1/3	3 1/3	4
C = 1/3 de uma perna	2 1/3	2 1/3	2 1/3

PORCENTAGEM RELATIVA DAS ÁREAS QUEIMADAS POR IDADE

ÁREA	NASCIMENTO	1 ANO DE IDADE	5 ANOS DE IDADE
A = 1/3 da cabeça	5 1/3	4 1/3	3 1/3
B = 1/3 de uma coxa	4 1/3	4 1/3	4 1/3
C = 1/3 de uma perna	3	3 1/3	3 1/3

Estimativa da distribuição de queimaduras em crianças. A. Crianças do nascimento aos 5 anos de idade. B. Crianças maiores.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL I

UNIDADE DE SAÚDE UBS I	ENDEREÇO	BARRIO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F. ALBERTA	Rua São José Barroca, 211 C.P. 40.144-000	Alcoba Velha	2402.6002/6000
2. C.S.F. ANILACIA	Rua Pôrto Velho, 101 C.P. 40.121-200	Serra do Corde	2402.3997/3999
3. C.S.F. RUIBARDI FIGUEIRA	Rua Rio Turvo, 87 C.P. 40.142-112	Al. Boa Vista	3413.6660/6661
4. C.S. CARLOS WAGNER	Rua João de Barros, 144 C.P. 40.112-210	Independência	2402.4270/4274
5. C.S.F. PLAZA DE BRASÃO NACIONAL	Rua Bernardo Porto, 497 C.P. 40.122-210	Morão Castelo	2402.3292/3296
6. C. S. J. JOSÉ ALEXANDRE DE JESUS	Av. L. 142 C.P. 40.146-100	Vila Velha	3400-0442/4400
7. C.S.F. PROF. BRUNO DE ARAÚJO	Rua Carlos Rocha, 49 C.P. 40.144-000	Al. Guanabara	2402.6499/6497
8. C.S.F. VAGNER ESTIVA	Av. Marechal Deodoro Campos, 49 C.P. 40.126-600	Cidade Industrial	2402.6492/6493
9. C.S.F. MICHAM ABRILIA	Rua Rio Turvo, 497, 49 C.P. 40.121-200	Fronteira	2402.6471/6478
10. C.S.F. DR. DOMENICO DA SILVA	Av. Tanque Branco, 477 C.P. 40.121-200	Serra do Corde	3402.6002/6000
11. C.S.F. CASSIANO LIMA FILHO	Av. Francisco de Sá, 544 C.P. 40.144-000	Serra do Corde	2402.3971/3978
12. C.S.F. F. VAGNER	Rua Prefeito Barros, 104 C.P. 40.144-000	Galvão	3342.3321/3324 3400.6660

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL II

UNIDADE DE SAÚDE UBS II	ENDEREÇO	BARRIO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F. ADELA GONCALVES DE OLIVEIRA	Rua Teodoro de Mello, 413 C.P. 40.144-000	Wanderley	3442.3444/3443/3434 3400.6660/6661
2. C.S.F. FREDERICO	Rua José Antônio Costa Lima, 100	Prata do Forno I	3433.2130 344.3433.2131
3. C.S.F. CLODOALDO GOMES GONCALVES	Rua Prof. Francisco Figueira, 82	Capão da Ponte	3402.3226/3225/3216 344.3433.2130
4. C.S.F. MIRIAM PORTO RIBEIRO	Av. José, 1434	Alameda	3402.3210/3209/3208 344.3433.2130
5. C.S.F. FIDELIS	Rua Brigadeiro Faria, 49 C.P. 40.122-200	De-ão-de-Brasão	3402.3690/3402.3072 340.3433.2130
6. C.S.F. BRUNO DE ARAÚJO DE CARVALHO	Rua João de Barros, 138 C.P. 40.121-200	Luz de Deus	3240.7200 344.3433.2130
7. C.S.F. FLAVIO BARBOSA	Av. Dr. Roberto, 478 C.P. 40.144-000	Independência	344.3433.2131/2131
8. C.S.F. GONCALVES DE MOURA	Rua São Bernardo de Campos, 49 C.P. 40.144-000	Centro Independência	3433.2130
9. C.S.F. JOÃO CARLOS DA SILVA	Rua Fátima, 101 C.P. 40.122-200	De-ão-de-Brasão	3402.3880/3884 344.3433.2130
10. C.S.F. PAULO MARCELO	Rua Dr. Roberto, 407 C.P. 40.144-000	Galvão	3342.2110/2111/2111 344.3433.2131
11. C.S.F. REGINA DE BOMBARDINI	Rua Almeida Lima Simões, 101 C.P. 40.144-000	Galvão 2.000	3402.7000/7000/3402.7000 344.3433.2130/2131

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL III

UNIDADE DE SAÚDE UBS III	ENDEREÇO	BARRIO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F. PROF. LUIZ BRUNO DE ARAÚJO	Rua Maria Guizota, 100	Boa Vista	3448.3470
2. C.S.F. PROF. GONCALVES PIRES	Rua Bernardo Estima, 100	Paulista Anabela	3402.6748
3. C.S.F. OLGA LIMA	Rua Dr. Helio Docendo, 579	Boa	3448.3201
4. C.S.F. NITON DE ALEIXANDRE	Rua Portugal Campos, 811	Paulista Barroca	3448.3271
5. C.S.F. FERNANDA LUIZ	Rua São João, 479	Quilombo Trina	3402.9741
6. C.S.F. JOÃO DEI	Rua São Brás, 571	Boa Vista	3448.3149/3149/3147
7. C.S.F. ROSA FERNANDA DE MENDONÇA	Rua Francisco de Sá, 144 C.P. 40.144-000	Boa Vista	3402.2660
8. C.S.F. FERNANDO MOURA	Rua Manoel, 1200	Henrique Jorge	3448.3204
9. C.S.F. SARA LUIZ	Rua Prof. João Barros, 370	Paulista Barroca	2402.2849
10. C.S.F. WALDIRA DE ARAÚJO	Rua Maria Rita, 302	Quilombo Trina	2448.3220
11. C.S.F. HENRIQUE BUIZON	Rua Hugo Vinny, 11	Paulista Barroca	2448.3270
12. C.S.F. ANASTÁCIO MAGALHÃES	Rua Antônio de Sales, 1470	Paulista Barroca	2402.2467/2467/2467 3400.6660
13. C.S.F. JOSÉ DOMINGOS ANDRIM	Av. São Luís Paulo, 140	Independência	3.401.2402/3400.1201
14. C.S. MARIA DE SOUSA MOTA	Rua Virgílio Brito, 49	Independência	3131.4038
15. C.S.F. ELIZABETH BRUNO	Rua Teresa Carabina, 345	Alcoba Velha	2448.3258
16. C.S.F. GEORGE BENEDITO	Rua Rio Turvo, 371	Quilombo Trina	2735.1380

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL IV

UNIDADE DE SAÚDE SER IV	ENDEREÇO	MUNICÍPIO	TELEFONO DA UNIDADE
1. C.B.F. PROJETO BACONTE	Rua Brasil, s/n COP. DO ZOUZAL	Barão	353.731/3483.7138 360.7.333.1. 3620.360
2. C.B.F. C/05 ALBUQUERQUE MENDES	Rua Benjamin Franklin, 733	Aratuba	3131.7500/3295.7795
3. C.B.F. JOSE PAULINO DE CARVALHO	Rua Brasil, s/n COP. DO ZOUZAL	Barão	3131.7500/3495.1480 3331.3431
4. C.B.F. DE PARAGUARI	Rua Benjamin Franklin, 499	Pirangaçu	3131.7500/3393.3393
5. C.B.F. DOZUL PARIBÓI	Rua 1310 LOPES, 717	Beaça	3131.7500
6. C.B.F. OZAMA/POZOS	Travessa Rua Glória DO SUL, 271	Par. Americano	3483.81.76.9101
7. C.B.F. ARI. PIRES	Rua Brasil, s/n COP. DO ZOUZAL	Demopolis Barão	3131.7500/3495.5131
8. C.B.F. OLIVEIRA BRASIL	Rua Maranhão Argentina, 100	Itapecuru	3482.51.99/3295.8295
9. C.B.F. DE SÃO JOSÉ	Rua Marçal Destrota, 1000	Barão	3131.7500/3216.2882
10. C.B.F. FLORESTA BRAS	Av. Des. Deped. Jordani, 2078	St. Antônio	3131.7500/3393.1480
11. C.B.F. DR. ROBERTO DA SILVA BRITO	Av. Ruijão de ARA, 919	Paribói	3037.3170/3375.9980
12. C.B.F. MARIA GIZ RUBIA BARBOSA	Rua Gregório Neto, 419	Itapecuru	3373-4193

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL V

UNIDADE DE SAÚDE SER V	ENDEREÇO	MUNICÍPIO	TELEFONO DA UNIDADE
1. C.B.F. GALVA BRUNO	Av. Tanqueri Sampaio, 1141 COP. SOBRAL	Orizânia	3483.8173
2. C.B.F. OLIVEIRA	R. 148, 1000 Norma, s/n	Genorápolis	3483.3344
3. C.B.F. FARIAS FERREIROS	S. Paulo, 100 COP. DO ZOUZAL	Itapecuru	3483.8173
4. C.B.F. ANTONIO GONCALVES BRAS	R. João Batista, 477 COP. DO ZOUZAL	Caroburbo	3482.3070/3070.2080
5. C.B.F. FERNANDO AUGUSTO	Rua Teixeira de Freitas, s/n	Itapecuru	3483.8173
6. C.B.F. ZELIA GOMES	S. Antônio Pereira, 1481 COP. DO ZOUZAL	Pimenta Branca Barão	3483.8173
7. C.B.F. VIVIANE RODRIGUES	Rua João Alves, 1286	Itapecuru	3483-4905
8. C.B.F. GUARANI MONTAGUINI	S. Antônio Pereira, 3333 COP. DO ZOUZAL	Genorápolis	3483.8173
9. C.B.F. GONCALVES FERREIROS	Av. 11, 2141	Genorápolis	3482.2425
10. C.B.F. MARCEL DE SOUZA	BR. A. s/n, 777098 COP. SOBRAL	Carajás Oeste	3483.8173 Fax: 3482.2487
11. C.B.F. LUCIA OLIVEIRA	TV. São José, 940 COP. DO ZOUZAL	Montevidéu	3483.8173
12. C.B.F. PEDRO CRISTIANO	S. Carlos Leite, 233 COP. DO ZOUZAL	Montevidéu	3483.8173
13. C.B.F. JOSE PARAGUARI	S. Antônio Pereira, 100 COP. DO ZOUZAL	Montevidéu	3483.8173
14. C.B.F. JOSE WILSON	Av. L. 1000 P. 1000 COP. DO ZOUZAL	Itapecuru	3483.8173
15. C.B.F. ANGELO FERREIROS	Rua Carlos Barbosa, 1080	Itapecuru	3483.8173
16. C.B.F. JUVENIL ROCHA	S. São Mateus, s/n COP. DO ZOUZAL	Itapecuru	3483.8173
17. C.B.F. ORACIANO MOREIRA	Rua 106, s/n 1060	COP. OLIVEIRA	3483.8173
18. C.B.F. JOÃO PAULO HOLANDA	Rua Antônio Sales, s/n	Atorizal	3713.8333
19. C.B.F. VIGOROSA	Rua Eng. Luis Montenegro, 489	Barão	3110.3342

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL VI

UNIDADE DE SAÚDE SER VI	ENDEREÇO	MUNICÍPIO	TELEFONO DA UNIDADE
1. C.B.F. PROJ. JOÃO BRUNO	Rua 10, n.º 88 - Inepública Viana	Itapecuru	3036.2707/3393.4088 3331.3388
2. C.B.F. TEREZINA PAVONI	Rua Nelson Cordeiro, 240	Cordeiro	3476.8002/3483.2348
3. C.B.F. AMARAL DE ALMEIDA	Rua Odebe Garcia, 25	Pombal	3382.2020/3483.2027
4. C.B.F. VICENTINA CAMPOS	Rua S. 110	St. Ovídio	3483-3171
5. C.B.F. ENRIQUE ANTONIO DE SOUZA	Av. Capela de São, s/n	Pombal	3389.2020/3483.3171
6. C.B.F. JOSE MARCOS DE ALMEIDA	Rua José Rodrigues de Moraes, 190	Barão	3273-1379
7. C.B.F. GABRIEL BRUNO	Av. Brasil, 1000	Itapecuru	3476.8002/3483.2348
8. C.B.F. MARIA SOARES DE SOUZA	Rua do União, 101	COP. Teixeira Barão	3273-2344
9. C.B.F. EDUARDO GUS DE OLIVEIRA	Rua Capela Araújo, 303	Azedorápolis	3111.0861/3111.0100/3031.0001 3031.0001
10. C.B.F. PEDRO SANTIAGO	Av. Itaipava, 1010	COP. Pombal	3482.2020/3483.2020
11. C.B.F. MARCOS CARLOS SOUSA	Av. 100 - Pombal Alvorada, 499	St. José de Barão	3373.2020/3483.2027
12. C.B.F. ALBERTO DE SOUZA	Rua Pombal, 401	Pombal	3483-8373
13. C.B.F. NÉCI ODEI FERREIRA	Av. Eng. José José de Sá, 473	Cordeiro	3473-1376
14. C.B.F. EDUARDO RIBEIRO	Av. Álvaro Custódio, 380	Itapecuru	3482.1100
15. C.B.F. DE SOUZA	Rua Dr. São João Batista, 384	Pombal	3276.2020/3276.1020
16. C.B.F. ANA TEREZINA	Rua Odebe, 201	Pombal	3482.2020/3276.2020
17. C.B.F. JOSE ROBERTO JACOBINO	Rua 710, s/n 710	St. José de Barão	3389-2344
18. C.B.F. FARIAS FERREIROS	Rua Faria de Almeida, s/n	Itapecuru	3473.8173/3483.8173
19. C.B.F. FARIAS FERREIROS	Av. Glória de São, 311	Agua-Brã	3376.3371
20. C.B.F. FARIAS FERREIROS	Rua Capela São João Batista, 75	Barão	3483.8173

LISTA DOS SERVIÇOS DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL DE FORTALEZA

CAPS AD SER I - CNES 5168332

Rua Hildebrando de Melo, 1110 - Barra do Ceará
Fone 3101.2592/2593

CAPS GERAL I - NISE DA SILVEIRA - CNES 5075114

Rua Alves de Lima, 1120 - Colônia
Fone: 3105.1119

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO - SER I

Av. Temberge, 1970 - Álvaro Weyne Fone: 3101.2590

OCA DE SAÚDE COMUNITÁRIA - SER I

Rua Profeta Isaías, 456 - Pirambú Fone: 3286.6041

CAPS AD SER II - CNES 5162270

Rua Manoel Firmino Sampaio, 311 - Cocó
Fone: 3105.1625

CAPS GERAL SER II - CNES 5162327

Rua Coronel Alves Teixeira, 1500 - Dionísio Torres
Fone: 3105.2632

UNIDADE DE SAÚDE ANA CARNEIRO - SER II

Rua Padre Antônio Thomaz, 2056 - Aldeota - 1º andar
Fone: 3264.4722 / 3261.1265

CAPS AD III - CNES 3950530

Rua Papi Júnior, s/n - Porangabussu
Fone: 3281.4254 / 3105.3420

CAPS GERAL III - CNES 2651378

Rua Francisco Pedro, 1269 - Rodolfo Teófilo
Fone: 3433.2568 / 3105.3451

CAPSI III - ESTUDANTE NOGUEIRA JUCÁ - CNES 2651378

Rua Delmiro de Farias, 1346 - Rodolfo Teófilo
Fone: 3281.3965

CAPS AD SER IV - CNES 5162289

Rua Betel, s/n Itaperi
Fone: 3105.2006 / 3289.1138

CAPS GERAL IV - CNES 2561263

Av. Borges de Melo, 201 - Jardim América
Fone: 3131.1690 / 34942765

CAPSI - MARIA ILEUDA VERÇOSA - SER IV - CNES 5065321

Rua Tertuliano Sales, 400 - Vila União
Fone: 3105.1510

CAPS AD SER V - CNES 5174368

Rua Vigéssimo Sexto Batalhão, 292 - Maraponga
Fone: 3105.1023

CAPS GERAL V - BOM JARDIM - CNES 3878562

Rua Bom Jesus, 940 - Bom Jardim
Fone: 3245.7956 / 3105.2030

CAPS AD REGIONAL VI - CASA DA LIBERDADE - CNES 5162300

Rua Ministro Abnes de Vasconcelos, 1500 - Seis Bocas
Fone: 3105.2966 / 3278.7008

CAPS GERAL VI - CNES 2529041

Rua Paulo Setúbal, 297 - Messejana
Fone: 3488.3312 / 34883316

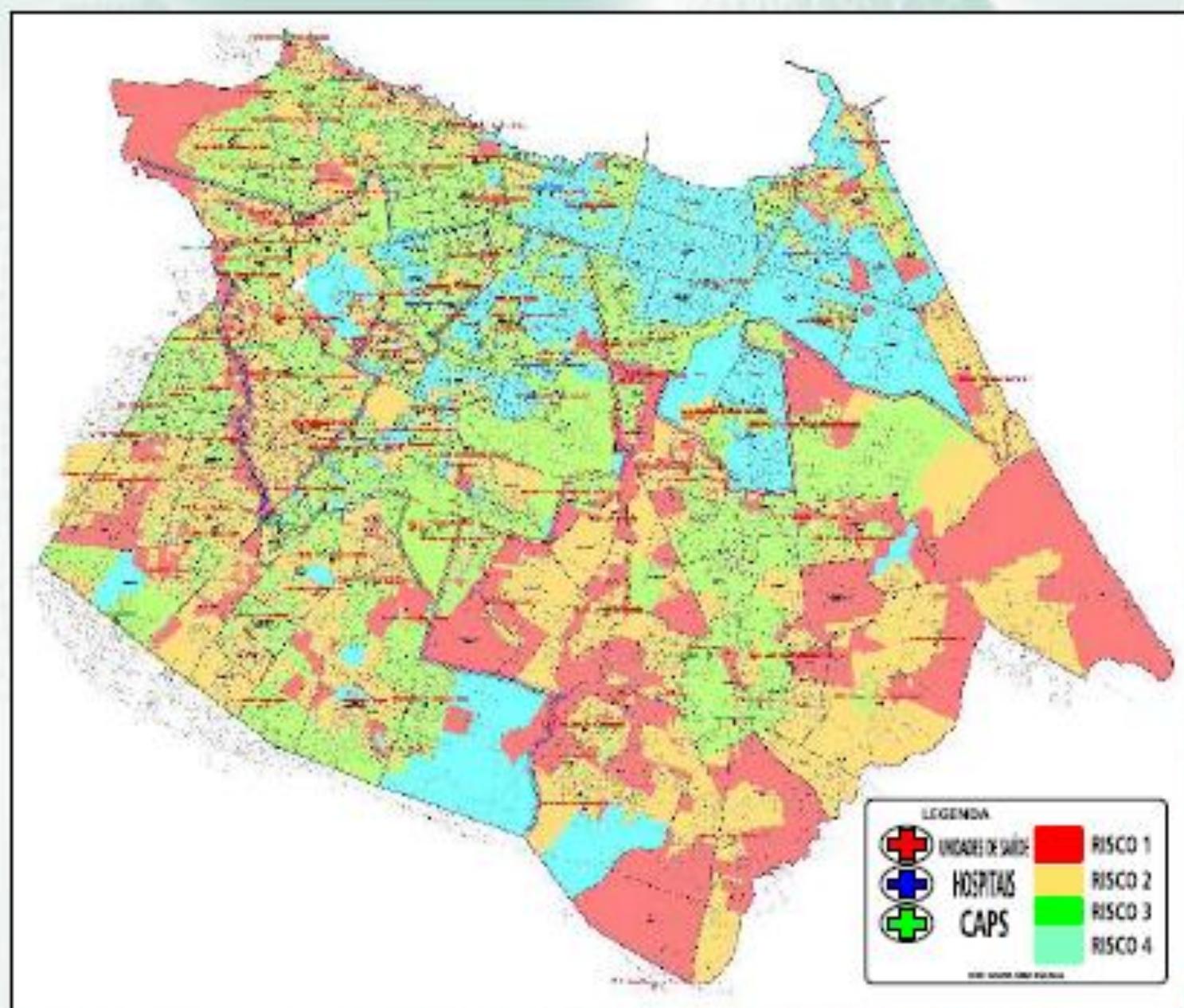
REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL

RUA DO ROSÁRIO 283, 3º ANDAR Fone: 3452.6941 Fone(fax): 3452.3497
E-mail: pmrmanos@yahoo.com.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

MAPA DE RISCOS DAS MICROÁREAS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL I

UNIDADE DE SAÚDE SER I	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1.C.S.F FLORESTA	Rua Ten. José Barreira, 251 CEP: 60.336-040	Álvaro Weyne	3452.6657/ 6659
2.C.S.F LINEU JUCÁ	Rua Vila Velha, 101 CEP: 60.331-291	Barra do Ceará	3452.5887/ 5888
3.C.S.F FERNANDO FAÇANHA	Rua Rio Tocantins, s/n CEP: 60.340-110	Jd. Iracema	3452.6660/ 6661
4.C.S. CARLOS RIBEIRO	Rua Jacinto Matos, 944 CEP: 60.310-210	Jacarecanga	3452.6375/ 6376
5.C.S.F DR. PAULO DE MELO MACHADO	Rua Bernardo Porto, 497 CEP: 60.320-570	Monte Castelo	3452.6380/ 6396
6.C. S.F JOÃO MEDEIROS DE LIMA	Av. I, 982 CEP: 60.348-140	Vila Velha	3452-6646/ 6645
7.C.S.F PROF. REBOUÇAS MACAMBIRA	Rua Creuza Rocha, s/n CEP:60.346-350	Jd. Guanabara	3452.6686/ 6687
8.C.F.S VIRGÍLIO TÁVORA	Av Monsenhor Hélio Campos, s/n CEP: 60.336-800	Cristo Redentor	3452.6641/ 3487
9.C.S.F GUIOMAR ARRUDA	Rua Gal Costa Matos, 06 CEP: 60.310-690	Pirambu	3452.6377/ 6378
10.C.S.F FCº DOMINGOS DA SILVA	Av. Castelo Branco, 4707 CEP: 60.312-060	Barra do Ceará	3452.6643/ 6644
11.C.S.F CASEMIRO LIMA FILHO	Av. Francisco Sá, 6449 CEP: 60.310-003	Barra do Ceará	3452.5877/ 5876
12.C.S.F 4 VARAS	Rua: Profeta Isaías, 456 CEP: 60.850-260	Colina	3286.6041/6049 3282.9881

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL II

UNIDADE DE SAÚDE SER II	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F ÁIDA SANTOS E SILVA	Rua Trajano de Medeiro, 813 CEP: 60.132-080	Vicente Pinzon	3265.6566 / 3452.2734 FAX:3433.2734
2. C.S.F FREI TITO	Rua José Cláudio Costa Lima, 100	Praia do Futuro II	3433.2730 FAX: 3452.2313
3. C.S.F CÉLIO BRASIL GIRÃO (Serviluz)	Rua Prof. Henrique Firmeza, 82	Cais do Porto	3263.3029/ 3433.2739 FAX: 3433.2760
4. C.S.F MIRIAM PORTO MOTA	Cel. Jucá, 1636	Aldeota	3452.2315/ 3433.2748 Fax: 3433.2748
5. C.S.F PIO XII	Rua Belzário Távora, s/n CEP: 60.130-830	São João do Tauape	3452.1896/ 3433.3512 FAX:3452.1890
6. C.S.F BENEDITO ARTUR DE CARVALHO	Rua Jaime Leonel, 228 CEP: 60.811-320	Luciano Cavalcante	3243. 2280 FAX: 3452.1880
7. C.S.F FLAVIO MARCILIO	Av. da Abolição, 418 CEP: 60.165-080	Mucuripe	FAX: 3433.2737/ 2755
8. C.S.F ODORICO DE MORAIS	Rua: São Bernardo do Campo, s/n CEP: 60.180-710	Castelo Encantado	3433.2738
9. C.S.F IRMÁ HERCILIA ARAGÃO	Rua Frei Vidal, 1821 CEP: 60.120-100	São João do Tauape	3452.1883/ 1834 FAX: 3257.4620
10. C.S.F PAULO MARCELO	Rua 25 de Março, 607 CEP: 60.060-120	Centro	3254.2273 / 3101.2722 FAX: 3433.9701
11. C.S.F RIGOBERTO ROMERO	Rua Alameda das Graviolas, 195 CEP: 60.190-600	Cidade 2.000	3452.7359 / FAX:3249.1050 FAX: 3433.2746/ 2793

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL III

UNIDADE DE SAÚDE SER III	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F PROF. LUIS RECAMOND CAPELO	Rua Maria Quintela, 935	Bom Sucesso	3488.3252
2. C.S.F PROF. CLODOALDO PINTO	Rua Bonward Bezerra, 100	Padre Andrade	3433.9745
3. C.S.F CÉSAR CALS	Rua Cel. Matos Dourado, S/N	Pici	3488.3251
4. C.S.F METON DE ALENCAR	Rua Perdígão Sampaio, 820	Antônio Bezerra	3488.3271
5. C.S.F HERMÍNIA LEITÃO	Rua João Couto, 470	Quintino Cunha	3433-9741
6. C.S.F JOÃO XXIII	Rua Júlio Braga, S/N	João XXIII	3488.3258/3290.7317
7. C.S.F FCO. PEREIRA DE ALMEIDA	Rua Paraguai n/s com Rua Chile, S/N	Bela Vista	3433.2890
8. C.S.F FERNANDES TÁVORA	Rua Maceió, 1354	Henrique Jorge	3488.3254
9. C.S.F SANTA LIDUÍNA	Rua Prof. João Bosco, 213	Rodolfo Teófilo	3433.2569
10. C.S.F WALDEMAR DE ALCÁNTARA	Rua Silveira Filho, 903	Jockey Clube	3488.3253
11. C.S.F HUMBERTO BEZERRA	Rua Hugo Vitor, 51	Antônio Bezerra	3488.3270
12. C.S.F ANASTÁCIO MAGALHÃES	Rua Delmiro de Farias, 1679	Rodolfo Teófilo	3433.2564/2562/2563 3105.3424
13. C.S.F JOSÉ SOBREIRA AMORIM	Av. Des. Luis Paulino, 190	Jóquei Club	3105.3424/3488.1271
14. C.S. IVANA DE SOUSA PAES	Rua Virgílio Brígido, s/n	Presidente Kennedy	3131.8056
15. C.S.F ELIEZER STUDART	Rua Tomás Cavalcante, 545	Autran Nunes	3488.3259
16.C.S.F GEORGE BENEVIDES	Rua Pio Saraiva S/N	Quintino Cunha	3105.1086

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA **Pesquisador:** FERNANDA JORGE MAGALHÃES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49076915.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO

PARECER Número do

Parecer: 1.282.924

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo metodológico, com destaque a avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos, o qual tem como objetivo a avaliação e elaboração de instrumentos de modo a torná-los confiáveis. Este estudo visa, também, analisar um processo ou implementação, além de buscar por informações de caráter descritivo e pelo funcionamento de um novo procedimento; analisando o alcance e o impacto de seus resultados e metas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Objetivo da Pesquisa:

Validar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria quanto à prática clínica nas unidades de urgência e emergência pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: A realização de uma avaliação criteriosa com dois tipos de grupos de juízes (enfermeiros e acadêmicos de enfermagem) trará como benefício a validade de uma tecnologia em saúde favorável a profissionais mais experientes e aqueles que estão dando início a formação acadêmica.

Riscos: O estudo poderá trazer riscos não-obstantes ao que se refere as etapas da coleta de dados como: para a realização do Curso de ACCR em Pediatria junto aos juízes técnicos (enfermeiros/ acadêmicos) atuantes na unidade de urgência/emergência, estes poderão sentir-se constrangidos

Continuação do Parecer: 1.282.924

ao serem avaliados quanto ao conhecimento prévio adquirido acerca do ACCR durante a aplicação do teste de casos clínicos em urgência e emergência. Durante a realização da Validação Clínica do Protocolo de ACCR em Pediatria, estes juizes, além das crianças e/ou seus responsáveis poderão sentir-se incomodados com a presença da pesquisadora durante o processo de avaliação e de classificação de risco. No entanto, tais riscos podem ser contornados e resolvidos a partir de uma explicação detalhada sobre a importância de validar o instrumento de classificação de risco e sobre os objetivos do estudo, os quais poderão favorecer a melhoria da qualidade da assistência, além da segurança durante a classificação de risco pressupondo o conhecimento, habilidade e atitude do enfermeiro. Vale ressaltar que o pesquisador permanecerá na sala para esclarecer as dúvidas e fornecer feedback do conhecimento construído sobre a utilização do Protocolo de ACCR em Pediatria nas situações existentes em cada situação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante cuja hipótese se define pela validação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria desenvolvido em Fortaleza-Ceará-Brasil como tecnologia em saúde para a prática clínica no intuito de classificar a prioridade de atendimento de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os documentos de inserção do projeto no COMPEPE_UFC e detalhou os riscos da pesquisa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_484169.pdf	07/10/2015 15:24:11		Aceito
Cronograma	cronograma_tese.pdf	07/10/2015 12:06:03	FERNANDA JORGE MAGALHÃES	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento /	tcle_tese.pdf	07/10/2015 12:05:40	FERNANDA JORGE MAGALHÃES	Aceito
---------------------------------	---------------	------------------------	-----------------------------	--------

Página 02 de

Continuação do Parecer: 1.282.924

Justificativa de Ausência	tcle_tese.pdf	07/10/2015 12:05:40	FERNANDA JORGE MAGALHÃES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tese.pdf	07/10/2015 12:05:08	FERNANDA JORGE MAGALHÃES	Aceito
Outros	Justificativa.pdf	09/09/2015 16:49:17	FERNANDA JORGE MAGALHÃES	Aceito
Outros	declaracao_sesa.pdf	09/09/2015 16:44:40	FERNANDA JORGE MAGALHÃES	Aceito
Outros	Declaração de Concordância.pdf	05/05/2015 20:37:22		Aceito
Outros	Carta COMEPE_ Fernanda Jorge Magalhães.pdf	05/05/2015 20:03:22		Aceito
Outros	Curriculo - Fernanda Jorge Magalhães.pdf	05/05/2015 19:34:16		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto_Fernanda Jorge Magalhães.pdf	10/04/2015 15:00:11		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 15 de Outubro de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coorde Ministério da Saúde, 2011.

PROTOCOLO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA
HOSPITAIS MUNICIPAIS – FORTALEZA/CE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE –SUS

2ª Edição – 2016



Fortaleza, Ceará – 2ª Edição

2016

AUTORES

1ª EDIÇÃO

Mafra A.A.; Martins P.; Shimazaki M.E.; Barbosa Y.R., Rates S.M.M.; Noronha R.;
Belezia B.F.; Rocha M.O.C.; Sales I.M.C.; Lima F.E.T.; Batista F.L.R.; Prado J.M.S.;
Castro P.M.E.B.; Carvalho F.F.; Carvalho A.L.; Martins M.C.B.; Souza M.F.B.; Santos
G.F.

2ª EDIÇÃO

Magalhães F.J; Lima F.E.T.

APOIO

Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte, Minas Gerais, Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Ministério da Saúde, Equipe do QualiSUS e HumanizaSUS em Minas Gerais, Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, Hospitais Municipais de Fortaleza

Lista de Abreviações

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ECG	Escala de Coma de Glasgow
SUS	Sistema Único de Saúde
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
PA	Pressão Arterial
Sat O ₂	Saturação de Oxigênio
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SNC	Sistema Nervoso Central
T	Temperatura

VERSÃO

2016

ÍNDICE

1	APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO -----	4
2	INTRODUÇÃO -----	4
3	ESPECIALIDADES-----	4
4	CONCEITOS -----	5
5	POTENCIAIS UTILIZADORES -----	5
6	COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO -----	5
7	POPULAÇÃO ALVO E GRUPO DE RISCO -----	6
8	OBJETIVO GERAL -----	6
9	OBJETIVOS OPERACIONAIS -----	6
10	RESULTADOS ESPERADOS -----	6
11	ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO -----	7
12	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO -----	7
13	AVALIAÇÃO DA CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE-----	7
14	REFERÊNCIAS TEÓRICOS-----	8
15	FLUXOGRAMA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO---	9
16	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PRIORIDADE DE ATENDIMENTO -----	10
17	DISCRIMINADORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO-----	11
17.1	ABSTINÊNCIA GRAVE DE ÁLCOOL E DROGAS -----	11
17.2	ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS -----	11
17.3	ALTERAÇÃO HIDROELETROLÍTICA -----	12
17.4	ALTERAÇÃO NO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA -----	13
17.5	ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA -----	14
17.6	COMPROMETIMENTO HEMODINÂMICO -----	15
17.7	DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL -----	16
17.8	DOR -----	17
17.9	DOR ABDOMINAL -----	18
17.10	DOR DE CABEÇA (CEFALEIA) -----	19
17.11	DOR TORÁCICA -----	20
17.12	GRAVIDEZ SUPERIOR A 20 SEMANAS -----	20
17.13	HEMIPARESIA AGUDA -----	21
17.14	HEMORRAGIA -----	21
17.15	HISTÓRIA DE <i>DIABETES MELLITUS</i> -----	21
17.16	IMUNOSSUPRESSÃO -----	21
17.17	INFECÇÃO -----	22
17.18	INTOXICAÇÃO EXÓGENA E/OU ANAFILAXIA -----	22
17.19	PARADA CÁRDIORRESPIRATÓRIA -----	22
17.20	QUEIMADURA E/OU LESÕES DE PELE-----	23
17.21	TRAUMAS-----	24
17.22	TRAUMA CRANIANO-----	25
17.23	SITUAÇÕES ESPECIAIS -----	26
18	ANEXOS-----	27

APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria trata-se de um instrumento de tecnologia em saúde baseado em discriminadores (queixa principal) e indicadores clínicos de saúde (manifestações clínicas associadas) como forma usual de apresentação de doenças e/ou agravos.

Este instrumento possibilita a classificação da prioridade de atendimento por meio de critérios de risco e por uma avaliação direcionada à gravidade ou ao grau de sofrimento da criança e/ou adolescente, identificando, prontamente, os pacientes em situação de urgências e emergências.

INTRODUÇÃO

A classificação de risco, por vezes, denominada de triagem consiste na separação e na [classificação](#) de risco do paciente a partir da determinação da prioridade de atendimento e do direcionamento ao tratamento em local apropriado. Para isso, aplicam-se critérios de risco que determinam sua [probabilidade](#) de [sobrevivência a partir das condições clínicas de saúde](#) (OPAS, 1992).

Essa classificação deve ser feita munida de intervenções de acolhimento, por isso a denominação de **Acolhimento com Classificação de Risco**. O qual é considerado uma estratégia de reorganização do processo de trabalho, que favorece o atendimento ao que procuram os serviços de saúde, de modo a fortalecer a universalidade com busca da integralidade e equidade, fundamentadas na ética e na cidadania (DECS, 2014).

Essa expectativa de humanização quanto ao atendimento em saúde com acesso rápido e eficaz é crescente. Para tanto, as unidades de urgências/emergências necessitam de estrutura física, de recursos humanos e de equipamentos adequados para tal. Para isso, o manejo da classificação de risco requer equipes envolvidas, preparadas e capacitadas para identificar as prioridades de atendimento do paciente. E, neste contexto podem utilizar-se do Protocolo de ACCR em Pediatria como instrumento favorável e seguro para a tomada de decisão na determinação da prioridade de atendimento.

ESPECIALIDADES

Urgências e Emergências em Pediatria

CONCEITOS

O termo **emergência** se refere à ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, cujo portador necessita de atenção imediata, a fim de se garantir a integridade das funções vitais básicas; e o termo **urgência** corresponde à condição de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, cujo portador necessita de intervenção rápida e efetiva, estabelecida por critérios médicos previamente definidos, mediante procedimentos de proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas. Ou seja, ambos os termos se referem aos agravos à saúde que necessitam de atenção médica imediata (ROMANI *et al.*, 2009).

POTENCIAIS UTILIZADORES DO PROTOCOLO

Enfermeiros, médicos e profissionais da saúde que estejam dotados de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

Sabe-se que, na prática clínica, o profissional que mais realiza a classificação de risco são os enfermeiros. Portanto, de acordo com o artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 423/2012, no âmbito da equipe de Enfermagem, refere que a classificação de risco e a priorização da assistência em serviços de urgência e emergência são privativas do enfermeiro, observando às disposições legais da profissão. Para executar essas atividades o enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento e para realização da consulta de Enfermagem no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) (COFEN, 2012).

COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO

O acolhimento com classificação de risco deve ser executado por uma equipe multiprofissional em saúde formada por: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, assistente social e médico.

O profissional classificador ou triador precisa ter habilidade e sensibilidade para analisar as informações e as expressões do usuário de saúde à situação de urgência/emergência, além de manter uma postura ética, empatia, comunicação adequada e transmitir segurança para o usuário, acompanhante e família.

É, durante a investigação criteriosa e direcionada que o profissional classificador identifica os discriminadores e os indicadores clínicos de saúde relacionados às condições de risco para complicações ou morte nas filas de espera. Por isso, os profissionais precisam demonstrar familiaridade com o perfil da demanda, preparo técnico e emocional para avaliar e tomar a decisão, além de favorecer orientações à criança, ao adolescente e ao responsável quando necessário.

POPULAÇÃO ALVO E GRUPO DE RISCO

Crianças e adolescentes que se encontram em agravos de urgência ou emergência e procuram portas de entrada da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVO GERAL

Determinar a prioridade de atendimento da criança ou adolescente em situação de urgência/emergência a partir da utilização de cinco cores: vermelho – Prioridade I, vermelho/laranja – Prioridade II, amarelo – Prioridade III, verde – Prioridade IV e azul – Prioridade V, com o intuito de melhoria no atendimento de saúde nas unidades de Urgência/Emergência Pediátricas com redução dos riscos de complicações e morte de crianças e adolescentes.

OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Determinar a prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar com segurança;
2. Organizar o processo de trabalho e o espaço físico da unidade;
3. Reduzir ocorrência de superlotação;
4. Esclarecer à comunidade quanto à forma de atendimento e o tempo de espera;
5. Utilizar o protocolo como uma tecnologia em saúde de referência para o Ministério Público na determinação do atendimento dos casos de urgência/emergência em pediatria;

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reduzir o risco de mortes evitáveis nas filas de espera;
2. Aumentar eficácia do atendimento, com redução do tempo de espera;
3. Priorizar atendimento conforme critérios clínicos e não por ordem de chegada;
4. Garantir acesso à rede de atenção em saúde, garantindo continuidade do cuidado;
5. Encaminhar para serviços especializados e de referência, quando necessário;
6. Possibilitar que a classificação de risco seja realizada por profissional competentes ou habilitados para tal prática;
7. Diminuir ansiedade do usuário e seus acompanhantes;
8. Aumentar satisfação dos profissionais e usuários;

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO

A criança e/ou adolescente que chegar na Instituição de saúde, acompanhado com seu responsável, deverá ser acolhido, prontamente, por toda a equipe profissional. O paciente será recepcionado pelo porteiro e direcionado à unidade de urgência/emergência ou ao setor de registro da Instituição para o preenchimento da ficha de atendimento.

A partir desse momento serão chamados para a sala de Classificação de Risco por ordem de chegada. Nesta sala, o (a) enfermeiro (a) ou um outro profissional competente e habilitado para a determinação da classificação de risco, avaliará os sinais vitais e os indicadores clínicos de saúde associados para a determinação da prioridade de atendimento.

Para essa tomada de decisão adequada, poderá utilizar-se do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, em que as reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica. Em casos de encaminhamento, solicita-se contribuição dos profissionais do serviço social, de modo a garantir o atendimento. Pessoas em situação de urgência que procurarem especialidades (odontologia, ginecologia/obstetrícia, otorrinolaringologia, oftalmologia, entre outras), serão encaminhadas aonde houver os respectivos setores. Para o registro, utilizar-se-á de uma marca colorida para identificar os critérios de classificação o qual já tem o tempo definido para atendimento médico, conforme o protocolo.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

Deve-se considerar o exame físico direcionado a partir da apresentação usual da doença, discriminador, indicadores clínicos, situação/queixa, intuição e experiência da vivência clínica. Assim como: os sinais vitais (temperatura (T), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e pressão arterial (PA)), saturação de oxigênio (Sat O₂), escala de dor, escala de coma de Glasgow (ECG), glicemia e avaliação da superfície corporal queimada (SCQ).

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE

(Dados coletados na ficha de atendimento)

- Dados de identificação da criança e/ou adolescente;
- Discriminador (queixa principal) e indicadores clínicos de saúde (manifestação clínica);
- Início, evolução e duração da doença;
- Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- Avaliação geral do paciente (aparência física, resposta emocional);
- Exame físico direcionado do paciente (baseado no discriminador de saúde);
- Sinais vitais e dados antropométricos;
- Escala de dor, Escala de Coma de Glasgow, Superfície Corporal Queimada;
- Classificação da prioridade de atendimento;

- Registro do atendimento com o nome, assinatura e carimbo com número do conselho do (a) enfermeiro (a) e/ou profissional competente e habilitado para a realização da classificação de risco;
- Reavaliações da classificação da prioridade de atendimento, quando necessário.

REFERÊNCIAS TEÓRICOS

Advanced Cardiac Life Support (ACLS)

Advanced Trauma Life Support (ATLS)

Australasian Triage Scale (ATS)

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)

Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS)

Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização / MS

Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) de Belo Horizonte

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Projeto Acolhimento do pronto-socorro

Manchester Triage System (MTS)

Pediatric Advanced Life Support (PALS)

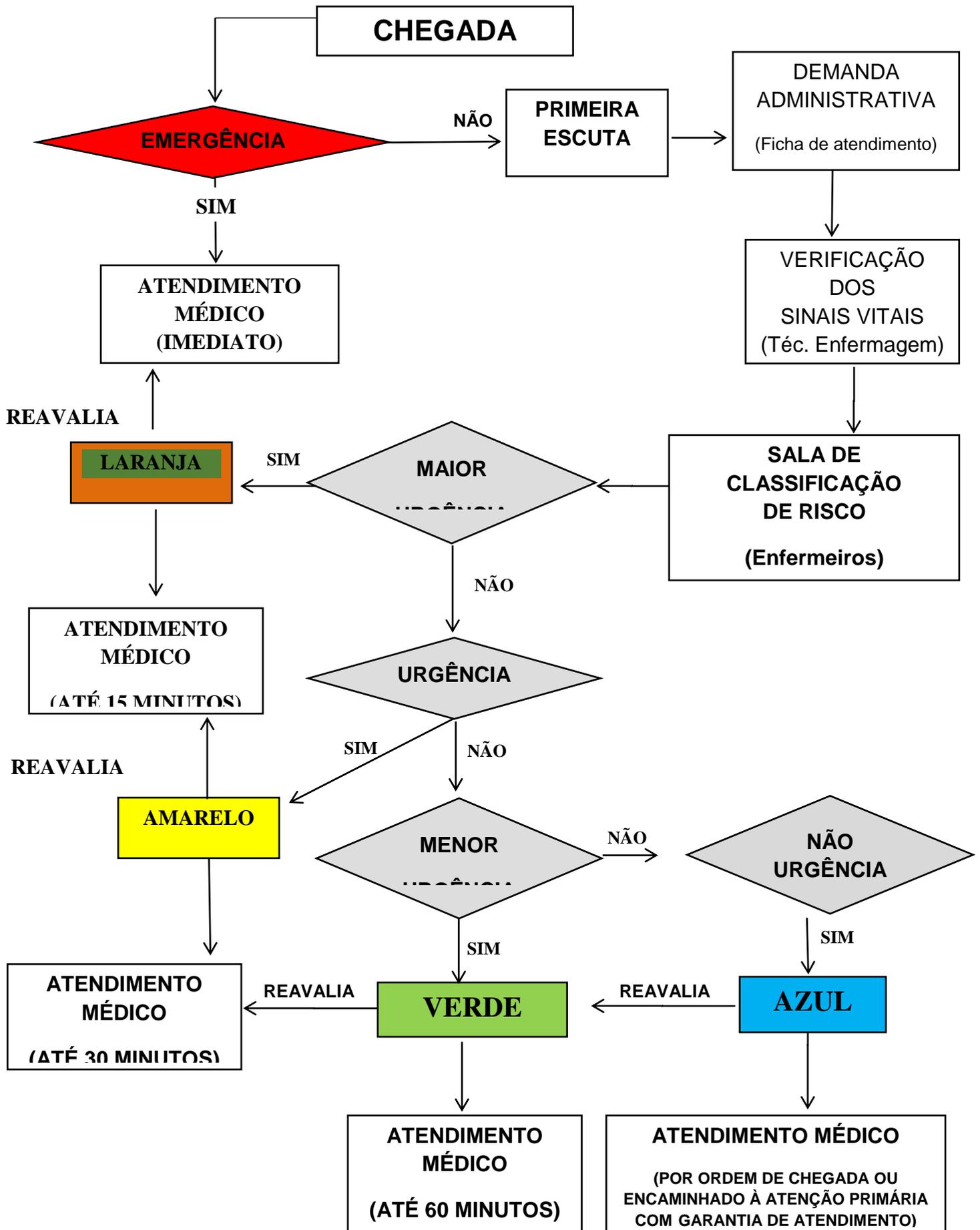
Revisions to the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)

Grau de recomendação - nível de evidência: D.

(Adaptado de Projeto de Diretrizes AMB-CFM)

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

VERMELHO

Emergência, atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro, cuidado de enfermagem contínuo

LARANJA

Maior Urgência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 15 minutos

AMARELO

Urgência, avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 30 minutos

VERDE

Menor urgência, avaliação médica em até 60 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 60 minutos

AZUL

Ausência de urgência, avaliação médica no mesmo dia ou encaminhado para atenção primária com garantia de atendimento

DISCRIMINADORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ABSTINÊNCIA GRAVE DE ÁLCOOL E DROGAS

- Convulsão
- Coma
- Alucinações
- Confusão mental
- Agitação
- Alteração dos sinais vitais (ex.: taquicardia, hipertensão, febre)
- Dor abdominal ou torácica
- Tremores
- Vômito, diarreia

ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Sinais vitais alterados com sintomas

- FR alterada (ANEXO A)
- FC alterada (ANEXO A)
- PAS e PAD alterada (ANEXO A)
- Temperatura axilar $< 35^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 40^{\circ}\text{C}$ em qualquer idade
- Criança < 3 meses com temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Febre (ANEXO A) em usuário de saúde imunocomprometido ou com estado geral debilitado
- Palidez, sudorese pegajosa, má-perfusão periférica, má-perfusão capilar

Sinais vitais alterados sem sintomas

- FC < 50 ou > 140 bpm (ANEXO A)
- T $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ e $< 40^{\circ}\text{C}$ em crianças > 3 meses
- FR alterada (ANEXO A)

Sinais vitais alterados sem sintomas

- T $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ e $< 38,5^{\circ}\text{C}$ em crianças > 3 meses (ANEXO A)

Sinais vitais normais

- Afebril, no momento, porém história de febre
- Sem outros indicadores clínicos de saúde

ATENÇÃO

Em casos de febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias) suspeitar de DENGUE (ANEXO E).

ALTERAÇÃO HIDROELETROLÍTICA

Desidratação Grave (> 6 sinais)

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Letargia
- Dificuldade para beber
- Boca muito seca
- Olhos muito encovados
- Fontanela muito deprimida
- Prega cutânea se desfaz muito lentamente (> 10 segundos)
- Pulso muito fino e enchimento capilar muito lento (> 5 segundos)

Desidratação moderada com vômitos e/ou diarreia (entre 3 e 6 sinais)

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Irritada
- Muita sede
- Boca seca
- Olhos encovados
- Choro sem lágrimas
- Fontanela deprimida
- Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)
- Pulso fino, rápido e enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)
- Letargia com recusa alimentar
- Oligúria ou anúria acima de 6 horas

Desidratação moderada sem vômitos e sem diarreia (< 3 sinais)

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Irritada
- Muita sede
- Boca seca
- Olhos encovados
- Choro sem lágrimas
- Fontanela deprimida
- Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)
- Pulso fino, rápido e enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)

Vômitos e diarreia sem desidratação

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Mucosas úmidas
- Diurese habitual
- Turgor de pele normal
- Evacuações/dia < 5 episódios
- Vômitos/dia < 5 episódios

Vômito ou diarreia sem desidratação

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Estado mental normal

ALTERAÇÃO NO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- Paciente não responsivo ou responsivo à dor
- ECG - 3 a 8 (ANEXO B)
- Intoxicação exógena
- Eventos no SNC como convulsão em atividade
- Distúrbios metabólicos (por exemplo: hipoglicemia)
- Doença psiquiátrica com rigidez de membros

- Déficit cognitivo, agitação, letargia, confusão mental, paralisia, sonolência,
- ECG - 9 a 13 (ANEXO B)
- Febre (ANEXO A)
- Crianças pequenas (lactente e pré-escolar) com irritabilidade e recusa alimentar
- Doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação.

- Pós-comicial, mas alerta.
- ECG – 13 a 15 (ANEXO B)
- Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas
- Primeiro episódio de convulsão, porém curto (menor que 5 min)
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

Dispneia intensa com fadiga muscular

- Sat O₂ < 90%
- Incapacidade de falar (até mesmo frases curtas)
- Cianose
- Letargia com confusão mental
- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Obstrução de vias aéreas

ATENÇÃO

Eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, edema agudo de pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose.

Dispneia intensa com asma prévia e sibilância recorrente

- Sat O₂ de 90 a 92%.
- Fala entrecortada
- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Alterações em vias aéreas (estridor, sialorreia)
- História de asma grave
- Pico de fluxo < 30%

Dispneia moderada a leve

- Sat O₂ de 93 a 94%
- Fala frases mais longas
- Tosse frequente
- Incapacidade de dormir
- Asma com dispneia ao exercício
- Pico de Fluxo entre 30 e 50%

ATENÇÃO

Internações frequentes, intubação, UTI, história de prematuridade, diagnóstico diferencial de displasia broncopulmonar, pneumonia, infecções de vias aéreas superiores.

- Dor de garganta intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Dor de ouvido
- Tosse produtiva
- Rinorreia purulenta
- Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A)
- Mialgia
- Pico de Fluxo > 50%

ATENÇÃO: Criança e/ou adolescente eupneica.

- Coriza
- Queixas leves
- Tosse seca
- Dor de garganta moderada (4-7/10) a leve (1-3/10) (ANEXO C)
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

COMPROMETIMENTO HEMODINÂMICO

- Hipotensão, taquicardia, bradicardia (ANEXO A) ou alteração do sistema sensorial
- Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural, febre (ANEXO A), toxemia
- Ventilação ou oxigenação ineficaz com $\text{Sat O}_2 < 90\%$
- Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos

- Perfusão periférica de até 2 segundos
- Palidez
- História de sudorese
- Tontura ao levantar-se

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL

- Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão
- Risco imediato para si ou para outrem
- Agitação extrema
- Desmaio
- Necessidade de contenção
- Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação
- Alteração de glicemia capilar
- História de doença psiquiátrica (uso de antipsicóticos)

ATENÇÃO

Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

- Agitação menos intensa, mas consciente
- Risco para si ou para outrem
- Estado de pânico
- Potencialmente agressivo
- Alucinação, desorientação

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Pensamentos suicidas
- Gesticulando, mas não agitado
- Sem risco imediato para si ou para outrem

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário de saúde em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

- Depressão crônica ou recorrente
- Crise social
- Impulsividade
- Estado mental normal

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário de saúde em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

DOR

Dor intensa (ANEXO C)

- Aguda, central (cabeça, tórax, abdome) e intensa (8-10/10)
- Aguda, periférica (em extremidades), com sinais de isquemia
- Luxação (ortopedia)
- Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição de função em membros inferiores.

Dor moderada a intensa (ANEXO C)

- Aguda, central e moderada (4 -7/10)
- Aguda, periférica (pele e partes moles) e intensa (8-10 / 10)
- Aguda, em membros inferiores, sem sinais de trauma ou isquemia e intensa (8-10 / 10)
- Crônica, central e intensa (8 - 10 / 10)
- Cólica renal
- Lombalgia que impede deambulação ou que se irradia para membros inferiores
- Articulações ou membros com dor intensa, impotência funcional, edema, com sinais flogísticos (dor, calor e rubor) e febre associada.

Dor moderada a intensa (ANEXO C)

- Aguda, periférica e moderada (4-7/10)
- Crônica, periférica e intensa (8-10 / 10)
- Lombalgia intensa, que não impede deambulação
- Artralgia com limitações, sem sinais flogísticos (dor, calor e rubor)

Dor leve a moderada (ANEXO C)

- Crônica, central ou periférica
- Crônica, torácica superficial, piora à compressão
- Crônica, em membros inferiores, sem sinais inflamatórios
- Lombalgia crônica, não traumática
- Disúria

DOR ABDOMINAL

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Dor intensa (8-9/10) (ANEXO C) associada a náusea, vômito, sudorese, irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal ou gravidez
- Dor intensa (8 - 10 / 10) em cólica ou não (ANEXO C)
- História/suspeita de dissecação da aorta, gravidez ectópica, dengue hemorrágica (ANEXO E)

- Aguda e moderada (4 – 7/10) (ANEXO C)
- Dor moderada associada a vômitos, febre, disuria ou gravidez
- Distensão abdominal
- Retenção urinária
- Prostração
- Dor com história /suspeita de *diabetes mellitus*

- Aguda, moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Ausência de prostração
- Não toxêmico
- Sem gravidade clínica

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

- Dor aguda leve (1-3/10) (ANEXO C)
- Crônica ou recorrente
- Constipação intestinal

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

DOR DE CABEÇA (CEFALEIA)

- Cefaleia intensa (8-10 / 10) incontrolável (ANEXO C)
- Intensa desde o início, súbita ou rapidamente progressiva
- Rigidez de nuca
- Náusea ou vômito
- Alteração do estado mental
- Sinais neurológicos focais (paresia, afasia)

ATENÇÃO

Hemorragia subaracnóidea, hematoma epidural ou subdural, meningite, encefalite.

- Aguda, súbita e moderada (4 -7/10) (ANEXO C)
- Enxaqueca

- Não-súbita
- Leve a moderada ($\leq 7 / 10$) (ANEXO C)
- Não-enxaqueca
- Rinorreia purulenta
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

DOR TORÁCICA

- Alteração de sinais vitais (ANEXO A)
- Espontânea (não traumática)
- Dor torácica súbita em pontada
- Dor iniciada/acentuada com esforço físico
- Dor Torácica do tipo visceral contínua, de 30 segundos a 30 min (angina do peito) ou superior a 30 min (infarto), em peso, opressão, queimação ou como desconforto, associada a sudorese, náusea, dispneia
- Dor torácica com irradiações para pescoço, ombros, mandíbula, braços e/ou dorso
- História/suspeita de doença coronariana
- História/suspeita de uso de Crack, cocaína e anfetamínico

ATENÇÃO

Dor do Tipo em pontada pode indicar: Problemas de parede torácica, Embolia pulmonar, Dissecção de aorta, Pneumotórax, Pneumonia.

- Localizada, em pontada
- Dor acentuada com respiração profunda, tosse, dispneia ou palpação (Ex: dor na parede torácica, pleurite, pericardite)
- História/suspeita de angina do peito

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

- Não-aguda
- Moderada (4 – 7 / 10) (ANEXO C)
- Sem dispneia
- Sem cardiopatia prévia

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

GRAVIDEZ SUPERIOR A 20 SEMANAS

- Sangramento vaginal
- Gestante com exteriorização de partes fetais ou com prolapso de cordão.

- Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos)
- Ausência de movimentos fetais
- Hipertensão com ou sem cefaleia, edema, dor abdominal
- Pós-parto imediato (mãe e/ou criança)

HEMIPARESIA AGUDA

- Grande déficit neurológico
- Sintomas com menos de 4 horas

HEMORRAGIA

- Hematêmese volumosa
- Melena com instabilidade hemodinâmica
- Hemoptise franca
- Epistaxe com PA alterada (ANEXO A)
- Sangramento vaginal com dor abdominal ou pélvica, mesmo que moderada (4-7/10) (ANEXO C), associada à hipotensão (ANEXO A)

- Hemorragia digestiva com sangramento não atual (últimas 24 horas)
- Melena sem instabilidade hemodinâmica
- Hemoptise moderada a leve
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

HISTÓRIA DE *DIABETES MELLITUS*

- Sudorese (hipoglicemia)
- Alteração mental (hipo ou hiperglicemia)
- Vômito
- Visão turva
- Febre (ANEXO A)
- Pulso alterado
- Respiração rápida e profunda
- Hálito cetônico
- Dor abdominal
- Desidratação

- Glicemia maior que 300 ou menor que 50 mg/dL sem sintomas associados

IMUNOSSUPRESSÃO

- Temperatura > 38,5°C (ANEXO A) e outros sintomas associado com:
- Quimioterapia
- HIV positivo/Aids/Leucose
- Uso de corticóide
- Transplante de órgãos
- Alto risco de complicações graves e rápida deterioração

INFECÇÃO

- Sepses
- Alteração mental
- Sinais vitais instáveis (ANEXO A)
- Toxemia, letargia
- Temperatura > 38,5°C, calafrios
- Eritema purpúrico (meningite)
- Eritema que não desaparece à vitropressão

INTOXICAÇÃO EXÓGENA E/OU ANAFILAXIA

- História de administração de droga ou substância com tipo e quantidade indefinidos
- Intoxicação exógena com alteração de consciência ou alteração de sinais vitais (ANEXO A)
- Anafilaxia com desconforto respiratório
- Sensação de garganta fechando, edema de glote
- Alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, hipotensão, comprometimento hemodinâmico, sibilância torácica, cianose, tosse, vômito, dor abdominal, diarreia, urticária, prurido, *rash*, eritema não purpúrico.
- História de evento semelhante

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

- Iminência de parada
- Não responsivo
- Ausência de movimento respiratório
- Pulso filiforme e/ou ausente

QUEIMADURA E/OU LESÕES DE PELE

Queimaduras

- Grande queimado: > 25% da SCQ (ANEXO D)
- Acometimento de vias aéreas

Queimaduras

- Queimaduras de 2º ou 3º graus: SCQ de 10 a 25% ou áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais (ANEXO D)
- Queimaduras elétricas

Queimaduras e/ou Lesões de pele

- Queimaduras de 2º e 3º graus: SCQ < 10% ou áreas não-críticas (ANEXO D)
- Queimaduras de 1º grau: SCQ > 10% em áreas não-críticas ou em áreas críticas (face e períneo) (ANEXO D)
- Mãos e pés
- Ferida corto-contusa em articulação ou partes moles

Queimaduras e/ou Lesões de pele

- Queimaduras de 1º grau: SCQ < 10% em áreas não-críticas (ANEXO D)
- Ferida e/ou lesões com febre
- Ferida e/ou lesões com necrose
- Miíase com infestação intensa

Queimadura e/ou Lesões de pele

- Queimaduras de 1º grau, pequenas, áreas não-críticas (ANEXO D)
- Ferida e/ou lesões limpa, sem sinais sistêmicos de infecção
- Infecção local
- Escaras sem sinais sistêmicos
- Controle de úlceras crônicas
- Retirada de pontos
- Curativos

TRAUMAS

Trauma Grave

- Lesão grave de único ou múltiplo sistema
- Trauma torácico ou abdominal (perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa (8-10/10) (ANEXO C), sintomas respiratórios)
- Amputação com sangramento ativo

Trauma Grave

- Dor moderada (4 – 7 /10) a intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Sintomas graves em um sistema fisiológico principal
- Sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas
- Ferimento extenso com sangramento ativo
- Amputação sem sangramento ativo
- Fratura com deformidade ou sangramento
- Fratura de bacia.
- Estado mental normal.

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

Trauma moderado

- Hematoma traumático
- Ferimento menor, com sangramento compressível
- Trauma torácico com dor leve (1-3/10) ou moderada (4-7/10) (ANEXO C), sem dispneia
- Mordedura com ferimento extenso
- Fraturas alinhadas, luxações, distensões,
- Dor moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C).

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

Trauma Leve

- Trauma torácico sem dor de costela ou dispneia
- Suspeita de fratura
- Lacerações
- Mordedura não-extensa
- Distensões, contusões, torções
- Dor moderada (4 – 7/10) (ANEXO C)
- Mais de 6 horas do evento, menos que 10 dias.

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

Trauma leve

- Escoriações
- Ferimentos que não requerem fechamento
- Mialgia
- Distensões ou contusões
- Dor leve (1 – 4 / 10) (ANEXO C)
- Curativos.

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

TRAUMA CRANIANO

Trauma Grave

- ECG 3 a 8 (ANEXO B)
- Perfuração craniana
- Alteração mental
- Alteração dos sinais vitais (por exemplo: hipotensão taquicardia) (ANEXO A)
- Dor intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Alterações respiratórias.

Trauma Grave

- ECG entre 9 e 13 (ANEXO B)
- Perfuração craniana
- Cefaleia intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Deterioração do estado mental ou sistema sensorial
- Convulsão
- Dor cervical
- Náusea e vômito
- Trauma craniano em casos de ejeção corporal, passageiro sem cinto de segurança com choque no para-brisa, atropelamento, queda de altura superior a cinco degraus, agressão com objeto rombo.

Trauma moderado

- Lesão craniana moderada
- Sem alteração do estado mental
- Alerta (ECG 14 ou 15) (ANEXO B)
- Cefaleia moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Sem dor cervical
- Náusea ou vômito

Trauma Leve

- Lesão craniana leve
- Sem alteração do estado mental
- Trauma de baixo impacto
- Alerta (ECG=15)
- Sem vômito
- Sem sintomas cervicais
- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Acidente há mais de 6 horas.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- **Neonato:** Toda criança ≤ 7 dias de vida deve ser atendida pelo menos como prioridade II, devido ao risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cardíacas congênitas não diagnosticadas e sepse.
- Trauma com impacto a mais de 40 Km/h sem frear, ou a mais de 60 Km/h freando, ejeção corporal, capotamento, motocicleta e carro a mais de 30 Km/h, atropelamento a mais de 10 Km/h, desaceleração (queda de altura maior que duas vezes a estatura, queda de berço ou rede, explosão), perda da consciência, fraturas de 1ª e/ou 2ª costelas ou da 9ª, 10ª, 11ª ou de mais de três costelas, aspiração, contusão pulmonar, óbitos no local.
- Maus tratos: Vítimas de violência ou abuso sexual nas primeiras 4 horas; maus tratos com comprometimento de bem-estar emocional.

- Vítimas de abusos sexuais
- Escoltoado pela polícia
- Mãe com outra criança internada na instituição
- Usuária ou acompanhante gestante, idosa (≥ 65 anos) ou deficiente físico.
- Acidente perfurocortante com material biológico
- Deficiência física ou mental
- Usuário que realiza diálise ou realizou transplante com distúrbios hidroeletrólíticos frequentes e/ou risco de arritmia e deterioração.

- Recém-nascido de 8 a 28 dias com queixas clínicas
- Impossibilidade de deambulação
- Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica
- Troca de sonda vesical de demora ou sonda nasoentérica.

- Trocas ou requisições de receitas
- Avaliações de exames (em casos de dengue ver ANEXO E)
- Imunizações
- Solicitações de atestados médicos
- Consultas de acompanhamento

ANEXOS

ANEXO A SINAIS VITAIS FREQUÊNCIA CARDÍACA / FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA / TEMPERATURA

Frequência cardíaca por faixa etária			
Idade	FC acordado	Média	FC dormindo
0-2 m	85-205	140	80-160
3-23m	100-190	130	75-160
2-10 a	60-140	80	60-90
>10 a	60-100	75	50-90

Fonte: (AAP-AHA. Suporte Avançado de Vida em Pediatria, 2003)

Frequência Respiratória	
<2 meses	< 60 rpm
2 -11 meses	< 50 rpm
1-5 anos	< 40 rpm
6-8 anos	< 30 rpm
>8 anos	16 – 20 rpm

Fonte: Diretrizes Asma 2011

Temperatura (por local)	
Local	Referência (°C)
Axilar	35,5 a 37,0°C
Bucal	35,8 a 37,3°C (0,5°C > axilar)
Retal	36,1 a 37,8°C (0,5 a 1,0°C > axilar)
Timpânica	

Fonte: Modificado de Lowrey GH: Growth and development of children, ed8, St Louis, 1986. Mosby-Year Book.

Temperatura (por idade)	
Idade	Referência (°C)
3 meses	37,5° C
6 meses	37,5° C
1 ano	37,7° C
3 anos	37,2° C
5 anos	37,0° C
7 anos	36,8° C
9 anos	36,7° C
11 anos	36,7° C
13 anos	36,6° C

Fonte: Modificado de Lowrey GH: Growth and development of children, ed8, St Louis, 1986. Mosby-Year Book

**ANEXO A
SINAIS VITAIS / PRESSÃO ARTERIAL**

VALORES NORMATIVOS DA PRESSÃO ARTERIAL (SISTÓLICA/DIASTÓLICA), PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA ENTRE PARÊNTESES

FAIXA ETÁRIA	Média	90º Percentil	95º Percentil
Recém-nascido (1 a 3 dias)	65/41 (50)	75/49 (59)	78/52 (62)
1 mês a 2 anos	95/58 (72)	106/68 (83)	110/71 (86)
2-5 anos	101/57 (74)	112/66 (82)	115/68 (85)

Fonte: Reproduzido de Park M, Menard S: Normative oscillometric blood pressure values in the first 5 years in an office setting, Am J Dis Child 143(7):860-864, 1989.

LEITURAS DE PRESSÃO ARTERIAL NORMAL EM CRIANÇAS MENINOS

Percentual de pressão sistólica						Percentual de pressão* diastólica					
Idade	5.^o	10.^o	50.^o	90.^o	95.^o	Idade	5.^o	10.^o	50.^o	90.^o	95.^o
1 dia	54	58	73	87	92	1 dia	38	42	55	68	72
3 dias	55	59	74	89	93	3 dias	38	42	55	68	71
7 dias	57	62	76	91	95	7 dias	37	41	54	67	71
1 mês	67	71	86	101	105	1 mês	35	39	52	64	68
2 meses	72	76	91	106	110	2 meses	33	37	50	63	66
3 meses	72	76	91	106	110	3 meses	33	37	50	63	66
4 meses	72	76	91	106	110	4 meses	34	37	50	63	67
5 meses	72	76	91	105	110	5 meses	35	39	52	65	68
6 meses	72	76	90	105	109	6 meses	36	40	53	66	70
7 meses	71	76	90	105	109	7 meses	37	41	54	67	71
8 meses	71	75	90	105	109	8 meses	38	42	55	68	72
9 meses	71	75	90	105	109	9 meses	39	43	55	68	72
10 meses	71	75	90	105	109	10 meses	39	43	56	69	73
11 meses	71	76	90	105	109	11 meses	39	43	56	69	73
1 ano	71	76	90	105	109	1 ano	39	43	56	69	73
2 anos	72	76	91	106	110	2 anos	39	43	56	68	72
3 anos	73	77	91	107	111	3 anos	39	42	55	68	72
4 anos	74	79	93	108	112	4 anos	39	43	56	69	72
5 anos	76	80	95	109	113	5 anos	40	43	56	69	73
6 anos	77	81	96	111	115	6 anos	41	44	57	70	74
7 anos	78	83	97	112	116	7 anos	42	45	58	71	75
8 anos	80	84	99	114	118	8 anos	43	47	60	73	76
9 anos	82	86	101	115	120	9 anos	44	48	61	74	78
10 anos	84	88	102	117	121	10 anos	45	49	62	75	79
11 anos	86	90	105	119	123	11 anos	47	50	63	76	80
12 anos	88	92	107	121	126	12 anos	48	51	64	77	81
13 anos	90	94	109	124	128	13 anos	45	49	63	77	81
14 anos	93	97	112	126	131	14 anos	46	50	64	78	82
15 anos	95	99	114	129	133	15 anos	47	51	65	79	83
16 anos	98	102	117	131	136	16 anos	49	53	67	81	85
17 anos	100	104	119	134	138	17 anos	51	55	69	83	87
18 anos	102	106	121	136	140	18 anos	52	56	70	84	88

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Hem. LungandBloodInstitute. Bethesda, MO.

Os dados foram tabulados pelo Or. B. Rosner. 1987.

*K4 foi usado para idades inferiores a 13; K5 foi adotado para idade de 13 anos ou mais.

**PRESSÃO ARTERIAL NORMAL EM CRIANÇAS
MENINAS**

Percentual de pressão sistólica						Percentual de pressão* diastólica					
Idade	5. ^o	10. ^o	50. ^o	90. ^o	95. ^o	Idade	5. ^o	10. ^o	50. ^o	90. ^o	95. ^o
1 dia	46	50	65	80	84	1 dia	38	42	55	68	72
3 dias	53	57	72	86	90	3 dias	38	42	55	68	71
7 dias	60	64	78	93	97	7 dias	38	41	54	67	71
1 mês	65	69	84	98	102	1 mês	35	39	52	65	69
2 meses	68	72	87	101	106	2 meses	34	38	51	64	68
3 meses	70	74	89	104	108	3 meses	35	38	51	64	68
4 meses	71	75	90	105	109	4 meses	35	39	52	65	68
5 meses	72	76	91	106	110	5 meses	36	39	52	65	69
6 meses	72	76	91	106	110	6 meses	36	40	53	66	69
7 meses	72	76	91	106	110	7 meses	36	40	53	66	70
8 meses	72	76	91	106	110	8 meses	37	40	53	66	70
9 meses	72	76	91	106	110	9 meses	37	41	54	67	70
10 meses	72	76	91	106	110	10 meses	37	41	54	67	71
11 meses	72	76	91	105	110	11 meses	38	41	54	67	71
1 ano	72	76	91	105	110	1 ano	38	41	54	67	71
2 anos	71	76	90	105	109	2 anos	40	43	56	69	73
3 anos	72	76	91	106	110	3 anos	40	43	56	69	73
4 anos	73	78	92	107	111	4 anos	40	43	56	69	73
5 anos	75	79	94	109	113	5 anos	40	43	56	69	73
6 anos	77	81	96	111	115	6 anos	40	44	57	70	74
7 anos	78	83	97	112	116	7 anos	41	45	58	71	75
8 anos	80	84	99	114	118	8 anos	43	46	59	72	76
9 anos	81	86	100	115	119	9 anos	44	48	61	74	77
10 anos	83	87	102	117	121	10 anos	46	49	62	75	79
11 anos	86	90	105	119	123	11 anos	47	51	64	77	81
12 anos	88	92	107	122	126	12 anos	49	53	66	78	82
13 anos	90	94	109	124	128	13 anos	46	50	64	78	82
14 anos	92	96	110	125	129	14 anos	49	53	67	81	85
15 anos	93	97	111	126	130	15 anos	49	53	67	82	86
16 anos	93	97	112	127	131	16 anos	49	53	67	81	85
17 anos	93	98	112	127	131	17 anos	48	52	66	80	84
18 anos	94	98	112	127	131	18 anos	48	52	66	80	84

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Hem. LungandBloodInstitute. Bethesda, MO.

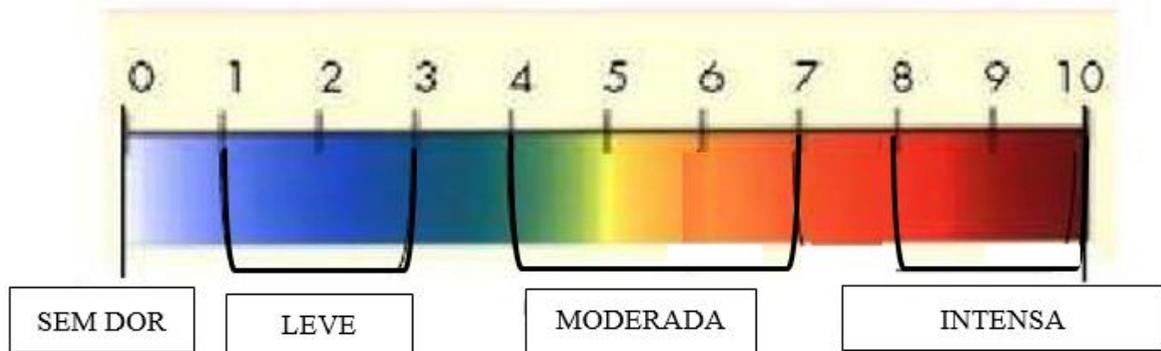
Os dados foram tabulados pelo Or. B. Rosner. 1987.

*K4 foi usado para idades inferiores a 13; K5 foi adotado para idade de 13 anos ou mais.

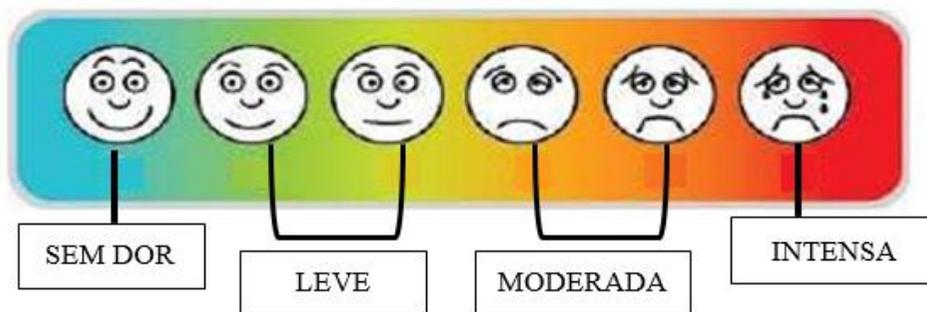
ANEXO B
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Escore	Resposta	Resposta modificada para lactentes
Abertura ocular		
4	Espontânea	Espontânea
3	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal
2	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso
1	Ausente	Ausente
Melhor resposta motora		
6	Obedece comando	Movimentação espontânea
5	Localiza dor	Localiza dor (retirada ao toque)
4	Retirada ao estímulo doloroso	Retirada ao estímulo doloroso
3	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)
2	Extensão ao estímulo doloroso (postura descerebrada)	Extensão ao estímulo doloroso (postura descerebrada)
1	Ausente	Ausente
Melhor resposta verbal		
5	Orientado	Balbucia
4	Confuso	Choro irritado
3	Palavras inapropriadas	Choro à dor
2	Sons inespecíficos	Gemido à dor
1	Ausente	Ausente
TCE severo (escore Glasgow: 3-8); TCE moderado (escore Glasgow: 9-12); TCE leve (escore Glasgow: 13-15).		
<i>J Pediatr (Rio J) 2003;79(4):287-96</i>		

ANEXO C
ESCALA DE DOR EM PEDIATRIA



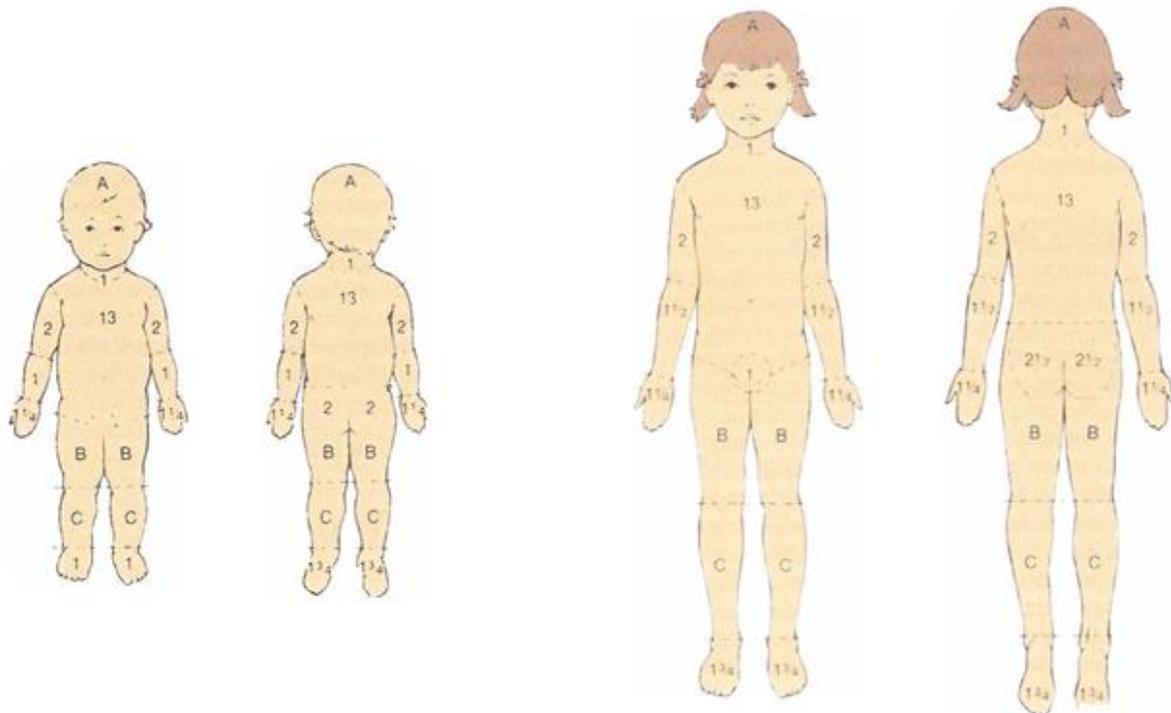
Escala de faces



Fonte: [Irene Pais. Instrumentos de Avaliação da dor. 11 Maio, 2014. Disponível em: <http://irenepais.pt/?p=547>](http://irenepais.pt/?p=547)

INTENSIDADE	PARÂMETRO
Intensa	8-10/10
Moderada	4-7/10
Leve	1-3/10
Sem dor	0

ANEXO D
AVALIAÇÃO DA SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA (SCQ)



PORCENTAGEM RELATIVA DAS ÁREAS AFETADAS POR IDADE

ÁREA	NASCIMENTO	1 ANO	5 ANOS	10 ANOS	15 ANOS	ADULTO
A= ½ da cabeça	9 ½	8 ½	6 ½	5 ½	4 ½	3 ½
B= ½ de uma coxa	2 ¾	3 ¼	4	4 ½	4 ½	4 ¾
C= ½ de uma perna	2 ½	2 ½	2 ¾	3	3 ¼	3 ½

*Estimativa da distribuição de queimaduras em crianças.

ANEXO E SUSPEITA DE DENGUE

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Manifestações hemorrágicas presentes
- Disfunção orgânica presente ou ausente;
- Síndrome de extravasamento plasmático;
- Presença de choque, com ou sem hipotensão

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes
- Disfunção orgânica presente ou ausente;
- Síndrome de extravasamento plasmático;
- Presença de algum sinal de alarme e/ou derrame cavitário

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Prova do laço positiva ou manifestações hemorrágicas espontâneas, sem repercussão hemodinâmica;
- Manifestação hemorrágica presente
- HT aumentado entre 10% e 20% do valor basal ou maior que 38%, com ou sem plaquetopenia
- Ausência de sinais de alarme

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Nos lactentes alguma irritabilidade e choro persistente podem ser a expressão de sintomas como cefaleia e algias
- Prova do laço negativo e ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas.
- Não há hemoconcentração nem queda acentuada das plaquetas (≤ 100 mil)
- Ausência de sangramento e sinais de alarme

ATENÇÃO

Os sinais de alarme são: vômitos importantes e frequentes, dor abdominal intensa e contínua, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, sonolência ou irritabilidade excessiva, hipotermia e derrames cavitários (pleural, pericárdico, ascite).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

