



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

**JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS**

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

**FORTALEZA**

**2016**

**JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS**

**Validação do guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria  
na prática clínica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lorena Barbosa Ximenes.

Coorientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Elisângela Teixeira Lima.

FORTALEZA-CE

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)

---

V584v Veras, Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas.  
Validação do guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria na prática clínica / Joelna Eline  
Gomes Lacerda de Freitas Veras. – 2016.  
157 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes.  
Coorientação: Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima.

1. Acolhimento. 2. Classificação de Risco. 3. Pediatria. 4. Enfermagem. 5. Tecnologia em saúde. I.  
Título.

CDD 610.73

---

**JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS**

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

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 30/12/2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Lorena Barbosa Ximenes (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Emanuella Silva Joventino  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Mesquita Melo  
Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Regina Cláudia Melo Dodt  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Aos meus pais, José Veras e Freitinha, por terem me dado a vida e a educação que me conduziu a ser quem eu sou.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À professora Lorena Barbosa

Obrigada por participar do meu caminho nessa etapa de minha vida e pelo conforto emocional e espiritual nos momentos difíceis dessa jornada.

Obrigada pelos ensinamentos transmitidos durante todos os anos de convívio. Obrigada, também, por respeitar as minhas opiniões, limitações e, sobretudo, por acreditar nas minhas possibilidades.

Que você mantenha sempre sua espontaneidade, transparência, exigência e firmeza que lhe são peculiares e, que traduzem a excelência das suas obras, mas que, ao final das turbulências, nos deixa o coração, confortado e feliz pelas palavras de fé, amor e esperança.

## AGRADECIMENTOS

A Deus. Com Ele, tudo é possível.

Aos meus pais, Veras e Freitina, pelo amor, carinho dedicados aos filhos e pela educação referenciada no trabalho e em valores de respeito ao próximo e a si mesmo.

Ao meu esposo Carlos, pelo incentivo e companheirismo em todos os momentos e por acreditar em minhas possibilidades. Pela paciência, dedicação e compreensão diante de minha constante ausência no dia-a-dia.

Aos meus filhos Vitor, Vinícius e João Carlos pelo amor incondicional, os quais são a inspiração da minha vida.

À Professora Elisângela, amiga, co-orientadora e chefe extraordinária, detentora de um saber e sensibilidade ímpar.

Aos professores participantes da banca examinadora Elizabeth Mesquita, Emanuella Joventino, Paulo César, Regina Dodt, Márcia Coelho e Mariana Martins pelas valiosas contribuições e sugestões à pesquisa.

À amiga Walma, que Deus colocou, há muitos anos, em meu caminho. Obrigada por estar sempre presente, alicerçando minhas decisões profissionais e pessoais. Obrigada por conviver comigo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelos ensinamentos durante todo o percurso acadêmico.

Aos enfermeiros do CROA em especial à Valquíria, Marilene, Elza, Cleano, Lalá e à Assistente Social Elaine e a todos os funcionários que me acolheram de braços abertos na instituição, disponibilizando recursos humanos e materiais, sem os quais a coleta de dados seria impossível.

À COGETS pela presteza na concessão da autorização e recomendação da coleta de dados no hospital pediátrico municipal de Fortaleza-CE.

A todos os pais e acompanhantes de crianças e adolescentes que participaram da coleta de dados tornando possível essa pesquisa. A todos, o meu muito obrigado.

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem” (Estatuto da Criança e do Adolescente)

## RESUMO

Com a superlotação e o tempo de espera prolongado nas emergências, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) de pacientes, tornou-se importante estratégia de melhoria da qualidade do atendimento. O Guia de ACCR em Pediatria é uma tecnologia de avaliação clínica, de fácil manuseio e apresentação simples, usada por enfermeiros na avaliação de indicadores clínicos e parâmetros biofisiológicos a partir da queixa principal, para identificar, adequadamente, a prioridade de atendimento dos pacientes, conforme os cinco níveis de classificações: vermelho (prioridade I), laranja (prioridade II) amarelo (prioridade III), verde (prioridade IV) e azul (prioridade V). O objetivo do estudo foi validar o Guia de ACCR em Pediatria na prática clínica. Estudo metodológico, desenvolvido em três etapas. Na primeira etapa realizou-se a revisão do conteúdo da 1ª versão do guia, por meio da análise de dois *experts* na temática. Na segunda etapa, avaliou-se a confiabilidade interobservadores da 2ª versão do guia entre a pesquisadora e duas enfermeiras (E1 e E2) treinadas pela pesquisadora com 206 crianças e/ou adolescentes, em junho de 2016, em um hospital municipal pediátrico de Fortaleza-CE. Na terceira etapa, realizou-se a aplicação da 2ª versão do guia na prática clínica com 400 participantes, exclusivamente pela pesquisadora, em julho e agosto de 2016, na referida instituição. Os dados foram analisados no SPSS 20.0, utilizando-se o índice *Kappa* com intervalo de confiança (IC) de 95% para análise da confiabilidade. Avaliou-se o efeito do uso do guia na prática clínica, por meio da associação entre a classificação de risco e as variáveis idades, sexo, peso, discriminador de risco, procedimentos realizados e destino após alta pelos testes *Fisher-Freeman-Halton exact* considerando estatisticamente significantes quando  $p < 0,05$  e a razão de verossimilhança com  $IC_{95\%}$ . As variáveis que apresentaram valores de  $p < 0,20$  ingressaram no modelo multivariado de regressão logística. Os resultados evidenciaram um guia revisado em seu conteúdo, estrutura e *layout*, válido e confiável. Houve concordância alta ( $Kappa=0,701$ ) entre a pesquisadora e a E1 e quase perfeita ( $Kappa=0,847$ ) com a E2, sendo  $p < 0,001$ . Houve associação estatisticamente significativa entre a classificação de risco e os discriminadores de risco ( $p=0,0001$ ), realização de procedimentos na emergência ( $p < 0,0001$ ) e destino do paciente ( $p=0,0132$ ). Verificou-se a prevalência do discriminador de risco alteração respiratória (207; 51,8%) no nível de prioridade IV (cor verde) (117; 56,5%). A razão de chance (RC) dos discriminadores de risco em ser mais urgente (laranja, amarelo e verde) em comparação ao não urgente (azul) variou de 1 a 12,3 vezes e o  $IC_{95\%}$  [1-82,7]. Dos 15 itens de maior urgência analisados no guia, mais da metade (8; 53,3%) obteve associação estatisticamente significativa e 10 (66,7%) obtiveram  $RC > 1$ , ou seja, tinham mais chances de

serem classificados no nível de prioridade adequado. Concluiu-se que o Guia de ACCR em Pediatria é uma tecnologia em saúde confiável, válida e capaz de classificar o risco da criança em situações de emergência para estabelecer a ordem de prioridade de atendimento, visando minimizar erros de tomada de decisão do enfermeiro, possibilitando assistência humanizada e de qualidade.

**Palavras-chaves:** Acolhimento. Classificação de Risco. Pediatria. Enfermagem. Tecnologia em saúde.

## ABSTRACT

With overcrowding and prolonged waiting time in emergencies, the Risk Rating Reception (RRR) of patients, has become an important strategy to improve the quality of care. The Guide RRR in Pediatrics is a clinical evaluation technology, easy to handle and simple presentation, used by nurses in the evaluation of clinical indicators and biophysiological parameters from the main complaint, to adequately identify the priority of patient care, according to the five classification levels: red (Priority I), orange (priority II) yellow (priority III), green (priority IV) and blue (priority V). The objective of the study was to validate the Guide to RRR in Pediatrics in clinical practice. Methodological study, developed in three stages. In the first stage, the content of the first version of the guide was reviewed, through the analysis of two experts on the theme. In the second stage, the interobserver reliability of the 2nd version of the guide between the researcher and two nurses (E1 and E2) trained by the researcher with 206 children and / or adolescents in June 2016 at a pediatric municipal hospital in Fortaleza- CE. In the third stage, the second version of the guide was applied in clinical practice with 400 participants, exclusively by the researcher, in July and August of 2016, in that institution. Data were analyzed in SPSS 20.0, using the Kappa index with a 95% confidence interval (CI) for reliability analysis. The effect of the use of the guide in clinical practice was evaluated through the association between the risk classification and the variables age, sex, weight, risk discriminator, procedures performed and destination after discharge by Fisher-Freeman-Halton exact tests considering statistically significant when  $p < 0.05$  and the likelihood ratio with 95% CI. The variables that presented values of  $p < 0.20$  entered into the multivariate logistic regression model. The results showed a revised guide in its content, structure and layout, valid and reliable. There was high agreement (Kappa = 0.701) between the researcher and E1 and almost perfect (Kappa = 0.847) with E2, being  $p < 0.001$ . There was a statistically significant association between risk classification and risk discriminators ( $p = 0.0001$ ), emergency procedures ( $p < 0.0001$ ) and patient's destination ( $p = 0.0132$ ). The prevalence of the risk discriminator was found to be respiratory change (207; 51.8%) at priority level IV (green color) (117; 56.5%). The odds ratio (RC) of risk discriminators to be more urgent (orange, yellow and green) compared to non-urgent (blue) ranged from 1 to 12.3 times and 95% CI [1-82,7]. Of the 15 items of greatest urgency analyzed in the guide, more than half (8; 53.3%) had a statistically significant association and 10 (66.7%) had  $CR > 1$ , that is, they were more likely to be classified at the level of priority. It was concluded that the Guide to RRR in Pediatrics is a reliable valid health technology,

capable of classifying the child's risk in emergency situations to establish the order of priority of care, in order to minimize errors of decision-making by nurses, making possible humanized and quality assistance.

**Keywords:** Reception. Risk rating. Pediatrics. Nursing. Technology in health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma do desenvolvimento das etapas do processo de validação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.....	39
Figura 2	Fluxograma do desenvolvimento do processo de elaboração e validação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria .....	41
Figura 3	Caminho da tomada de decisão com base no Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria .....	50
Figura 4	Distribuição das concordâncias de palavras ou grupo de palavras consideradas claras e compreensíveis pelos os <i>experts</i> avaliadores do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.....	66
Figura 5	Modelo de layout da 2ª versão do guia de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria, comparado ao <i>layout</i> da 1ª versão.....	68

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	<i>Layout</i> do <i>check-list</i> elaborado para a revisão da 1ª versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.....	42
Quadro 2	Alterações realizadas nos Discriminadores de Risco do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.....	65
Quadro 3	Caracterização das alterações realizadas no <i>layout</i> da 2ª versão do guia de ACCR em pediatria, em relação à 1ª versão, por sugestão dos <i>experts</i> .....	68
Quadro 4	Distribuição das sugestões dos <i>experts</i> nos itens do discriminador de risco “Alteração Respiratória”, em relação à 2ª versão do guia de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria.....	70
Quadro 5	Distribuição das sugestões dos <i>experts</i> nos itens do Discriminador de risco “Alterações do Comprometimento Hemodinâmico”, em relação à 2ª versão do guia de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria.....	72
Quadro 6	Distribuição das sugestões de <i>experts</i> nos itens do discriminador de risco “Alteração no Nível de Consciência”, em relação à 2ª versão do guia abreviado de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria.....	76

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das características sociodemográficas e clínicas da amostra de crianças e adolescentes na etapa de confiabilidade interobservadores.....	78
Tabela 2	Classificação de risco atribuído pela pesquisadora, utilizando o guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria, na fase de confiabilidade interobservadores.....	80
Tabela 3	Concordância da classificação de risco atribuída pela pesquisadora e os enfermeiros 1 e 2 utilizando o guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria na fase de confiabilidade interobservadores.....	82
Tabela 4	Distribuição das características sociodemográficas da amostra (n=400) de crianças e adolescentes segundo a classificação de risco, utilizando o guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria.....	87
Tabela 5	Razão de chance de ocorrência dos Discriminadores de Risco caracterizados na amostra (n=400) como mais urgentes (laranja, amarelo, verde) em relação ao não urgente (azul).....	94

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDPD	A – <i>Airway</i> (Vias Respiratórias), B – <i>Breathing</i> (Respiração), C – <i>Circulation</i> (Circulação), D – <i>Desability</i> (Consciência), P – <i>Pain</i> (Dor) e D – <i>Dehydration</i> (Desidratação)
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACLS	<i>Advanced Cardiology Life Support</i>
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
CAC	Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTAS	<i>Canadian Triage &amp; Acuity Scale</i>
ECG	Escala de Coma de Glasgow
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
PA	Pressão Arterial
PALS	<i>Pediatric Advanced Life Support</i>
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
P	Pulso
RAUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SCQ	Superfície Corporal Queimada
STM	Sistema de Triagem de Manchester
T	Temperatura
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
1.1	Acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência pediátricos.....	19
1.2	Classificação de risco em pediatria: validação clínica de instrumentos de tomada de decisão do enfermeiro.....	25
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	37
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	39
3.1	Tipo de estudo .....	39
3.2	Primeira etapa – Revisão de Conteúdo da 1ª Versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria .....	40
3.3	Segunda etapa – Análise da Confiabilidade Interobservador da 2ª Versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.....	44
3.4	Terceira etapa – Validação da 2ª Versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica .....	54
3.5	Aspectos éticos e legais .....	61
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	64
4.1	Primeira etapa – Revisão de Conteúdo da 1ª Versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria .....	64
4.2	Segunda etapa – Análise da Confiabilidade Interobservador da 2ª Versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.....	77
4.3	Terceira etapa – Validação da 2ª Versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica .....	86
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	102
<b>6</b>	<b>RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	110
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	112
	<b>APÊNDICES</b> .....	124
	<b>ANEXOS</b> .....	169



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência pediátricos

Este estudo tem como finalidade principal a validação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria (ACCR) na prática clínica, tendo como tema central, a assistência à saúde da criança nos serviços de urgência e emergência, especificamente, no ACCR nos serviços de emergência pediátricos.

O Guia de ACCR em Pediatria é uma tecnologia de avaliação clínica de fácil manuseio, apresentação simples e baixo custo, usada por enfermeiros na avaliação de indicadores clínicos (sinais e sintomas) e parâmetros biofisiológicos (sinais vitais, glicemia, saturação de oxigênio, entre outros) a partir da queixa principal, para identificar, adequadamente, a prioridade de atendimento, conforme os níveis de urgência dos pacientes que necessitam de atendimento imediato e ordenar o atendimento dos menos urgentes.

O guia tem como propósito facilitar ao enfermeiro que atua no acolhimento, a visualização dos indicadores clínicos a partir da queixa principal relatada pela criança ou mãe/acompanhante, para assegurar a classificação de risco correta no nível de prioridade de atendimento, de acordo com as cores: vermelha – Prioridade I, com atendimento imediato (casos de ressuscitação), laranja – Prioridade II, com atendimento em até 15 minutos (emergência), amarela – Prioridade III, com atendimento em até 30 minutos (urgência), verde – Prioridade IV, com atendimento em até 60 minutos (menor urgência) e azul – Prioridade V, com atendimento em tempo indeterminado (não urgente) conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008).

Em 2011, a 1ª versão do guia de ACCR em pediatria foi validada quanto ao seu conteúdo e aparência com um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) geral igual a 0,98, e tido como relevante e apto a medir o grau de complexidade da criança no setor de acolhimento (VERAS, 2011).

A validade de um instrumento de classificação de risco ou triagem é definida pela sua capacidade de medir o nível de urgência de pacientes que buscam atendimento nos serviços de emergências. Para ser válido, um instrumento deve ser capaz de identificar adequadamente os pacientes que necessitam de assistência imediata. Deve também ser capaz de identificar, com segurança os pacientes menos urgentes, que podem esperar pelo atendimento, para otimizar o uso de recursos e melhorar a qualidade do atendimento (GRAVEL et al., 2013).

O interesse pela temática surgiu mediante atuação profissional da pesquisadora no acolhimento com classificação de risco (ACCR) em um hospital de emergência, cujas condições de demanda elevada e superlotação causavam-lhe inquietação diante da dificuldade de priorizar o atendimento dos pacientes mais graves.

A participação no grupo de pesquisa em saúde da criança e da família permitiu reflexão sobre o papel do enfermeiro no cuidado à criança atendida nas emergências, bem como, conhecer as medidas adotadas em resposta à superlotação e às condições de atendimento nas emergências a nível mundial e da população brasileira. A aproximação com o objeto de estudo a partir de leituras possibilitou identificar as vantagens e as deficiências no sistema de saúde brasileiro e as lacunas de conhecimento acerca do ACCR e suas tecnologias na área da pediatria.

No intuito de garantir a qualidade do atendimento nos serviços de emergência foi implantado, da década de 1960 na Austrália, o sistema de triagem de pacientes e expandidas para vários países (FERNANDES et al., 2005; GOUIN et al., 2005; KEVIN et al., 2006; MOREIRA, 2010; TONI, 2006; ZIMMERMANN, 2001). Com o mesmo intuito, em meados de 1990 foi implantada a estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nos hospitais de emergência brasileiros com o objetivo de implementar novas formas de organização nos serviços de saúde para aperfeiçoar o processo de acolhida dos usuários nessas instituições (BRASIL, 1990a).

O sistema de triagem ou classificação de risco configura-se como uma nova forma de trabalho que visa priorizar o atendimento por ordem de gravidade e não mais, por ordem de chegada à instituição, a fim de garantir uma assistência de qualidade e reduzir a superlotação nos hospitais de emergência (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013; COELHO et al., 2010; McBRIEN, 2009).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), hospitais são instituições complexas equipadas com tecnologias específicas e equipe multiprofissional e interdisciplinar responsáveis pela assistência aos usuários em condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial instabilidade ou complicações em seu estado de saúde e necessitem de assistência contínua por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013).

Já os hospitais de urgência e emergência definem-se como sendo estabelecimentos de saúde providos de equipamentos, materiais e recursos humanos capacitados a prestar assistência aos doentes, com ou sem risco de morte ou agravos (BRASIL, 1985). A missão desses serviços é atender de forma rápida e eficaz os pacientes que necessitam de cuidados

urgentes ou emergências, priorizando os que necessitam de tratamento imediato a fim de reduzir morbimortalidades ou sequelas (AZEVEDO et al., 2010; LIMA et al., 2009; MENDES, 2012; VALENTIM; SANTOS, 2009; VERAS et al., 2011).

O atendimento nestes hospitais, também denominados como prontos socorros ocorre de forma ininterrupta no período de 24 horas, por demanda espontânea e/ou referenciada de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (AZEVEDO et al., 2010; BRASIL, 2013; MENDES, 2012;).

Entretanto, atualmente em países desenvolvidos, como Estados Unidos, França e Espanha, e em países em desenvolvimento, como o Brasil, esses serviços encontram-se com um grande número de pacientes para o atendimento. As principais causas são ocasionadas por fatores relacionados às alterações sociodemográficas configuradas pelo aumento da população e do desemprego, pelas condições inadequadas de moradia, pela incapacidade de acompanhamento ambulatorial rotineiro e, sobretudo, pelo aumento do número de acidentes e violência urbana (COELHO et al., 2010; McBRIEN, 2009; NICOLAS et al., 2001; RICCETTO et al., 2007).

No que se refere às emergências pediátricas, os principais fatores determinantes do aumento da demanda são a baixa escolaridade dos pais, evidenciada pela dificuldade em identificar o grau de complexidade da doença percebida no filho (LIMA; ALMEIDA, 2013) e a cultura hospitalocêntrica, manifestada pela preferência às instituições com tecnologias de alto nível para diagnóstico e resolução de problemas de saúde, independente do grau de comprometimento de saúde do filho (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011; LIMA; ALMEIDA, 2009; RICCETTO et al., 2007).

Os motivos pelos quais os usuários, em situações não caracterizadas como urgência ou emergência, procuram esses serviços, não são as normas estabelecidas pelo sistema de saúde, mas o direito de optar por um serviço baseado no que lhe interessa e em suas experiências anteriores. Tal situação pode levar ao aumento da demanda nas emergências e, por conseguinte, à assistência de qualidade precária (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Pesquisa do Serviço Nacional de Saúde dos Estados Unidos mostrou que 19,2% das crianças e adolescentes atendidas nas emergências eram encaminhadas à Sala de Emergência Pediátrica por necessitarem de cuidados nos primeiros 15 minutos, os demais, não precisavam de atendimentos de emergência (HUANG, 2004). Já no ano de 2007, a mesma pesquisa revelou que houve cerca de 117 milhões de visitas às emergências nos Estados Unidos, sendo que um quinto dessas visitas eram de crianças com menos de 15 anos de idade e dois por

cento resultaram em admissão na unidade de observação hospitalar (NISKA et al., 2010) evidenciando o excesso de demanda inadequada também nos países desenvolvidos.

No Brasil, Riccetto et al. (2007) ao caracterizarem o atendimento em um hospital pediátrico de São Paulo, verificaram que dos 20.028 pacientes atendidos no período de um ano, 1.998 (10%) eram admitidos na observação da emergência e 12.617 (63,8%) recebiam alta após o período de observação médica. Já em Fortaleza-Ceará, pesquisa realizada em hospital público de atendimento pediátrico de nível secundário, esse índice foi de 47,4% dos pacientes portadores de sintomas leves, classificados na cor azul (nível de prioridade V), que deveriam ter buscado atendimento na rede de atenção primária (LIMA; ALMEIDA, 2013).

Pesquisas apontam que a própria estrutura fragmentada do sistema de saúde favorece a superlotação e compromete o atendimento nos hospitais de emergência. Esse fato pode ser evidenciado pela dificuldade de acesso em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), em decorrência da desarticulação entre as diretrizes organizativas que orientam o funcionamento desses serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde (AZEVEDO et al., 2010; COELHO et al., 2010; GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012; RICCETTO et al., 2007).

Fatores como o inadequado fluxo de pacientes por demanda espontânea, os atendimentos referenciados por outras instituições e os casos de urgências procedentes do Serviço de Atendimento Médico de Urgências (SAMU), também colaboram para o excesso de pacientes nas emergências, dificultando a organização do trabalho e comprometendo a qualidade dos serviços (BRASIL, 2013; COELHO et al., 2010; LIMA; ALMEIDA, 2013; McBRIEN, 2009; VERAS, et al., 2011).

Uma assistência de boa qualidade nesse setor deve ser realizada por profissionais competentes, que desempenhem com eficácia os recursos de encaminhamento, diagnóstico e tratamento. Ainda, o serviço deve promover a excelência no atendimento humanizado, a partir de uma comunicação horizontal proporcionando, assim, um clima de confiança entre a equipe multiprofissional e os pacientes (COELHO et al., 2010; SOUZA et al., 2014).

Desse modo, os profissionais que atuam em unidades de emergência devem ser capazes de tomar decisões rápidas e precisas, distinguir as prioridades avaliando o paciente de forma integrada e interrelacionada em todas as suas funções. Diante disso, a agilidade e a objetividade se tornam requisitos indispensáveis aos profissionais, pois o paciente grave pode não resistir à demora na tomada de decisão ou mesmo às falhas de conduta (MENZANI; BIANCHI, 2009).

O enfermeiro como membro da equipe de saúde, tem papel fundamental ao desempenhar suas funções de modo responsável e resolutivo, em busca da qualidade do atendimento. Assim, o uso de um Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria pelo enfermeiro pode possibilitar a classificação de risco de acordo com o grau de complexidade apresentado pela criança de forma segura, e não, por ordem de chegada, minimizando riscos e agravos, e proporcionando um atendimento humanizado e de qualidade. Possibilita, ainda, melhorias na organização dos serviços e a redução da insatisfação dos usuários e profissionais, atendendo assim, aos princípios estabelecidos pela PNH (BRASIL, 2004).

As diretrizes da PNH incentivam a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, a saúde do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário, o acolhimento, dentre outras (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Com intuito de reorientar o sistema de saúde para as necessidades dos pacientes e qualificar o atendimento no setor de urgência e emergência, em 2006, o Ministério de Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), tendo como princípios doutrinários e organizativos a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular, além da humanização (BRASIL, 2006b).

Em 2011, como forma de prover a facilitação do acesso aos usuários nos serviços de emergência, o MS publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a PNAU, resultando na criação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) no SUS. Essa rede teve a finalidade de estabelecer diretrizes para qualificação das portas de entrada dos hospitais de urgência por meio da adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos, bem como da implantação do processo de acolhimento com classificação de risco (ACCR) (BRASIL, 2013; SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Dentre as orientações gerais propostos pela RAUE, destaca-se a adoção de tecnologias como protocolos e instrumentos de avaliação clínica e classificação de risco durante o processo de acolhimento, no qual o paciente deve ser identificado segundo o grau de sofrimento, agravos ou risco de morte, de modo que sejam priorizados para o atendimento aqueles que necessitem de tratamento imediato (BRASIL, 2013).

Reconhecendo a importância do uso de tecnologias como os protocolos e escalas de triagem ou classificação de risco nas situações de emergências, destacam-se entre os mais conhecidos e utilizados mundialmente, a escala de triagem americana (*Emergency Severity*

*Index* – ESI) (GILBOY, 2005), a escala australiana (*Australasian Triage Scale* – ATS) (TONY, 2006), a canadense (*Canadian Triage and Acuity Scale* – CTAS) (WARREN et al., 2008) e a inglesa (*Manchester Triage System* (Protocolo de Manchester) (COOKE; JINKS, 1999).

Dentre os protocolos nacionais elaborados e validados no Brasil a partir das escalas de triagem internacionais com a finalidade de reorganizar a porta de entrada das unidades de urgência da rede hospitalar destacam-se, o primeiro protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Odilon Beherns (HOB), criado em 2003, cidade de Belo Horizonte (SILVA, 2010) e, o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza-Ceará (MAGALHÃES, 2016), do qual foi originado o Guia de ACCR em pediatria, objeto deste estudo.

A variedade de instrumentos como escalas, guias, protocolos e outras tecnologias de triagem utilizadas nos serviços de emergência de todo o mundo depende das diferenças culturais e funcionais que estes serviços têm e da realidade do sistema de saúde de cada país. Para que exista uma distribuição adequada dos recursos é imprescindível o uso de tecnologias para que se possa obter uma triagem uniforme e apropriada a cada realidade (GOUIN et al., 2005).

Atualmente o uso da tecnologia na prática clínica oferece grandes oportunidades à prestação de cuidados em saúde, sendo os sistemas de avaliação clínica cada vez mais utilizados como suporte da prática diária, principalmente, das equipes médicas e de enfermagem que atuam nos serviços de saúde (MOREIRA, 2010).

Essas tecnologias de avaliação clínicas, também se configuram como instrumentos que sistematizam a avaliação clínica e vêm contribuir para o respaldo legal das condutas tomadas pelos profissionais nos serviços de saúde a partir do estabelecimento de diretrizes ao processo de trabalho, com o objetivo de orientar e organizar o atendimento de acordo com a necessidade do usuário (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

Para garantir o uso desses instrumentos no ACCR das unidades de emergência e proporcionar atendimento seguro e de qualidade é apropriado submetê-los a uma avaliação rigorosa, por meio de processos de validação de instrumentos aplicados por pesquisas com alto rigor metodológico e fortes propriedades psicométricas e em contextos distintos.

## **1.2 Classificação de risco em pediatria: validação clínica de instrumentos de tomada de decisão do enfermeiro**

O ACCR deve ser realizado por um profissional de saúde de nível superior, capacitado para classificar o risco de pacientes, colocando-os em ordem de prioridade, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade clínica, e não na ordem de chegada. Para tanto, é necessária a utilização de instrumentos pré-estabelecidos para direcionar essa tomada de decisão clínica (ALVARO FILHO et al., 2009; BRASIL, 2004; BRASIL, 2013).

Devido à necessidade de regulamentar o processo de trabalho do enfermeiro no ACCR nos hospitais de urgência e emergência, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu a Resolução nº 423/2012, que refere em seu artigo 1º, que, no âmbito da equipe de Enfermagem, 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 ter competência, considerando conhecimentos, habilidades e atitudes, que garantam rigor técnico-científico ao procedimento (COFEN, 2012).

A tomada de decisão do profissional é um processo cognitivo complexo, uma vez que é influenciado por diversas fontes de estímulos, cuja dúvida a respeito da decisão se depara com várias opções de escolha e precisa culminar com uma escolha que elimine incertezas (MARQUIS; HUSTON, 2010). Com base nisso, a tomada de decisão dos enfermeiros na prática clínica deve incorporar ações fundamentadas em pesquisas baseadas em evidências, por meio do conhecimento decorrente da experiência na própria especialidade clínica e da adoção de tecnologias que oriente a prática como escalas, cartilhas, protocolos, guias e outros instrumentos (CULLUM et al., 2010).

A tomada de decisão do enfermeiro, também está diretamente relacionada ao ambiente de trabalho, ao papel clínico que desempenha, à autonomia de suas ações e à percepção de sua influência e responsabilização na resolução ao problema de saúde do paciente (THOMPSON et al., 2010).

Três elementos influenciam o processo decisório dos enfermeiros no ambiente de trabalho. O primeiro é a tomada de decisão limitada pelo tempo (fenômeno conhecido como tempo de resposta insinuada) em situações nas quais as decisões rápidas são esperadas, como no caso do atendimento no ACCR. Nestas situações os enfermeiros geralmente utilizam decisões com base em experiências do cotidiano, em vez de informações fundamentadas em

evidências. O segundo elemento é a presença de metas de decisão conflitantes como, por exemplo, decidir pela conduta entre a opinião do enfermeiro fundamentada na melhor evidência disponível ou a opinião/desejo do paciente ou familiar. O terceiro é denominado elemento de decisão conflitante que se estabelece numa relação de poder entre duas opiniões distintas, em que prevalece a opinião do que tem maior *status* (CULLUM et al., 2010, THOMPSON, 2010).

Nesse contexto, torna-se relevante conhecer diferentes formas cognitivas para o engajamento dos profissionais na tomada de decisão. A primeira é denominada de tomada de decisão intuitiva, em que ocorre menor probabilidade de engajamento de decisão baseada em evidência. A segunda denomina-se tomada de decisão racional, na qual ocorre maior probabilidade de engajamento na tomada de decisão baseada em evidência (HAMM, 1988).

Vale destacar que segundo os princípios da estratégia de ACCR, a avaliação da criança deve focar os sinais e sintomas com base na queixa principal para identificar os sinais de alerta no menor tempo possível (BRASIL, 2006b). Desse modo os enfermeiros no ACCR devem ser capazes de tomar decisões rápidas, elencar prioridades e avaliar o paciente em uma abordagem direcionada à queixa principal, fundamentados em uma abordagem racional, assegurada pela utilização de instrumentos validados (AZEVEDO et al., 2010; SHIROMA; PIRES, 2011).

Pesquisas constataam que os enfermeiros que atuam em unidade de internação de emergência pediátrica, apesar de suas experiências anteriores e de conhecimentos prévios, utilizavam na maioria dos casos, critérios subjetivos e intuição em sua avaliação, em vez de dados fisiológicos e objetivos, que são considerados discriminadores do real comprometimento do paciente (CIOFFI, 2000; PIRES, 2003; VERAS, 2011).

Diante da dificuldade de avaliar e classificar a queixa dos pacientes, a partir de 1970, em vários países, iniciou-se a implantação de escalas validadas que mudaram o foco da avaliação clínica para a alteração de parâmetros fisiológicos com base na queixa do paciente. Esse movimento possibilitou ao enfermeiro do serviço de Acolhimento com classificação de risco utilizar essa tecnologia para avaliar objetivamente a gravidade da doença e assegurar uma classificação precisa (GRAVEL; MANZANO; ARSENAULT, 2009; WARREN et al., 2008).

Tais tecnologias surgem da necessidade de dar respostas à demanda institucional. Escalas, cartilhas, protocolos, guias, entre outros, são documentos designados para direcionar a tomada de decisão, respaldar e subsidiar a prática assistencial de enfermeiros com relação ao

diagnóstico, à gestão e ao tratamento em situações clínicas específicas (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Estas tecnologias são elaboradas a partir de diretrizes clínicas baseadas em evidências disponíveis na literatura e direcionadas aos pacientes que necessitam de assistência individualizada e de qualidade, em busca da precisão dos resultados em saúde (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014; JACQUES; GONÇALO, 2007; SARTORI; YAMANAKA, 2014).

Escalas, protocolos, guias ou outras tecnologias validadas na prática clínica dos serviços de emergência proporcionam um melhor desempenho e segurança ao enfermeiro na classificação de risco, pois configuram-se como apoio na tomada de decisão proporcionando uma avaliação dinâmica que, alicerçada pela experiência e conhecimento teórico e prático do profissional, são imprescindíveis ao processo de trabalho (AZEVEDO et al., 2010; SHIROMA; PIRES, 2011).

Com o intuito de assegurar a classificação de risco em serviços de urgência e emergência, uma revisão integrativa sobre protocolos de classificação de risco identificou os principais instrumentos disponíveis na literatura e concluiu que o Sistema de Triagem de Manchester (STM) já possui produção científica que o caracteriza como um sistema válido e confiável, indicando sua utilização na prática clínica (SOUZA et al., 2011).

Estudo de validação transcultural da escala de triagem canadense para o Brasil realizado por Pires (2003) encontrou que os enfermeiros do acolhimento identificavam os dados subjetivos dos pacientes a partir de informações coletadas durante a entrevista de enfermagem (início do agravo, queixa apresentada, descrição da dor, fatores de agravamento ou de alívio do agravo, história prévia, dentre outros). Já os dados objetivos, eram identificados por meio do exame físico, avaliação da consciência pela Escala de Coma de Glasgow, identificação do grau de dor utilizando a escala de dor, glicemias, verificação dos sinais vitais, observação da aparência, resposta emocional, dentre outros, o que oportunizou um instrumento válido e apto para ser aplicado na prática clínica, qualificando as ações do enfermeiro e a melhoria do atendimento (PIRES, 2003).

Acredita-se que a utilização de protocolos ou escalas validadas para guiar o raciocínio clínico do profissional durante a avaliação do grau de complexidade e determinação da prioridade do paciente no ACCR, pode trazer benefícios para usuários e profissionais, pois objetiva reduzir a utilização de critérios aleatórios e subjetivos obtidos a partir do raciocínio intuitivo durante a avaliação clínica, trazendo resultados positivos em

saúde aos que procuram os serviços de emergência e melhorias para a organização do sistema de saúde como um todo (SILVA; SANTOS; BRASILEIRO, 2013).

Diante disso, estudos recomendam a utilização de tecnologias em saúde, em diferentes unidades, principalmente nas emergências pediátricas, a fim de evitar erros de classificação e encaminhamentos, uma vez que nesses serviços orienta-se a tomada de decisão de forma rápida (3 a 5 minutos) podendo ultrapassar esse tempo, quando necessário (BALOSSINI, 2013; BRASIL, 2008; GRAVEL et al., 2013; IERLAND; SEIGER; VAN VEEN, 2013; LYON, 2007; MAGAHÃES, 2016; VAN VEEN; STEYERBERG; LETTINGA, 2011; VEEN et al., 2008).

Considerando a importância dos instrumentos construídos e validados no Brasil é oportuno apresentar uma breve descrição sobre o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza-CE, o qual foi proposto a partir das escalas de triagem *Canadian Triage & Acuity Scale (CTAS)*, *Australasian Triage Scale (ATS)* e do *Manchester Triage System (MTS)* validados internacionalmente e dos seguintes programas de suporte de vida: *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, *Advanced Cardiology Life Support (ACLS)* e *Pediatric Advanced Life Support (PALS)* (BRASIL, 2008).

A 1ª versão do protocolo de ACCR em pediatria de Fortaleza-CE foi construída com base nos critérios de construção de protocolos dispostos na PNH (BRASIL, 2006b). O documento foi composto por 35 laudas, em que as 10 iniciais traziam informações básicas como a contextualização histórica da estratégia de ACCR no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a proposta de validação, referenciais teóricos, orientações de uso e fluxogramas de atendimento (BRASIL, 2008).

O corpo do protocolo foi composto por 17 laudas que continham os critérios de classificação de risco, distribuídos nas cores vermelha I (prioridade I), vermelho II (prioridade II), amarela (prioridade III), verde (prioridade IV) e azul (prioridade V). Nas últimas oito laudas estavam descritos os critérios de prioridade de atendimento (queixa principal e sinais e sintomas), o fluxograma de encaminhamento, os “Anexos” para suporte da classificação de risco por meio dos parâmetros dos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, pulso, frequência respiratória), da frequência cardíaca, bem como escala da dor, quadro de avaliação da Superfície Corporal Queimada (SCQ), Escala de Coma de Glasgow (ECG), dentre outras informações necessárias ao direcionamento de pacientes, tais como a relação de Unidade Básica de Saúde e Centro de Apoio Psicossocial e o Mapa de risco das microáreas divididas em seis Regionais do Município de Fortaleza (BRASIL, 2008).

Reconhecendo as nuances do serviço de emergência percebe-se a dificuldade de se consultar os protocolos durante a avaliação da criança nesse ambiente, induzindo, muitas vezes, o uso de raciocínio intuitivo, aumentando as chances de erro de classificação de risco por parte dos enfermeiros do acolhimento.

Diante disso, Veras (2011) elaborou e validou o conteúdo e a aparência do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, à luz do protocolo de ACCR em Pediatria de Fortaleza-CE (BRASIL, 2008), pois a utilização de instrumentos resumidos nos prontos socorros infantis vêm otimizar a visualização instantânea de sinais e sintomas de acordo com a queixa principal referida pelos pacientes.

O guia de ACCR em pediatria configura-se como um instrumento de avaliação clínica, simples, impresso em papel e tem como objetivo facilitar a identificação do grau de complexidade clínica da criança, levando em consideração a queixa principal relatada pela mãe/acompanhante, voltando o olhar para os discriminadores de risco do guia; e a avaliação dos indicadores clínicos (sinais e sintomas) e parâmetros biofisiológicos (sinais vitais, glicemia, saturação de oxigênio, ECG, escala de dor, dentre outros). Seu ganho primário é a rápida identificação dos pacientes que se encontram em iminente risco de morte, para colocá-los em ordem de prioridade para o atendimento (VERAS, 2011).

A estrutura e o *layout* do guia foram construídos com base do instrumento australiano *Paediatric Triage Tool* (LYON, 2007). Esse instrumento é indicado para ser utilizado como guia de orientação na tomada de decisão do enfermeiro nos serviços de emergência pediátrica australianos. Foi construído a partir da escala de triagem pediátrica australiana, com base nos discriminadores do programa de Suporte Básico de Vida (ATLS), seguiu o acrônimo ABCD, acrescido de P e D a seguir relacionados: A – corresponde a *Airway* (Vias Respiratórias), B – *Breathing* (Respiração), C – *Circulation* (Circulação), D – *Desability* (Consciência), P – *Pain* (Dor) e D – *Dehydration* (Desidratação) (ABCDPD).

Desse modo, elaborou-se os discriminadores de risco do guia de ACCR em pediatria a partir do acrônimo ABCDPD (LYON, 2007), os quais foram denominados por Vias Aéreas/Respiração, Circulação/Hemodinâmica, Nível de Consciência, Dor e Eliminação/Hidratação (VERAS, 2011). Os indicadores clínicos presentes no protocolo de ACCR em pediatria de Fortaleza (MAGALHÃES, 2012) foram distribuídos entre os discriminadores de risco do guia, dispostos na ordem decrescente de complexidade e identificados pelas cores vermelho, laranja, amarela, verde e azul de acordo com a proposta da PNH, formando cinco fluxogramas, conforme a 1ª versão do guia de ACCR (ANEXO A).

O guia de ACCR em pediatria foi submetido à validação de conteúdo por meio da apreciação de juízes *experts* em saúde da criança e da família e em estudos de validação, os quais realizaram avaliação teórica dos itens e do instrumento como um todo e obtiveram um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) geral de 0,98, confirmando a validação teórica de seu conteúdo, tornando-o apto para medir o grau de complexidade clínico de crianças no ACCR (VERAS, 2011).

É importante salientar que todo instrumento que é submetido a um processo de validação teórica, dever ser aplicado a uma população alvo a partir de um teste piloto, para adequar seu uso na prática (LOBIONDO-WOOD, 2001; POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Desse modo, o teste piloto do guia de ACCR em pediatria foi realizado no setor de acolhimento da emergência de um hospital pediátrico do município de Fortaleza-CE. Três enfermeiras que atuavam no ACCR aplicaram o guia durante avaliação de 30 crianças acompanhadas por mães/acompanhantes atendidas no serviço. Cada enfermeira foi responsável por avaliar 10 crianças. A avaliação das enfermeiras no ACCR foi acompanhada por duas observadoras (A e B), concomitantemente. Partindo-se do princípio que ambas (enfermeiras e observadoras) eram consideradas igualmente aptas para a realização da aplicação do teste piloto, a confiabilidade do guia de ACCR em pediatria foi avaliada mediante o índice *Kappa* entre as observadoras e as enfermeiras, alcançando-se uma concordância média de *kappa* igual a 0,57, concluindo-se que o guia de ACCR em pediatria é um instrumento confiável e apto para ser utilizado nos serviços de emergência (VERAS et al., 2015a).

Diante do exposto, pesquisas orientam que após a validação teórica e aplicação do teste piloto de um instrumento, emerge a necessidade de monitorizar a sua confiabilidade e validade, para verificar se o mesmo apresenta exatidão em seu uso na prática clínica visando confirmar sua precisão e reprodutibilidade (AVELAR-SILVA, 2012; LOPES, 2011; PASCOAL, 2015; PIRES, 2003; SILVA, 2013; SOUZA, 2015).

Reconhecendo a relevância do processo de validade e confiabilidade de instrumentos de classificação de risco na prática clínica, considera-se necessária a realização de estudos que proporcionem maior fidedignidade à tomada de decisão clínica do enfermeiro, pois a incerteza que envolve o julgamento clínico pode ser minimizada pela utilização desses instrumentos na prática.

Nesse contexto, realizou-se uma vasta revisão de literatura buscando-se aprofundar conhecimento do que se tem publicado em vários países acerca do desenvolvimento e

validação de instrumentos como escalas ou protocolos de triagem ou classificação de risco de pacientes em situações de urgência e emergência.

As etapas cumpridas nos processos de validação de escalas de triagem em todo o mundo mostram a importância da validação clínica para a confirmação de sua aplicabilidade e precisão de seu uso na prática.

Em meados de 1970 foi elaborado na Austrália, o primeiro modelo de escala de triagem denominado “*Australasian Triage Scale (ATS)*”. Em 1990, essa escala foi atualizada e validada com o objetivo de classificar pacientes em cinco níveis de prioridade clínica, conforme critérios clínicos de cada nível e estabelecimento do tempo de espera para atendimento médico, conforme prioridade adotada. A ATS não contém parte específica para crianças, entretanto o instrumento *Paediatric Triage Tool*, elaborado a partir dessa escala e do Programa de Suporte Avançado de Vida (ATSL), é usado para realizar a triagem de crianças nos hospitais de emergência (CORDEIRO JÚNIOR, 2008; LYON, 2007; TONI, 2006).

O Grupo de Triagem de Manchester, composto por profissionais do Serviço de Urgência do Reino Unido, hoje Inglaterra, elaborou e validou em 1994 a Escala de Triagem de Manchester (*Manchester Triage Scale – MTS*), para auxiliar na avaliação da prioridade clínica do paciente. Com uso da MTS o enfermeiro identifica, interpreta, discrimina e avalia a queixa principal com base em sinais e sintomas, mediante entrevista estruturada, seguindo uma série de passos para se chegar à conclusão. A escala de Manchester é representada por 52 fluxogramas e por discriminadores gerais (vias aéreas, respiração e circulação) e específicos (dor, hemorragia, nível de consciência, temperatura, duração do problema), os quais se dividem em cinco níveis de prioridade. Já foi validado em vários países, o que a torna, poderoso instrumento de tomada de decisão do enfermeiro (MOREIRA, 2010; SANTOS, 2014; SOUZA, 2009; SOUZA, ARAÚJO, CIANGA, 2015).

Em 2002, a Escala de Triagem de Manchester, teve sua 2ª versão traduzida e validada para o português de Portugal, pelo Grupo Português de Triagem e passou a ser utilizada naquele e em outros países (FREITAS, 2002), inclusive Brasil.

Em 2007, foi realizado um acordo formal por meio de um *memorandum* assinado pelos representantes do *Manchester Triage Group* (MTG), do Grupo Português de Triagem (GPT) e do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) (Memorando entre MTG and GPT and GBCR, 2007), autorizando a implementação do sistema de triagem de Manchester no serviço de saúde brasileiro.

Ainda em relação ao MTS, estudo atual reconhece a necessidade de novas revisões das versões mais atualizadas do MTS no Brasil, iniciando-se com a validação transcultural da

versão inglês para o português do Brasil, de modo a aumentar sua confiabilidade, uma vez que a versão português, utilizada no Brasil, foi adaptada transculturalmente para o português de Portugal (SOUZA; ARAÚJO; CHIANGA, 2015).

Em 2015, uma revisão integrativa da literatura realizada no Brasil, reuniu as produções científicas sobre validade e confiabilidade do protocolo de Manchester e identificou, no período de 1999 a 2013, 14 artigos, sendo cinco sobre confiabilidade e nove sobre validade. Dos artigos sobre confiabilidade, quatro estudos foram realizados com população adulta e um com população pediátrica. Dos nove artigos sobre validade do MTS, quatro foram realizados com população adulta, três com pediatria e dois com população adulta e pediátrica. A confiabilidade dos cinco estudos variou de moderada a quase perfeita com índice *kappa* de 0,40 a 0,81. Dos 14 estudos, nove verificaram a validade do MTS na prática clínica por meio dos desfechos do atendimento (evolução da gravidade dos pacientes, valores de sensibilidade e especificidade, porcentagem de *overtriage* e de *undertriage*, necessidade de hospitalização e taxa de mortalidade) (SOUZA; ARAÚJO; CHIANGA, 2015).

A *Emergency Severity Index (ESI)* foi desenvolvida em 1999 nos Estados Unidos para facilitar a priorização dos pacientes nos departamentos de emergência. É conhecida no Brasil como Índice de Severidade de Emergência (ISE), que usa um algoritmo de triagem flexível, rápido, reproduzível e clinicamente relevante para a estratificação de pacientes em cinco grupos após processos de validação na prática clínica. Este sistema expande o conceito tradicional de triagem de apenas determinar o tempo necessário para avaliação pelo médico, decidindo o tipo de tratamento que o paciente necessita (GILBOY et al., 2005; SANTOS, 2014).

Em 2011, foi desenvolvido estudo de validação clínica dos níveis 2 (alto risco) e 3 (menor risco) que compõem o *Severity Index Triage System*, utilizando como método a identificação e comparação entre as características relacionadas à queixa principal e às intervenções com a necessidade de utilização de recursos na emergência, sendo os dados clínicos adicionais relacionados aos pacientes coletados a partir do registro médico. Concluíram que os enfermeiros de triagem devem estar cientes dos fatores que podem influenciar a determinação do nível de triagem, bem como a estimativa da utilização de recursos pelo paciente e encontraram uma diferença significativa na utilização de recursos entre os pacientes atribuídos ao nível 2, em comparação ao nível 3 (GARBEZ et al., 2011).

A escala de triagem *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*, foi implantada em 1999, tomando por referência à escala australiana (ATS), pela adaptação transcultural para a sua realidade. A CTAS baseia-se em diagnósticos de doenças presumíveis, a partir da história

clínica detalhada e da avaliação de parâmetros fisiológicos, para classificação de pacientes em cinco níveis de gravidade, priorizando atendimento aos mais graves. Em 2001 desenvolveu-se e validou-se uma escala específica de triagem a pacientes pediátricos, *Canadian Triage and Acuity Scale Pediatric Guidelines* (PaedCTAS), estabelecendo para cada nível de prioridade a descrição das condições clínicas em cinco níveis (azul, vermelho, amarelo, verde e branco), confirmando a versão pediátrica da CTAS, válida para avaliar crianças na emergência (GRAVEL, 2009; WARREN, 2008).

No âmbito nacional, várias pesquisas de elaboração e validação de instrumentos de avaliação clínica estão sendo desenvolvidas com intuito de assegurar as decisões clínicas em situações de emergência.

Em 2003, a escala de triagem canadense (CTAS) foi traduzida e validada no Brasil, por meio das etapas de adaptação transcultural e validação do conteúdo para realidade brasileira. A avaliação da confiabilidade e a aplicação na prática clínica possibilitaram sua utilização nos serviços hospitalares de emergência brasileiros (PIRES, 2003).

Estudo realizado no sudeste do Brasil elaborou e validou um protocolo de classificação de risco em cinco etapas: 1) avaliação do perfil da demanda dos pacientes da unidade; 2) revisão de protocolos de classificação de risco na literatura; 3) elaboração do protocolo de classificação de risco conforme perfil da população atendida; 4) validação de conteúdo por *experts*; e 5) verificação de sua confiabilidade pelo método de concordância ou equivalência entre observadores em um serviço de emergência. Os resultados mostraram um protocolo validado em seu conteúdo e sua aplicação na prática clínica obteve resultados de confiabilidade excelentes, demonstrando fácil aplicabilidade para a tomada de decisão do profissional, a partir da queixa apresentada pelo paciente, em todos os níveis de prioridade de atendimento (SILVA et al., 2014).

Em 2012, o protocolo de ACCR em pediatria de Fortaleza foi validado quanto ao conteúdo e aparência (MAGALHÃES, 2012). Foram definidos os conceitos, atributos e consequentes dos 30 itens do protocolo, sendo considerado simples, claro e relevante quanto à aparência pela concordância de mais de 80% dos juízes. Em relação à validação de conteúdo, os juízes consideraram a estrutura para avaliação dos sinais de alerta e os indicadores clínicos como apropriados e correspondentes à classificação determinada, e o validaram com um IVC médio de 0,837. Este protocolo foi revisado, avaliado quanto à confiabilidade e precisão e aplicado na prática clínica para apreciação de sua capacidade de replicação em populações semelhantes (MAGALHÃES, 2016).

Souza et al. (2011) buscaram identificar se existiam ou não alterações em alguns indicadores de qualidade com a implementação de um sistema informatizado de triagem de Manchester em um hospital português a partir da aplicação do sistema com dados retrospectivos coletados por enfermeiras triadoras. Após análise, concluiu-se que o sistema de triagem de Manchester neste hospital não implicou alterações nos indicadores de mortalidade, percentagem de internamentos ou readmissões, mas verificou-se associação entre os níveis de prioridade e outros indicadores como a mortalidade no serviço de urgência, a mortalidade no internamento, o tempo de permanência no serviço de urgência e o número de exames diagnóstico que conferiram a validade ao sistema de Manchester. Entretanto, mediante as limitações, sugeriu mais pesquisas com uso dessas variáveis abordando outras estratégias e populações.

Tendo em vista que o enfermeiro que atua no acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência pediátrica realiza a avaliação clínica com base em dados objetivos e subjetivos; que o ambiente das emergências favorece o uso do raciocínio intuitivo devido ao tempo de resposta insinuada influenciada pelo ambiente conflitante dificultando a avaliação clínica precisa; e que a classificação de risco de forma incorreta e a demora do atendimento podem acarretar dano à saúde da criança, torna-se necessária a realização de um estudo que analise a validade do guia de ACCR em pediatria na prática clínica, como tecnologia de avaliação de crianças em condições agudas nos serviços de urgência e emergência.

Diante do exposto, considera-se o seguinte questionamento: o guia de classificação de risco em pediatria é válido para a classificação de risco de crianças e para determinar a prioridade de atendimento na prática clínica nos serviços de emergência?

Com a realização desta investigação, defende-se a tese de que se obterá um guia de classificação de risco, sucinto, confiável e válido, que seja capaz de direcionar o enfermeiro na avaliação da criança em situações de emergência de modo rápido e preciso.

Ratifica-se a necessidade de avaliar a confiabilidade e validar na prática clínica o guia de ACCR em pediatria, a fim de confirmá-lo como tecnologia de avaliação clínica de crianças em condições agudas, apoiando-se no acúmulo de evidências de sua aplicação nos serviços de emergência pediátrica.

Considera-se relevante a realização desse estudo, pois a avaliação da confiabilidade interobservadores e a validação na prática clínica do guia de ACCR em pediatria possibilitarão a credibilidade das informações fornecidas pelo mesmo durante a avaliação da

criança nos serviços de emergência, favorecendo a maior confiança e aceitação do guia de ACCR em pediatria pelos enfermeiros.

Espera-se que a utilização do guia de ACCR em pediatria construído e validado clinicamente no contexto para o qual foi elaborado, possa trazer benefícios para as crianças usuárias dos serviços e para os profissionais, pois a utilização de instrumentos como subsídios para tomada de decisão na prática clínica, objetiva reduzir significativamente, a utilização de critérios intuitivos, aleatórios e subjetivos na avaliação clínica, levando a melhorias para o serviço e para a organização do sistema de saúde brasileiro.

Reconhece-se, a possibilidade de avaliar a incorporação dos princípios da PNH (BRASIL, 2006b) e da RAUE (BRASIL, 2013), na resolutividade dos fenômenos de saúde/doença, levando em conta o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização do atendimento no tempo determinado para cada nível de prioridade, contribuindo assim, para a redução do número de mortes evitáveis e sequelas ocasionadas pela demora no atendimento ou erro de classificação de risco.

Acredita-se que os resultados desse estudo possam, a médio e longo prazo, instigar um processo de reflexão e aprendizado entre profissionais e pesquisadores de modo a influenciar a reestruturação das práticas assistenciais nos serviços de emergência pediátrica estabelecendo novos valores, incentivando ações humanizadas e compartilhadas, por tratar-se de um trabalho coletivo e cooperativo.

*Objetivos*

---

## **2 OBJETIVOS**

Revisar o conteúdo da 1ª versão do guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria.

Analisar a confiabilidade interterobservadores da 2ª versão do guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria em um serviço de urgência e emergência pediátrica.

Validar na prática clínica a 2ª versão do guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria em um serviço de urgência e emergência pediátrica.

*Método*

---

### 3 MÉTODO

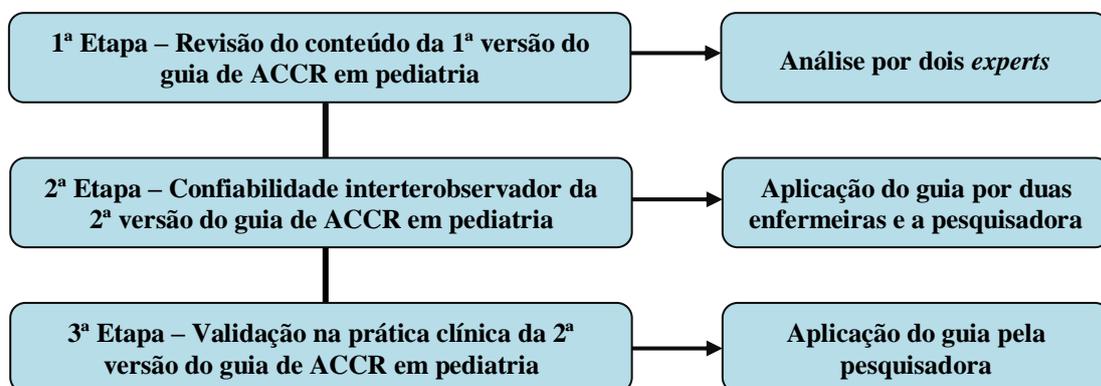
#### 3.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico, o qual tem como foco o desenvolvimento e a avaliação de instrumentos, com o objetivo de torná-los válidos e confiáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Nas pesquisas metodológicas, a unidade de análise é o instrumento. O processo de desenvolvimento e validação de instrumentos se faz por meio da avaliação psicométrica, relacionando aspectos teóricos e instrumentos de medidas mediante avaliação de conteúdo e testes de confiabilidade e validade. O objetivo neste tipo de pesquisa é transformar construtos intangíveis em tangíveis, validá-los e torná-los confiáveis para serem utilizados por pesquisadores ou por profissionais na prática clínica (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O presente estudo foi desenvolvido em três etapas: na primeira etapa realizou-se a revisão da 1ª versão do guia de ACCR em pediatria (ANEXO 1), construído e validado o conteúdo por Veras (2011), devido as alterações do protocolo de ACCR em pediatria, validado por Magalhães (2016); na segunda etapa analisou-se a confiabilidade interobservador da 2ª versão do guia em um serviço de emergência pediátrica; e na terceira etapa validou-se a 2ª versão do guia com crianças na prática clínica em um serviço de emergência pediátrica, conforme exposto na Figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma do desenvolvimento das etapas do processo de validação do guia de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

### **3.2 Primeira etapa – Revisão de Conteúdo da 1ª Versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria**

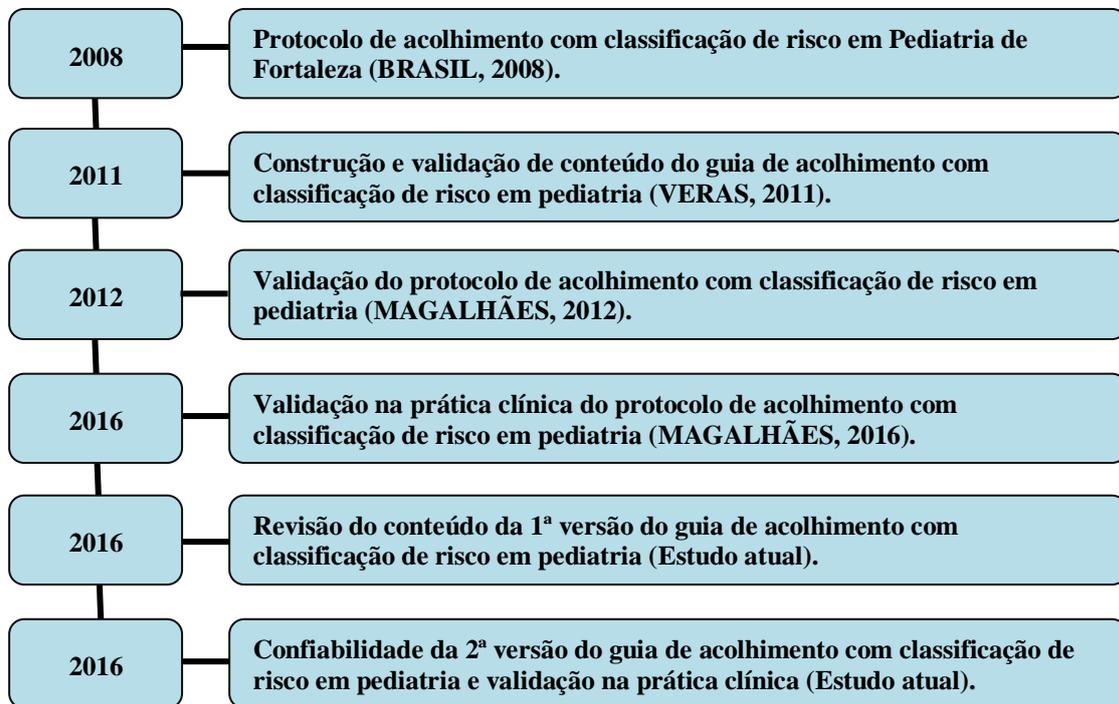
Antes da aplicação da 1ª versão do guia de ACCR em pediatria (ANEXO 1) na prática clínica, houve a necessidade de revisá-lo, uma vez que o protocolo de ACCR em Pediatria de Fortaleza (BRASIL, 2008), principal instrumento do qual foi o guia foi originado, foi submetido a dois processos de validação, após à sua elaboração em 2008.

O primeiro processo de validação do protocolo de ACCR em pediatria foi realizado por Magalhães (2012), no qual o instrumento foi submetido à validação de conteúdo e aparência por juízes. Nesse processo foram realizadas algumas alterações, como a redução no número de páginas, a inclusão de novos indicadores clínicos de saúde e alterações no conteúdo. Além disso, houve melhoria na distribuição dos sinais de alerta entre os discriminadores. Os resultados originaram uma tecnologia válida para priorizar o atendimento de crianças e/ou adolescentes em unidades de emergência.

Em 2016, a 1ª versão do protocolo de ACCR em pediatria foi submetida à validação clínica em um hospital pediátrico por Magalhães (2016). Foram realizados ajustes a partir de opiniões relatadas pelo público utilizador do protocolo durante a realização de uma capacitação sobre ACCR em pediatria a uma equipe multiprofissional. O resultado originou a 2ª versão do protocolo de ACCR em pediatria com base em alterações importantes no conteúdo de seus discriminadores, indicadores clínicos de saúde e em sua estrutura, tornando-o válido para classificar a prioridade de atendimento de crianças na prática clínica de profissionais de saúde nos serviços de emergência.

Com a alteração no conteúdo da 2ª versão do protocolo de ACCR após os processos de validação aos quais foi submetido (conteúdo, aparência, confiabilidade e validação na prática clínica), foi necessário realizar algumas adequações na 1ª versão do guia de ACCR em pediatria, elaborado por Veras (2011), por meio da revisão de seu conteúdo, para que este pudesse ser avaliado quanto à sua confiabilidade e validade na prática clínica.

**Figura 2** – Fluxograma do desenvolvimento do processo de elaboração e validação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Desse modo, a 1ª versão do conteúdo validado do guia foi submetida a uma nova apreciação por dois enfermeiros pesquisadores com experiência em estudos de validação, *experts* na área de saúde da criança, com conhecimento teórico e prático do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.

De acordo com o dicionário da língua portuguesa *expert* (experto), significa experiente, logo um enfermeiro *expert* é um indivíduo que adquiriu grande conhecimento ou habilidades devido à experiência e à prática (FERREIRA, 1999). Para Galdeano e Rossi (2006), critérios não adequados para seleção de *experts* podem limitar muitos estudos, principalmente os que envolvem validação de conteúdo, pois caberá a esses *experts* a função de analisar e julgar o conteúdo do instrumento ou diagnóstico em questão e, conseqüentemente, interferir na fidedignidade dos resultados.

Assim, o principal objetivo dessa revisão com *experts* foi manter a fidedignidade do conteúdo do guia, o qual já passou pelo processo de validação de conteúdo e aparência com IVC de 0,98 (VERAS, 2011), não havendo necessidade de revalidá-lo.

Os *experts* avaliaram as alterações realizadas no conteúdo do guia de ACCR em pediatria por meio do *check-list* de avaliação das alterações da 1ª versão do Guia de ACCR, composto por cinco colunas (APÊNDICE A).

Nas duas primeiras colunas (1ª e 2ª) continha a 1ª versão do guia e nas duas colunas seguintes (3ª e 4ª) a proposta de revisão para a atualização do conteúdo de palavras ou grupo de palavras em destaque, proposto para a 2ª versão do guia. A quinta (5ª) coluna destinava-se à opinião dos *experts* sobre as alterações a partir das seguintes opções de resposta: concordo, concordo em parte ou não concordo. O *check-list* também continha um espaço destinado à observação e sugestão dos *experts*.

Solicitou-se aos enfermeiros *experts* para apreciar cada palavra ou grupo de palavras em destaque nos 30 itens (cinco discriminadores de risco e 25 queixa principal e indicadores clínicos) propostos para a revisão do guia com relação ao conteúdo correspondente a 1ª versão (1ª e 2ª colunas). Após esta análise, selecionar uma das opções de resposta, quais sejam: concordo, concordo em parte ou não concordo.

O quadro 1 representa o modelo de *layout* do *check-list* entregue aos *experts* para apreciação da 2ª versão do guia com relação à 1ª versão.

**Quadro 1** – *Layout* do *check-list* elaborado para a revisão da 1ª versão do Guia de ACCR em Pediatria.

Item	1ª versão		Proposta de revisão (2ª versão)		Qual sua opinião sobre as alterações no texto?
	Vias aéreas/Respiração		Alteração respiratória		Concordo ( ) Concordo em parte ( ) Não concordo ( )
	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	Concordo ( ) Concordo em parte ( ) Não concordo ( )
01	Código de parada (sinal sonoro)	PCR* Iminência de PCR paciente não responsivo SSVV* ausentes/instáveis (ANEXO A)	Parada cardiorrespiratória	Iminência de parada Não responsivo Ausência de movimento respiratório	Concordo ( ) Concordo em parte ( ) Não concordo ( )
	Insuficiência respiratória	Cianose central, FR* alterada (ANEXO A) Dispneia extrema SpO <sub>2</sub> * < 90% Obstrução de via aérea	Alteração respiratória	Dispneia intensa com fadiga muscular Obstrução de vias aéreas Cianose SSVV* ausentes/instáveis Sat O <sub>2</sub> * < 90% (ANEXO A)	Concordo ( ) Concordo em parte ( ) Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\*PCR: Parada cardio-respiratória; SSVV: Sinais vitais; FR: Frequência respiratória; Sat O<sub>2</sub>: Saturação de oxigênio.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Para os *experts*, foi entregue pessoalmente pela pesquisadora um *kit* com os seguintes documentos: 1. *Check-list* de avaliação das alterações da 1ª versão do Guia de ACCR (APÊNDICE A), com palavra ou grupo de palavras propostos para a revisão do guia; 2. Carta-convite aos enfermeiros *experts*, com esclarecimentos sobre os procedimentos de avaliação da pesquisa e colocando-se à disposição para dúvidas posteriores (APÊNDICE B); 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C); e 4. Questionário de caracterização dos enfermeiros *experts*, contendo, dados identificação, formação, qualificação, trajetória profissional e produção científica (APÊNDICE D). Os *experts* devolveram o *check-list* respondido no prazo de até 15 dias.

A partir dos instrumentos respondidos pelos *experts*, foi feita uma análise pormenorizada de todas as sugestões dadas pelos mesmos, para análise das concordâncias, sendo acatadas as sugestões consideradas apropriadas pela pesquisadora e conforme literatura pertinente. Os resultados foram sintetizados em figuras e quadros e discutidos com base na literatura pertinente à temática.

Com o intuito de revisar o conteúdo do guia, principalmente, dos termos alterados nos 30 itens por sugestão dos *experts*, a pesquisadora realizou uma revisão de literatura para aprofundamento teórico, com base nos discriminadores de risco, queixa principal e indicadores clínicos, a fim de proporcionar um embasamento teórico científico diante das justificativas que fundamentaram a decisão da pesquisadora na escolha entre as opções de acatar ou refutar as sugestões dos *experts*.

Foram encontradas publicações acerca das afecções respiratórias (BLACKLOCK et al., 2011; BRASIL, 2003; PASCOAL, 2015; ZEMEK et al., 2012), alterações hemodinâmicas (CAMILLONI et al., 2010; IERLAND et al., 2013), alterações relacionadas aos distúrbios de consciência (FUERTES, 2010; BELLUCCI JUNIOR, MATSUNO, 2012; WECHSLER et al., 2005), percepções e avaliação da dor (GEORGE, 2010; HABICH; LETIZIA, 2015; SILVA et al., 2013), bem como, das alterações hidroeletrólíticas (MINCIS et al., 2008; HERDMAN, 2015; PEDRAZA et al., 2014) em crianças e adolescentes.

Estas publicações associadas ao conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria validado na prática clínica (MAGALHÃES, 2016) também embasaram os aspectos técnico-científicos do guia no que concerne à padronização e à organização dos termos presentes nos discriminadores de risco, queixa principal e indicadores clínicos, com o objetivo de ser fiel à proposta inicial da pesquisadora, e de se obter, um guia, fundamentado em evidências científicas.

### 3.3 Segunda etapa – Análise da Confiabilidade Interobservador da 2ª versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria

Na segunda etapa realizou-se a avaliação da confiabilidade interobservadores durante a aplicação da 2ª versão do guia de ACCR em pediatria às crianças em um serviço de emergência, com intuito de avaliar o grau de concordância entre as avaliações realizadas pela pesquisadora e duas enfermeiras.

A confiabilidade interobservadores é o principal critério para investigação da qualidade de um instrumento e refere-se à consistência com que este mede o atributo, sendo considerada maior quando, em repetidas mensurações, se obtiver uma menor variabilidade. A confiabilidade de um instrumento é mensurada principalmente pela reprodutibilidade de seus testes, ou seja, pela capacidade de um instrumento obter o mesmo resultado ao ser aplicado, repetidas vezes, por dois observadores distintos ao mesmo indivíduo (SOUZA, ARAÚJO, CHIANCA, 2015).

Pode-se dizer, também, que um instrumento é confiável quando suas medidas conseguem refletir, de forma precisa, o atributo investigado em termos de estabilidade, homogeneidade e equivalência (LOBIONDO-WOOD, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Nesta fase do estudo, pela ausência do padrão-ouro (homogeneidade) e pela impossibilidade de se avaliar a criança atendida na emergência em momentos distintos (teste-reteste), avaliou-se a confiabilidade do guia, por meio do método de equivalência, mediante a confiabilidade interobservador calculado pelo coeficiente *Kappa*. A equivalência pode ser realizada pela concordância entre dois ou mais avaliadores aplicando o mesmo instrumento, ou pela correlação entre os resultados da aplicação de um instrumento equivalente por formas alternadas ou paralelas (LOBIONDO-WOOD, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Com vistas a avaliar a confiabilidade e o grau de correlação na avaliação simultânea realizada pela pesquisadora e por duas enfermeiras à criança atendida em um hospital de emergência, realizou-se a validação do guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria, com base em um Procedimento Operacional Padrão (POP) para confiabilidade interobservador construído para este fim (APÊNDICE E).

#### - Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no setor de acolhimento da emergência do Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá (CAC). Trata-se de um

hospital mantido pela Prefeitura de Fortaleza para atendimento pediátrico e hebiátrico, recebendo crianças e adolescentes de zero a 17 anos.

Localizado, na zona oeste do município de Fortaleza, pertencente à Secretaria Regional IV, possuindo uma demanda significativa de atendimentos pediátricos de urgência de toda cidade de Fortaleza (LIMA, 2013).

O hospital é equipado para o atendimento de casos com nível de atenção secundário e mantém um setor de urgência e emergência aberto 24 horas com pronto atendimento e pronto socorro especializado, atendendo cerca de 8000 crianças e adolescentes por mês, segundo dados informados pela instituição.

Ainda nesta instituição, o serviço de ACCR em pediatria conta com uma equipe de enfermagem envolvida no processo de acolhimento e utiliza o Protocolo de ACCR em Pediatria há mais de sete anos, sendo os profissionais desse setor constantemente capacitados para a realização do acolhimento com classificação de risco (FORTALEZA, 2015).

#### **- População e amostra**

A população do estudo foi constituída de aproximadamente 8.000 crianças e/ou adolescentes com idade até dezessete anos, atendidas durante o mês de junho de 2016, na referida instituição.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando-se a fórmula, indicada para populações infinitas:

$$n = \frac{Z_{5\%}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2}$$

Onde:

n: tamanho da amostra

Z: nível de significância

P: prevalência dos casos

Q: complementar da prevalência (1-P)

e: erro amostral

Foram considerados como parâmetros para esta etapa, um nível de significância de 5% ( $Z_{5\%} = 1,96$ ); prevalência de 50% ( $P = 50\%$ ); complementar de prevalência de crianças e/ou adolescentes atendidas no setor de ACCR e erro amostral de 7,4%; obtendo-se o tamanho da amostra de 174 crianças e/ou adolescentes. Contudo, optou-se por aumentar a amostra de participantes em 15%.

Assim, constituiu-se uma amostra de 206 crianças e adolescentes de ambos os sexos, assistidas na emergência do referido serviço, cujas mães/responsáveis concordaram em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram:

- crianças ou adolescentes acompanhadas por um responsável maior de 18 anos.
- estar aguardando atendimento para o setor de ACCR na emergência do hospital.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram:

- ser portador de doença psiquiátrica ou comportamental com agitação intensa e risco imediato de violência para si ou para outrem;
- apresentar quadro clínico instável e risco iminente de morte, cujos procedimentos de avaliação clínica pudessem dificultar a consulta ao guia e interferir no cuidado da criança, impossibilitando cumprir o método de coleta de dados de forma objetiva ou sistemática.

A amostra foi não probabilística e por conveniência, sendo a seleção das crianças por ordem de chegada ao hospital, consecutivamente.

#### **- Instrumentos de coleta de dados**

Para coleta de dados foram utilizados três formulários elaborados a partir dos estudos de Pires (2003) e Magalhães (2016), com adaptações pertinentes a presente pesquisa e validados por três pesquisadoras com experiência na temática, quais sejam: 1) Roteiro de entrevista para enfermeiros da etapa confiabilidade interobservador (APÊNDICE F); 2) Instrumento de coleta de dados da etapa confiabilidade interobservador (APÊNDICE G); 3) Roteiro para coleta de dados pelos enfermeiros na etapa confiabilidade interobservador (APÊNDICE H). Além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I) para os enfermeiros da fase confiabilidade interobservador acompanhado de Carta Convite para enfermeiros (APÊNDICE J) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Mães ou Responsáveis (APÊNDICE K) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para crianças a partir de 7 anos (APÊNDICE L).

O Roteiro de entrevista para enfermeiros da etapa confiabilidade interobservador (APÊNDICE F) teve como objetivo caracterizar o perfil dos enfermeiros participantes da segunda etapa. Abrangeu dados de identificação e qualificação profissional e questões relacionadas à avaliação do guia e sua aplicabilidade durante a classificação de risco, facilidades ou dificuldades de uso em serviço, além de sugestão de alterações.

Dessa forma, o Roteiro de entrevista contou com dados de caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao sexo, idade, tempo de experiência com ACCR em pediatria

e capacitações realizadas em ACCR (APÊNDICE F). Com estas variáveis foi possível caracterizar o perfil dos enfermeiros interobservadores.

O instrumento de coleta de dados da etapa confiabilidade interobservador teve objetivo de coletar os dados de identificação da criança (iniciais do nome, sexo, idade, peso e procedência) e os seguintes dados clínicos: queixa principal e indicadores clínicos (sinais e sintomas), início/evolução e duração dos sintomas, aparência física, estado emocional, uso de medicações ou medidas adotadas antes de buscar o atendimento, história de alergias, sinais vitais, glicemia, saturação de oxigênio, característica e intensidade da dor, avaliação do nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow, discriminadores de risco (alteração respiratória, comprometimento hemodinâmico, alteração no nível de consciência, dor e alteração hidroeletrólítica), classificação de risco (vermelha, laranja, amarela, verde e azul), dentre outros dados relevantes para o estudo (APÊNDICE G).

No intuito de reduzir a dificuldade das enfermeiras em preencher o Instrumento de Coleta de Dados da Fase Confiabilidade Interobservador (APÊNDICE G) durante a avaliação da criança no setor de ACCR, devido às especificidades do processo de classificação de risco de crianças, elaborou-se o instrumento Roteiro para coleta de dados pelos enfermeiros na etapa confiabilidade interobservador (APÊNDICE H) para que os enfermeiros pudessem consultá-lo durante o atendimento, auxiliando na avaliação clínica da criança e na identificação do risco. Esse roteiro contemplou dados da avaliação clínica da criança.

Desse modo, foi acordado com as duas enfermeiras participantes do estudo, que as informações coletadas durante a avaliação da criança, deveriam ser anotadas na ficha de atendimento do paciente, própria do hospital para serem transcritas posteriormente para o Instrumento de Coleta de Dados da Fase Confiabilidade Interobservador (APÊNDICE G).

#### **- Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2016. O contato com as enfermeiras foi feito no próprio setor de acolhimento do hospital em que foi realizada a pesquisa, com apresentação da 2ª versão do guia de acolhimento com classificação de risco (APÊNDICE M) e explicação do método de coleta de dados pela pesquisadora, convidando-as para participar da pesquisa.

Selecionaram-se duas enfermeiras, denominadas enfermeiras 1 e 2, de acordo com os critérios de inclusão:

- Atuar no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco do hospital há pelo menos seis meses.

- Ter participado de pelo menos um treinamento do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria, realizado há no máximo um ano.

Às enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa foi entregue um kit contendo Carta Convite para enfermeiros (APÊNDICE J) convidando-as a participarem da etapa de confiabilidade interobservador, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), Roteiro para Coleta de Dados (APÊNDICE H) e a 2ª versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria (APÊNDICE M) para consulta. Neste momento era-lhe solicitada a assinatura do TCLE e realizada a entrevista com as enfermeiras com o Roteiro de entrevista (APÊNDICE F).

Após consentimento formal por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE I) pela criança ou adolescente, a pesquisadora realizou um treinamento de três dias com cada enfermeira, com objetivo de torná-las aptas a utilizarem o guia durante avaliação da criança no ACCR, bem como, visando proporcionar uma coleta de dados semelhante entre a enfermeira 1 ou 2 e a pesquisadora.

Desse modo, decidiu-se, com as enfermeiras 1 e 2 e a chefia de enfermagem do hospital, que o treinamento seria realizado individualmente com cada enfermeira e transcorreria durante o plantão diurno das mesmas, nos dias 08, 09 e 11 de junho de 2016 com a enfermeira 1 e nos dias 10, 13 e 15 de junho de 2016 com a enfermeira 2.

Diante da necessidade de assegurar a qualidade do treinamento das enfermeiras que participaram do processo de confiabilidade interobservadores, optou-se pela abordagem proposta por Bossemeyer e Moura (2006), em que eles ressaltam a importância de fazer o processo de treinamento e a capacitação na própria prática em que o profissional atua.

Dessa forma, o treinamento aconteceu da seguinte maneira: no primeiro dia de treinamento de cada enfermeira, a pesquisadora realizou a apresentação do projeto de tese e explicou, detalhadamente, o guia de classificação de risco em pediatria para cada enfermeira do serviço. Explicou, também, sobre o instrumento Roteiro para coleta de dados (APÊNDICE H) que seria utilizado nesta fase da pesquisa. Em seguida foi solicitado a cada enfermeira que indicasse um assunto relacionado ao guia ou à sua utilização que elas gostariam de aprofundar.

Sendo assim, as duas enfermeiras optaram por discutir com mais profundidade a 1ª versão do guia de ACCR em pediatria (ANEXO 1) no que diz respeito, principalmente, aos discriminadores de risco, indicadores clínicos e a forma de utilização durante a avaliação da criança no ACCR.

Os processos de orientação teórica e aprofundamento do conteúdo do guia aconteceram no primeiro dia de treinamento, no início do plantão na unidade de ACCR de cada enfermeira, e perdurou por cerca de 30 a 40 minutos para cada uma delas.

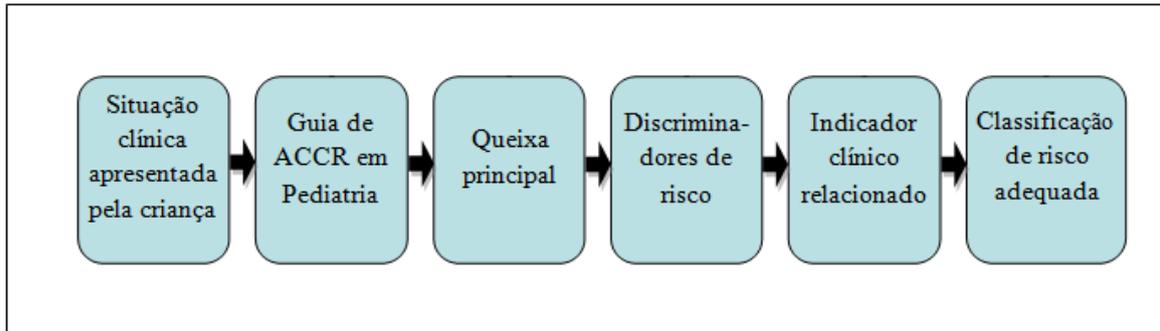
Ainda no primeiro dia de treinamento, antes do início da avaliação da criança, as enfermeiras esclareciam às mães e às crianças ou adolescentes, o motivo da presença da pesquisadora na sala de acolhimento, explicando a finalidade da pesquisa e a importância da validação do guia de ACCR em pediatria para a melhoria da qualidade do atendimento no ACCR da criança nos serviços de emergência, solicitando, em seguida, a permissão para a pesquisadora permanecer no setor e convidando-as para participar da pesquisa, por meio a assinatura do TCLE (APÊNDICE K) e do (TALE) (APÊNDICE L). Todas as mães das crianças ou adolescentes consentiram a presença da pesquisadora durante a avaliação do filho, na sala do acolhimento e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE K). Bem como todas as crianças com idade superior ou igual a 7 anos e adolescentes consentiram a presença da pesquisadora durante sua avaliação, assinando o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE L).

Foram incluídas crianças ou adolescentes acompanhadas por um responsável maior de 18 anos, que aguardavam atendimento no serviço de ACCR do hospital nos horários em que a pesquisadora e a enfermeira do serviço estivessem presentes.

Durante os primeiros dois dias de treinamento, no transcorrer do plantão de cada enfermeira, emergiam situações clínicas reais, que eram discutidas com a pesquisadora. Com base na 1ª versão do guia de ACCR (ANEXO 1), sempre que necessário, a pesquisadora dava orientações às enfermeiras sobre a identificação da queixa principal relatada pela mãe/acompanhante, voltando o olhar para os discriminadores de risco do guia (alteração respiratória, comprometimento hemodinâmico, alteração no nível de consciência, dor e alteração hidroeletrólítica). Na sequência, era dado enfoque aos indicadores clínicos (sinais e sintomas) relacionados a partir do discriminador de risco relatado, com o intuito de localizar, no guia, a classificação de risco adequada para cada situação clínica.

A figura 3, denominada caminho da tomada de decisão com base no guia de ACCR em pediatria, foi elaborada para auxiliar ao enfermeiro durante o treinamento, no intuito de facilitar a identificação do discriminador de risco com relação à doença ou agravo referido pela mãe da criança no guia de ACCR em pediatria, e determinar a classificação de risco.

**Figura 3** – Caminho da tomada de decisão com base no Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Por exemplo, se uma mãe referisse como queixa principal do filho a “tosse cheia”, a enfermeira de posse do Guia, deveria identificar a “tosse cheia” como principal motivo da busca por atendimento de emergência e selecionar o discriminador de risco alteração respiratória.

Em seguida, o olhar da enfermeira deveria voltar-se para a coluna da esquerda do Discriminador de risco “Alteração respiratória”, seguir a sequência de cima para baixo, da maior para a menor prioridade de acordo com cores vermelha, laranja, amarelo, verde e azul para identificar a denominação mais aproximada da queixa principal “tosse cheia”. A enfermeira deveria então avaliar a criança, segundo os indicadores clínicos da criança presentes no guia, tendo-se: 1) “Sintomas gripais com dispneia leve” no nível de prioridade IV, cor verde e 2) “Sintomas gripais com sinais vitais normais” no nível de prioridade V, cor azul.

Dessa forma, seguindo o caminho para tomada de decisão com base no guia de ACCR em pediatria, a enfermeira, seguramente, classificaria o risco da criança no nível de prioridade IV, na cor verde, por ela apresentar sintomas gripais com dispneia leve, caracterizada pela presença de tosse produtiva com rinorreia purulenta.

Ressalta-se que, durante o treinamento, à medida que as situações clínicas iam-se repetindo, mais facilmente as enfermeiras identificavam no guia, os discriminadores de risco relacionado à queixa principal relatada pela mãe/acompanhante, e realizavam com maior precisão a classificação de risco conforme os indicadores clínicos apresentados pelas crianças em conformidade com o guia, possibilitando o aprimoramento da utilização do guia na prática cotidiana dos enfermeiros em treinamento.

No terceiro e último dia de treinamento a proposta era de que tanto a enfermeira 1, quanto a enfermeira 2 chegassem a 100% de concordância com a pesquisadora com relação a

classificação de risco. Para isso, convencionou-se que elas deveriam classificar no mínimo 30 crianças consecutivas em concordância com a pesquisadora.

Dessa forma, nesse último dia de treinamento a pesquisadora acompanhou a avaliação de 38 crianças com a enfermeira 1 e 34 com a enfermeira 2, e quando chegou-se ao consenso de 30 crianças consecutivas, caracterizando concordância de 100% da enfermeira 1 e da enfermeira 2 com a pesquisadora, as enfermeiras foram consideradas aptas para participar do processo de confiabilidade interobservador juntamente com a pesquisadora.

Após o treinamento, realizou-se a etapa de confiabilidade interobservador propriamente dita, em junho de 2016.

Os horários para coleta de dados foram previamente acordados entre a pesquisadora e as enfermeiras 1 e 2, em dias diferentes, de acordo com a escala de serviço de cada uma, em concordância com a chefia da unidade.

Com intuito de não interferir na rotina do serviço, foi acordado com a chefia de enfermagem e as duas enfermeiras que durante a coleta de dados a pesquisadora permaneceria no ACCR acompanhando os atendimentos das enfermeiras 1 e 2 de acordo com a escala de plantão das mesmas.

A pesquisadora permanecia na sala sem interferir, observando o processo de classificação de risco e, em todo período de plantão das enfermeiras, permanecia na própria sala do acolhimento fazendo a classificação de criança de forma independente da enfermeira.

Foram avaliadas 206 crianças atendidas no serviço de ACCR do hospital, cujas mães aceitaram participar da pesquisa nos horários em que a pesquisadora e as enfermeiras 1 ou 2 estavam presentes. Ressalta-se que a enfermeira 1 avaliou 100 crianças, e a enfermeira 2, 106 crianças, pois três mães selecionadas tinham dois filhos para serem avaliados no ACCR por estarem doentes ou com agravos à saúde.

Para realização dos procedimentos de coleta de dados da etapa de confiabilidade interobservador a pesquisadora optou fazer da seguinte maneira: no 1º momento, antes do início da avaliação da criança, a enfermeira (1 ou 2) esclarecia às mães o motivo da presença da pesquisadora durante a avaliação da criança no ACCR. Antes do atendimento realizado pelas enfermeiras (1 ou 2) no ACCR, a pesquisadora abordava as mães/responsáveis pelas crianças e adolescentes, esclarecendo-as acerca dos objetivos da pesquisa e os benefícios do guia para melhoria do atendimento das crianças no ACCR, convidando-as a participar da pesquisa, assegurando-as a participação voluntária e sem prejuízo do atendimento. Ressalta-se que nenhuma mãe/acompanhante ou criança/adolescente recusou-se em participar do estudo e

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE K) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE L).

Após esse momento, as enfermeiras 1 ou 2, com uso da ficha do atendimento do hospital, juntamente com o instrumento Roteiro para Coleta de Dados pelos enfermeiros na etapa confiabilidade interobservador (APÊNDICE H), realizava a classificação de risco conforme a avaliação clínica da criança. A pesquisadora permaneceu na sala do acolhimento, observando a avaliação clínica realizada por cada enfermeira do plantão participante do estudo, sem fazer nenhuma interferência. Diante desta avaliação, a pesquisadora fazia uso dos seus instrumentos de coleta de dados Roteiro para Coleta de Dados (APÊNDICE H), Instrumento de Coleta de Dados na etapa confiabilidade interobservador (APÊNDICE G), 2ª versão do guia de ACCR em pediatria (APÊNDICE M) e realizava a classificação de risco da criança para posterior comparação com a classificação atribuída pela enfermeira.

Os dados da avaliação da criança realizada pelas enfermeiras foram levantados junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e transcritos pela própria pesquisadora e por auxiliares de pesquisa para o Instrumento de Coleta de Dados na etapa Confiabilidade Interobservador (APÊNDICE G).

Posteriormente todos os dados eram compilados e analisados. Os resultados contribuíram para o aprimoramento da versão final do guia de ACCR em pediatria.

#### **- Análise dos dados**

O banco de dados obtido a partir dos instrumentos de coleta de dados após a aplicação do guia de ACCR em pediatria pelos enfermeiros 1 e 2 e pela pesquisadora, foi digitado e processado no programa SPSS 20.0, licença nº 10101131007. Os resultados foram apresentados em forma de figuras, quadros e tabelas.

A análise dos dados desta etapa ocorreu por meio da estatística descritiva, considerando o cálculo das medidas descritivas, média e desvio padrão das variáveis quantitativas: idade e tempo de experiência com classificação de risco dos enfermeiros.

Para a caracterização da amostra quanto ao sexo e idade, foram utilizadas tabelas descritivas de frequência absoluta e relativa.

Para a identificação das crianças classificadas pela pesquisadora foi feita uma análise descritiva, apresentada em tabelas de frequência absoluta e relativa das crianças classificadas nas cores laranja, amarelo, verde e azul pelo guia de ACCR em pediatria. Para facilitar as análises dos resultados definiu-se a classificação de risco de acordo com o nível de prioridade, conforme as cores adotadas pela PNH (BRASIL, 2006).

A criança classificada na cor vermelha necessita de reanimação ou atendimento imediato. Porém, foram excluídas neste estudo. A cor laranja corresponde ao alto nível de complexidade de risco ou iminência de parada cardiorrespiratória, devendo ser priorizados nos consultórios e necessitam de atendimento médico de emergência em até 15 minutos; na cor amarela, encontram-se pacientes em situação de urgência ou descompensados que necessitam de atendimento médico o mais rápido possível, porém não correm risco imediato de morte e devem receber atendimento em até 30 minutos; na cor verde têm-se os pacientes em condições não agudas ou não urgentes e devem ser encaminhados com prioridade ao atendimento médico em até uma hora, ou reavaliados pelo enfermeiro a cada hora, aguardar atendimento médico, devidamente acomodados em cadeira e ser informados que pacientes mais graves são atendidos prioritariamente; por fim, a criança classificada na cor azul apresenta condições não agudas e deverão ser atendidas por ordem de chegada, podendo aguardar por até 6 horas por atendimento médico ou serem referenciadas à outra instituição de atenção primária (BRASIL, 2008).

Buscando-se demonstrar a confiabilidade e a coerência entre os observadores, o grau de concordância das classificações de risco das crianças realizadas entre a pesquisadora e as enfermeiras 1 e 2 foi mensurado utilizando-se o método de equivalência mediante a confiabilidade interobservador, calculado pelo índice *Kappa*.

Neste estudo, o índice *Kappa* foi calculado para mensurar o grau de concordância da classificação de risco entre a pesquisadora e duas enfermeiras observadoras (pesquisadora e enfermeira 1; e pesquisadora e enfermeira 2). Desta forma, garante-se que as concordâncias encontradas se restrinjam às diferenças entre a comparação da classificação de risco feita, distintamente, por cada observador em ambiente clínico, não controlado, de máxima variabilidade com uso do mesmo instrumento por meio da reprodutibilidade para confirmar sua precisão, sensibilidade e especificidade.

O índice *Kappa* corresponde a uma medida de concordância e o valor varia de 0 a 1, em que o valor 0 indica nenhuma concordância e o valor 1 representa total ou 100% de concordância (LOBIONDO-WOOD, 2001).

Para análise da intensidade de concordância foi usado como parâmetros o índice *Kappa* (k) proposto por Wongpakaran *et al.* (2013): *Kappa* entre 0,00 e 0,20 concordância muito baixa; 0,21 a 0,40 concordância baixa; 0,41 a 0,60 concordância moderada; 0,61 a 0,80 concordância alta; 0,81 a 0,99 concordância quase perfeita e 1,00 concordância perfeita; sendo considerada aceitável níveis de concordância com *Kappa* maior ou igual a 0,70.

Para a interpretação dos coeficientes de confiabilidade, no que se refere à avaliação da concordância entre a classificação de risco realizada pela pesquisadora e pelas enfermeiras 1 e 2 por meio do índice *Kappa*, os dados obtidos a partir da compilação dos instrumentos de coleta de dados foram apresentados em quadros e em tabelas e fundamentadas pela literatura pertinente.

Um grau de concordância maior ou igual a 0,7, entre a pesquisadora e a enfermeira 1 e entre a pesquisadora e a enfermeira 2, na avaliação de crianças e adolescentes com a uso do Guia de ACCR em Pediatria, ratifica-o como confiável e preciso para medir o grau de complexidade clínica de crianças e torna-o reproduzível e apto a ser aplicado na prática clínica.

O guia de ACCR também foi analisado por meio da sensibilidade e especificidade. A sensibilidade é a proporção de indivíduos com determinada patologia ou agravo que é identificado corretamente por algum teste (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Neste estudo, a sensibilidade pode ser definida como a classificação de crianças em níveis maiores de gravidade (mais urgentes, cores laranja, amarela e verde), dado que sua condição real de saúde é grave. Já a especificidade é definida como a capacidade de identificar corretamente os indivíduos que não possuem a doença ou agravo, ou seja, a capacidade do guia de ACCR em pediatria classificar a criança em níveis de menor prioridade (não urgente, cor azul), dado que sua condição real de saúde não seja grave (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Essa análise visa mostrar o quão sensível é o guia de ACCR em pediatria em identificar corretamente os pacientes entre níveis de gravidade adequada, acima ou abaixo do nível de classificação de risco padrão.

### **3.4 Terceira etapa – Validação da 2ª versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica**

Após as etapas de revisão e confiabilidade interobservador do guia de ACCR em pediatria e, para ter certeza de que os achados das etapas anteriores da pesquisa não foram resultantes de um viés de seleção no corte de participantes ou da capacidade individual dos observadores, pesquisas recomendam uma segunda aplicação do instrumento com população semelhante, em um ambiente clínico real, a fim de sustentar sua validação pelo acúmulo de evidências e confirmar suas propriedades psicométricas (CULLUM, 2010).

A validade de um instrumento de triagem é definida pela sua capacidade de medir o nível de urgência de pacientes que buscam atendimento nos serviços de emergências. Para ser

válido, um instrumento deve ser capaz de identificar adequadamente os pacientes que necessitam de assistência imediata e identificar, com segurança, os pacientes menos urgentes, que podem esperar pelo atendimento (GRAVEL et al., 2013).

De acordo com Kerlinger (1964), o ponto mais importante da validação de um teste ou instrumento é sua preocupação não meramente de validá-lo, mas, sim, em validar a teoria que o suporta.

Face ao exposto, nesta etapa, realizou-se a aplicação da 2ª versão do guia de ACCR em pediatria, unicamente pela pesquisadora, utilizando o mesmo método, repetidas vezes na prática clínica, a fim de obter evidências de que o instrumento esteja medindo, realmente, o que se propõe a medir, de modo a demonstrar precisão por meio da repetibilidade em seu uso. Esta etapa da pesquisa foi realizada no mesmo hospital público de emergência pediátrica em que foi realizada a segunda etapa do estudo e se desenvolveu com base no Procedimento Operacional Padrão para aplicação do Guia na prática clínica (APÊNDICE N) elaborado para orientar a coleta de dados da validação do guia de ACCR em pediatria na prática clínica.

#### **- População e amostra**

A população foi composta por todas as crianças e adolescentes com idade de zero a dezessete anos que buscavam atendimento na referida instituição. Tendo em vista que a coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2016 e que o hospital atende, em média, 8.000 pacientes por mês, a população do estudo constituiu-se por aproximadamente 16.000 crianças e adolescentes, conforme dados informados pela instituição. Ressalta-se que esta estratégia também foi utilizada por outros autores em estudos de validação clínica (PIRES, 2003; PASCOAL, 2015; OLIVEIRA, 2011; MAGALHÃES, 2016).

O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula a seguir, indicada para populações infinitas:

$$n = \frac{Z_{5\%}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2}$$

Onde:

n: tamanho da amostra

Z: nível de significância

P: prevalência dos casos

Q: complementar da prevalência (1-P)

e: erro amostral

Desse modo, foram considerados como parâmetros para esta etapa, um nível de significância de 5% ( $Z_{5\%} = 1,96$ ); prevalência de 50% ( $P = 50\%$ ); complementar de prevalência de 50% de crianças e/ou adolescentes atendidas no setor de ACCR e erro amostral de 4,9%.

Aplicando-se a fórmula, constituiu-se uma amostra de 400 crianças e adolescentes de ambos os sexos, assistidos na emergência do referido serviço durante o período de coleta de dados.

A captação das crianças foi realizada por amostragem não probabilística e de forma consecutiva, seguindo a ordem de chegada ao hospital. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- criança ou adolescente acompanhada por um responsável maior de dezoito anos;
- estar aguardando atendimento no setor de ACCR do hospital da emergência.

Os critérios de exclusão adotados foram:

- criança ou adolescente portador de doença psiquiátrica ou comportamental com agitação intensa e risco imediato de violência para si ou para outrem;
- criança ou adolescente com quadro clínico instável e risco iminente de morte, cujos procedimentos de avaliação clínica no ACCR, pudessem dificultar a consulta ao guia e interferir no cuidado da criança, impossibilitando cumprir o método de coleta de dados de forma objetiva e sistemática.

As mães/acompanhantes, as crianças e os adolescentes que atenderam aos critérios de seleção foram convidados a participar estudo.

#### **- Instrumento de Coleta de Dados**

Para a coleta de dados, foram utilizados a 2ª versão do guia de acolhimento com ACCR em pediatria (APÊNDICE M) e o Instrumento de coleta de dados para Aplicação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica (APÊNDICE O), o qual abordou as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra (idade, sexo, peso, queixa principal, discriminador de risco, indicadores clínicos, e classificação de risco das crianças e adolescentes).

Pela ausência de um critério padrão para avaliar a classificação de risco, decidiu-se associar os níveis de classificação de risco com alguns critérios de gravidade complementares (variáveis intervenientes) que pudessem ser relacionados à classificação de risco a fim de confirmar a validade do guia de ACCR em pediatria. As variáveis selecionadas foram os discriminadores de risco, procedimentos realizados na emergência (medicação via oral (VO),

endovenosa (EV), subcutânea (SC), nebulização, outros), realização de exames (laboratoriais, RX, imagens, outros), destino da criança após o atendimento médico (encaminhamento para avaliação com especialista, internação, transferência para outro serviço, alta, evasão, óbito) e diagnóstico médico. Estas variáveis foram incorporadas ao instrumento de coleta de dados utilizado nesta etapa (APÊNDICE O).

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE O) proposto para esta etapa foi adaptado (PIRES, 2003; MAGALHÃES, 2016), validado por três especialistas com conhecimento em estudos de validação e submetido a um pré-teste a uma amostra de 20 crianças (PASCOAL, 2015).

Embora já existam vários instrumentos validados para mensurar a classificação de risco nos serviços de emergência, não se pode negar o caráter subjetivo embutido nesta avaliação, e a dificuldade dos profissionais em avaliar corretamente as crianças e fazer o registro adequado desta avaliação (VERAS et al, 2015).

Desse modo, torna-se necessária a utilização de variáveis intervenientes ou de desfecho na análise da validade do guia de ACCR em pediatria na avaliação da classificação de risco das crianças em um ambiente clínico real. Assim, tornou-se necessária a definição das variáveis clínicas e dos parâmetros relacionados aos discriminadores de risco (alteração respiratória, alteração no nível de consciência, dor e alteração hidroeletrólítica), indicadores clínicos (manifestações clínicas e parâmetros biosiológicos) e desfecho do atendimento médico.

Assim, a definição dessas variáveis e as definições operacionais de como serão mensuradas nas etapas de validação do guia na prática clínica, estão apresentadas no apêndice M.

A realização do pré-teste pela pesquisadora ocorreu antes do início da coleta de dados e possibilitou averiguar a adequação do instrumento com relação aos objetivos estabelecidos nesta etapa da pesquisa. A pesquisadora aplicou a 2ª versão do guia de ACCR com 30 crianças, cujas mães aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE K).

#### **- Coleta de dados**

A 2ª versão do guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria foi aplicada pela própria pesquisadora durante a fase de validação na prática clínica do guia, e

ocorreu nos meses de julho e agosto de 2016, nos dias de segunda a sexta-feira, nos horários de 07 às 19 horas.

Primeiramente, foi acordado com a direção e a chefia de enfermagem do hospital que a coleta de dados transcorreria durante o plantão das enfermeiras, independente de terem sido treinadas ou não.

No início do plantão, a pesquisadora contactava com a enfermeira do acolhimento, solicitando autorização para permanecer na sala durante os atendimentos. Ressalta-se que todas as enfermeiras concordaram em colaborar com a pesquisa, autorizando a presença da pesquisadora na sala do acolhimento.

À medida que a enfermeira realizava a avaliação da criança na sala do acolhimento, a pesquisadora fazia suas anotações diretamente no Instrumento Coleta de Dados para aplicação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica (APÊNDICE O) e, quando havia alguma dúvida pela pesquisadora quanto à escolha do discriminador de risco relacionado à queixa principal apresentada pela criança, a mesma poderia realizar perguntas ou avaliação física adicionais no intuito de deixar mais evidente o indicador clínico e classificar o risco da criança de forma segura.

Antes do início do atendimento da criança, a pesquisadora abordava as mães/responsáveis apresentando-se, explicando os objetivos do estudo e a finalidade do guia e convidando-as a participar da pesquisa e assegurando-lhes o anonimato e o sigilo das informações fornecidas durante a avaliação da criança. Após esclarecimentos, as mães que aceitavam participar, eram solicitadas a assinar o TCLE (APÊNDICE K).

A pesquisadora também explicava para crianças com idade igual ou superior a sete anos, sempre que necessário, com linguagem simples, o propósito da participação dela na pesquisa, esclarecendo sobre os objetivos, potenciais benefícios, riscos e procedimentos de coleta de dados. Em seguida solicitava sua anuência, explicando-lhes a possibilidade de interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo no modo de atendimento. Após esclarecimentos, as crianças/adolescentes que aceitavam participar, eram convidadas a assinar o TALE (APÊNDICE L).

Considerou-se conveniente utilizar a solicitação de consentimento nesse momento, para evitar aumento do tempo de permanência da criança no acolhimento, possibilitando o risco de agravamento da criança pela demora do atendimento médico.

Ressalta-se que a pesquisadora e a auxiliar e pesquisa realizavam diariamente o levantamento dos dados complementares de importância para o estudo a partir das fichas de atendimento das crianças, junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), para

verificação dos procedimentos realizados na emergência e desfechos dos atendimentos. Estes dados eram transcritos para o Instrumento de Coleta de Dados para aplicação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica (APÊNDICE O).

#### **- Análise dos dados**

Os dados foram catalogados e processados no SPSS 20.0, licença nº 10101131007. Os resultados foram dispostos em tabelas, contemplando os dados sociodemográficos e clínicos.

Os dados sociodemográficos foram utilizados para identificar a associação entre a classificação de risco e a proporção de crianças quanto ao sexo, idade, peso e dados clínicos com base no desfecho do atendimento, em relação a cada nível de prioridade de acordo com a classificação de risco da criança.

Para análise do grau de complexidade considerou-se a definição dos critérios de classificação de risco discriminados nas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul, já descritos na análise de dados da segunda etapa.

Na ausência de um critério padrão de classificação de risco foi necessária a adoção de alguns parâmetros de avaliação como critérios de gravidade complementar. Esses critérios de gravidade foram considerados referência para a verdadeira urgência e foram associados à classificação de risco realizada pela pesquisadora com uso do guia, sendo os resultados dessas associações utilizadas para avaliar a validade do guia na prática clínica (GRAVEL et al., 2013; IERLAND; SEIGER; VAN VEEN, 2013; ROUKEMA et al., 2006; VAN VEEN et al., 2008; VAN VEEN; STEYERBERG; LETTINGA, 2011). Para tanto, foram considerados como critérios de gravidades complementares, os seguintes indicadores gerais de urgência: discriminador de risco, procedimentos realizados na emergência e o destino da criança após o atendimento médico, sendo necessário conhecer a definição de cada um deles, os quais estão disponíveis no Apêndice P.

Avaliou-se a associação entre os níveis de classificação de risco atribuídos pela pesquisadora com uso do guia de ACCR em pediatria e a proporção de crianças para cada indicador geral de urgência (discriminador de risco, destino da criança após o atendimento e procedimentos realizados na emergência), calculados pelos testes Fisher-Freeman-Halton exato. Para essas análises considerou-se como estatisticamente significantes  $p < 0,05$ . A forte associação entre os níveis de classificação de risco e os indicadores gerais de urgência sugere a validade do guia.

Sabe-se que atribuir um nível inapropriado de baixa urgência pode levar a atrasos no atendimento ao paciente. No entanto, a atribuição de um nível inapropriado de urgência elevada pode aumentar o tempo de espera para os casos verdadeiramente urgentes (ROUKEMA et al., 2006). Tais situações podem causar danos à saúde da criança.

Desse modo, após a análise do guia a partir dos indicadores gerais de urgência para indicar sua capacidade em prever o discriminador de risco, o uso de recursos (procedimentos, exames diagnósticos) e destino do paciente após o atendimento na emergência, foi necessário analisar as chances do guia em classificar corretamente a prioridade do atendimento de acordo com o grau de complexidade clínica apresentado pelas crianças.

A razão de chance é tida como uma medida que avalia a proporção de chance de existir um discriminador de risco e a sua correspondência com a classificação de risco entre as cores que preconizam a prioridade do atendimento, descritas no Guia 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 agravo ou doença, no qual se quer medir a chance dessa pessoa ter sido exposta a um determinado agente (FRANCISCO et al., 2008).

Neste estudo, utilizou-se a classificação de risco mais urgente em proporção a menos urgente, como por exemplo: laranja *versus* azul, amarelo *versus* azul e verde *versus* azul. Portanto, utilizando-se as probabilidades de um evento em cada um dos grupos ( $p$  = grupo mais urgente e  $q$  = grupo menos urgente), o cálculo da razão de chance foi realizado a partir da fórmula:

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

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

No presente estudo essa correlação foi analisada pela razão de chance da ocorrência da classificação de risco no nível de prioridade mais urgente (laranja, amarelo e verde – primeiro grupo) quando comparado ao não urgente (azul – segundo grupo) para todos os discriminadores de risco, a partir do cálculo da Razão de Verossimilhança. Para o cálculo da razão de chance determinou-se Intervalo de Confiança de 95% (IC<sub>95</sub>). Para as variáveis que apresentaram valores de  $p < 0,20$ , ingressaram no modelo multivariado de regressão logística.

### **3.5 Aspectos éticos e legais**

Este estudo foi realizado de acordo com a resolução 466/12, da Comissão Nacional de Saúde e seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A referida Resolução preserva a liberdade e a autonomia do ser humano e considera o respeito pela dignidade humana e pela proteção da vida dos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Normatiza a participação do ser humano no engajamento ético para o progresso da ciência e da tecnologia, a partir de princípios de respeito aos indivíduos em suas percepções e modos da vida, com vistas a implicar benefícios, atuais e potenciais para o ser humano e comunidade na qual está inserido, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para presentes e futuras gerações (BRASIL, 2012).

A pesquisa respeitou o princípio do respeito pela dignidade humana, visto que os participantes adultos, crianças e adolescentes 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 quiserem. O anonimato foi garantido, bem como, foi assegurada a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, garantindo a utilização das informações em benefício dos participantes e utilizadas apenas no âmbito deste estudo, respeitando, assim, o princípio da justiça.

Os princípios de beneficência e não-maleficência foram observados em todas as fases do estudo, assegurando-se aos participantes o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo que danos previsíveis fossem evitados, comprometendo-se com o sigilo de suas identidades.

Para tanto, foi solicitada autorização à Coordenadoria de gestão do trabalho e educação na saúde (COGTES) da Prefeitura Municipal de Fortaleza, cuja coordenadora autorizou por meio da assinatura do documento de autorização institucional à realização de pesquisa (ANEXO 2) e do termo de fiel depositário (ANEXO 3).

Os participantes das três etapas do estudo (*experts*, enfermeiros e mães/acompanhantes) foram abordados individualmente e esclarecidos sobre os objetivos das respectivas etapas que participaram, de modo que aqueles que aceitaram participar assinaram o TCLE (APENDICE C, H e K, respectivamente) em duas vias, respeitando-se os preceitos éticos e legais. Para avaliação da criança e/ou adolescente, a pesquisadora fez abordagem com linguagem simples, esclarecendo sobre os objetivos da pesquisa e convidando-os a participar do estudo. Aquelas que concordaram, assinaram o TALE (APÊNDICE L), em duas vias, sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação das informações, a liberdade de participar ou não do estudo, assegurando-lhes o atendimento seguindo-se o fluxo próprio do serviço.

Foi garantida às mães/acompanhantes e às crianças/adolescentes a participação voluntária e sem ônus, certificando-os da igual consideração dos interesses dos envolvidos, não se perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) para os sujeitos e sociedade.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob Parecer Nº 1.565.336 (ANEXO 4).

*Apresentação e discussão dos resultados*

---

## **4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Com a finalidade de confirmar a tese de que o guia de ACCR em pediatria é um instrumento confiável e válido para avaliar crianças e adolescentes em situações de emergência de modo rápido e preciso, esse estudo se desenvolveu em três etapas: 1) Revisar o conteúdo da 1ª versão do guia de ACCR em Pediatria com base no protocolo de ACCR em pediatria, 2) Avaliar a confiabilidade interterobservador da 2ª versão do guia de ACCR em pediatria e 3) Validar na prática clínica a 2ª versão do guia de ACCR em pediatria em um serviço de urgência e emergência pediátrica.

Para melhor compreensão dos resultados apresentam-se, inicialmente, os dados referentes à revisão do conteúdo do guia realizada com base nos resultados da validação do protocolo de ACCR em pediatria (MAGALHÃES, 2016).

### **4.1 Primeira etapa – Revisão da 1ª versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria**

A 1ª versão do guia de ACCR em pediatria foi elaborada a partir de cinco discriminadores de risco identificados por vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência, dor e eliminação/hidratação, relacionados às funções fisiológicas por meio das queixas principais e indicadores clínicos (sinais e sintomas) (VERAS, 2011).

O propósito do guia é facilitar ao enfermeiro que atua no acolhimento, a visualização dos indicadores clínicos a partir da queixa principal relatada pela criança ou mãe/acompanhante, para assegurar a classificação de risco correta no nível de prioridade de atendimento, de acordo com as cores vermelha – Prioridade I (casos de ressuscitação), laranja - Prioridade II (emergência), amarela - Prioridade III (urgência), verde - Prioridade IV (menor urgência) e azul - Prioridade V (não urgente), conforme preconiza a PNH (BRASIL, 2006).

Em 2011, a 1ª versão do guia de ACCR em pediatria foi validada quanto ao seu conteúdo e aparência com um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) geral igual a 0,98, e tido como relevante e apto a medir o grau de complexidade da criança no setor de acolhimento (VERAS, 2011).

Entretanto, diante das modificações feitas no protocolo de ACCR por Magalhães (2016), foi necessário realizar-se a revisão do guia de ACCR em pediatria, a fim de manter a fidedignidade de seu conteúdo ao conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria do qual foi originado.

Nesta etapa da pesquisa, dois pesquisadores *experts* que atenderam aos critérios de inclusão do estudo tiveram a oportunidade de analisar os cinco discriminadores de risco e os vinte e cinco itens da 1ª versão do guia de ACCR em pediatria a partir do *check-list* de avaliação das alterações da 1ª versão do Guia de ACCR (ANEXO 1).

Em relação ao perfil dos enfermeiros, participaram dois *experts*, um do sexo feminino e outro do masculino, com idade média de 32 anos. Ambos possuíam título de doutorado em enfermagem e suas teses foram desenvolvidas na temática de ACCR em pediatria, contemplando o protocolo de ACCR em pediatria. Além disso, participavam de grupo de pesquisa e possuíam publicações científicas relacionadas à temática de saúde da criança com ênfase em emergência pediátrica e ACCR em pediatria. Tinham em média 8,5 anos de experiência profissional na área de saúde da criança, neonatologia e saúde da família e experiência média de 4,5 anos com pesquisas em estudos de validação de instrumentos de saúde, relacionados à classificação de risco em pediatria.

Os *experts* avaliaram os discriminadores de risco do guia e sugeriram mudanças com base nas alterações realizadas no protocolo de ACCR em pediatria por Magalhães (2016), conforme pode-se observar no quadro 2.

**Quadro 2** – Alterações realizadas nos Discriminadores de Risco do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.

<b>1ª versão Guia de ACCR em Pediatria</b>	<b>2ª versão Guia de ACCR em Pediatria atualizada</b>
<b>Discriminador de risco</b>	<b>Discriminador de risco</b>
Vias aéreas/Respiração	Alteração Respiratória
Circulação/Hemodinâmica	Comprometimento Hemodinâmico
Nível de Consciência	Alterações no Nível de Consciência
Dor	Dor
Eliminação/Hidratação	Alteração Hidroeletrólítica

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

A pesquisadora considerou pertinente a sugestão dos *experts*. Assim, quatro dos cinco discriminadores de risco tiveram sua denominação alterada.

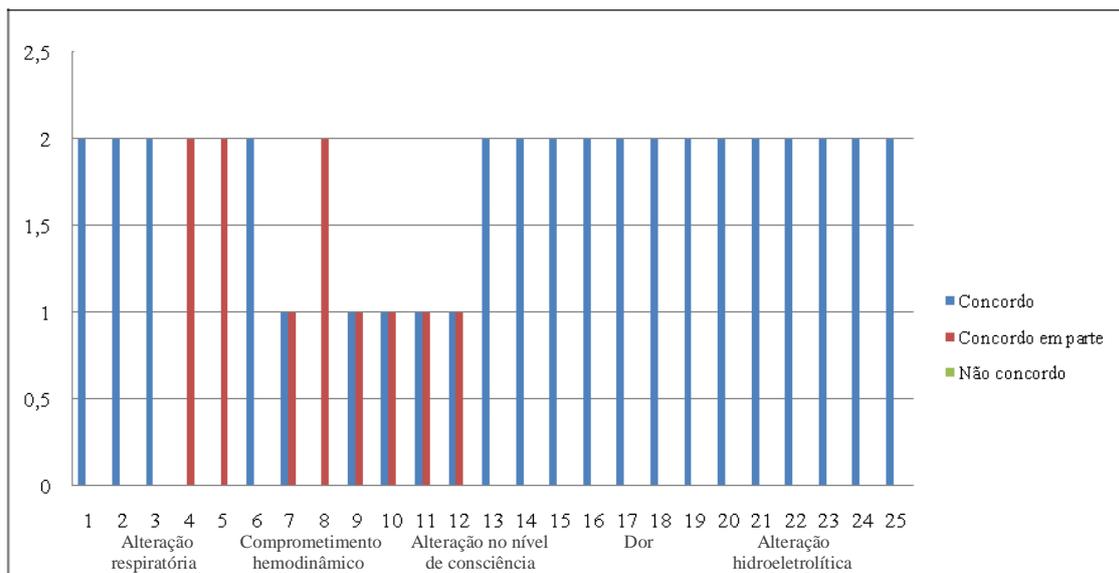
Os *experts* sugeriram, também, a alteração da sequência do acrônimo (ABCDPD), para CABDPD, devido às alterações do novo consenso quanto às recomendações das novas diretrizes do suporte básico e avançado de vida publicadas no encontro do *International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)* em 2010, em Dalas (PETERLINI; SARTORI; FONSECA, 2014).

Entretanto, decidiu-se não acatar a sugestão, mantendo-se a sequência do acrônimo original (A – *Airway* (Vias Respiratórias), B – *Breathing* (Respiração), C – *Circulation* (Circulação), D – *Desability* (Consciência), P – *Pain* (Dor) e D – *Dehydration* (Desidratação)), uma vez que a 2ª versão revisada do instrumento resumido da escala de triagem australiana (*Paediatric Triage Tool*), publicada em 2011 (NANAN et al., 2011), manteve a sequência do acrônimo do instrumento inicial. Desse modo optou-se também por manter a mesma sequência inicial do acrônimo ABCDPD da 1ª versão do guia de ACCR em pediatria com a denominação dos discriminadores de risco revisada (Alteração Respiratória, Comprometimento Hemodinâmico, Alteração no Nível de Consciência, Dor e Alteração Hidroeletrólítica).

Há cinco discriminadores de risco, sendo cada um com cinco níveis de prioridade de atendimento, sendo vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Assim, há 25 itens de classificação no guia, distribuídos da seguinte forma: Alteração Respiratória (Itens 1, 2, 3, 4 e 5), Comprometimento Hemodinâmico (Itens 6, 7, 8, 9 e 10), Alteração no Nível de Consciência (Itens 11, 12, 13, 14 e 15), Dor (Itens 16, 17, 18, 19 e 20) e Alteração Hidroeletrólítica (Itens 21, 22, 23, 24 e 25).

Nesta revisão, todos os itens foram considerados como claros e compreensíveis a partir das opções de resposta “concordo” e “concordo em parte” pelos *experts*, conforme observado na Figura 4.

**Figura 4** – Distribuição da concordância de palavras ou grupo de palavras consideradas claras e compreensíveis para os *experts* avaliadores do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

De acordo com os dados apresentados na Figura 4, pode-se observar que os *experts* concordaram com a proposta de alteração de 22 itens, visando torná-los claros e compreensíveis.

Os *experts* obtiveram concordância em 100% na revisão de 17 (68%) itens (1, 2, 3, 6, 13,14, 15 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25), concordaram em parte na revisão de três (13,64%) itens (4,5 e 8) e em cinco (22,7%) itens (7, 9, 10, 11 e 12), tiveram opiniões diferentes nas avaliações (concordo e concordo em parte).

Algumas alterações no *layout* da 1ª versão do guia de ACCR em pediatria foram realizadas para facilitar a visualização da condição clínica apresentada pela criança, bem como facilitar o manuseio da 2ª versão do guia, pelo enfermeiro durante a avaliação clínica no acolhimento.

Assim, alteraram-se a estrutura e o *layout* na 2ª versão do guia, ficando da seguinte forma: manteve-se em face única, impresso em cores de tonalidades claras (vermelha, laranja, amarela, verde e azul), em papel *cuchê* brilhoso e gramagem 60g/m<sup>2</sup>. Reduziram-se as dimensões de 460x350mm para 420x297mm.

Houve, ainda, a separação dos discriminadores de risco em quadros, destacando-os em relação às colunas de queixas principais e indicadores clínicos, bem como, acrescentaram-se setas indicativas do fluxo na sequência do acrônimo para facilitar a visualização das condições clínicas (queixas principais e indicadores de risco) pelo profissional, conforme modelo de avaliação clínica proposta pela PNH (BRASIL, 2006b).

Na adequação do estilo e tamanho da letra, mantiveram-se fonte “Arial” e alteraram-se os tamanhos da fonte, ficando: título com 26mm; subtítulos do cabeçalho das colunas com 18mm; e descrição das queixas principais e indicadores clínicos com 13mm. Para obtenção desse novo *layout* foi necessário, também, a retirada dos termos, “ANEXO”, presentes na 1ª versão do guia de ACCR em pediatria validada por Veras (2011).

As especificações atualizadas no guia podem ser melhores visualizadas no quadro 3, e o *layout* na figura 5.

**Quadro 3** – Caracterização das alterações realizadas no *layout* da 2ª versão do guia de ACCR em pediatria, em relação à 1ª versão, por sugestão dos *experts*.

Descrição do item	1ª Versão	2ª Versão
Dimensões	460x350mm	420x297mm
Tipo de fonte	Arial	Arial
Tamanhos de fonte no título	36mm	26mm
Tamanhos de fonte no cabeçalho	14mm	18mm
Tamanhos de fonte das queixas principais e indicadores clínicos	11mm	13mm
Tonalidade das cores	Clara	Clara
Tipo de papel	Couchê brilhoso	Couchê brilhoso
Gramagem do papel	60g/m2	60g/m2

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A figura 5 representa a alteração no *layout* da 2ª versão do guia de ACCR em pediatria, após revisão da 1ª versão do guia de ACCR, pelos dois *experts*.

**Figura 5** – Modelo de *layout* da 2ª versão do guia de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria, comparado ao *layout* da 1ª versão.

2ª versão do guia de ACCR em pediatria	1ª versão do guia de ACCR em pediatria																														
<p>Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza-CE</p>	<p>Representação da 1ª edição do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria. Fortaleza-CE, 2011.</p> <p>GUIA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Vias aéreas/Respiração</th> <th>Circulação/Hemodinâmica</th> <th>Nível de Consciência</th> <th>Dor</th> <th>Eliminação/Hidratação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Queixa principal</td> <td>Queixa principal</td> <td>Queixa principal</td> <td>Queixa principal</td> <td>Queixa principal</td> </tr> <tr> <td>Sinais e sintomas</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Vias aéreas/Respiração	Circulação/Hemodinâmica	Nível de Consciência	Dor	Eliminação/Hidratação	Queixa principal	Sinais e sintomas																							
Vias aéreas/Respiração	Circulação/Hemodinâmica	Nível de Consciência	Dor	Eliminação/Hidratação																											
Queixa principal	Queixa principal	Queixa principal	Queixa principal	Queixa principal																											
Sinais e sintomas	Sinais e sintomas	Sinais e sintomas	Sinais e sintomas	Sinais e sintomas																											

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Os quadros 3, 4 e 5 referem-se à sugestão de alteração, por parte dos *experts* com relação aos três discriminadores de risco: Alteração Respiratória, Alteração do Comprometimento Hemodinâmico e Alteração no Nível de Consciência. Os discriminadores de risco Dor e Alteração hidroeletrólítica não tiveram sugestões dos *experts* para alterações de seus conteúdos.

O discriminador de risco alteração respiratória contempla as seguintes queixas principais: parada cardiorrespiratória, dispneia intensa com fadiga muscular, asma grave com dispneia, intensa, anafilaxia, dispneia moderada a leve, sinais vitais alterados, sintomas gripais com dispneia leve, sintomas gripais.

Já os indicadores clínicos que representam esse discriminador de risco são: criança ou adolescente não responsivo ou ausência de movimento respiratório, obstrução de vias aéreas, cianose, desconforto respiratório severo, Sat O<sub>2</sub> < 90%, sinais vitais instáveis, sibilância, estridor, sialorreia; incapacidade de falar, desconforto respiratório intenso a moderado, Sat O<sub>2</sub> de 90 a 92%, sensação de garganta fechando, edema de glote, sinais vitais alterados, vias aéreas parcialmente obstruídas, tosse frequente, Sat O<sub>2</sub> entre 93-94%, asma com dispneia ao exercício, frequência respiratória alterada (> 200 mrpm), frequência cardíaca <50 ou >140bpm, eupneico, dor de garganta intensa, tosse produtiva com rinorreia purulenta, mialgia, dor de ouvido, febre (temperatura entre 37,8°C e 38,5°C), coriza, dor de garganta leve, tosse seca, afebril ou história de febre, sinais vitais normais.

A insuficiência respiratória, dispneia, asma prévia, sibilância recorrente, angústia respiratória, sintomas gripais e outros, caracterizam-se como condições clínicas relacionadas aos padrões respiratórios alterados. A gripe, por exemplo, é uma infecção respiratória, cujas manifestações incluem febre, calafrios, tosse produtiva ou seca que podem durar mais de duas semanas, além de dores musculares, fadiga, mal-estar, nariz obstruído, irritação na faringe, entre outros. Trata-se de uma doença altamente contagiosa que ocorre mais em períodos de chuvas e baixas temperaturas (SILVA et al., 2012).

Como antecedentes, tem-se, por exemplo, a disseminação do vírus *Influenza* pelo contato direto entre as pessoas por meio de gotículas suspensas no ar, pelo toque de mão entre uma pessoa contaminada e uma pessoa sadia, ou ao levar a mão contaminada à boca ou nariz (PECHIRRA, 2012). Já como consequentes pode-se citar a abstinência escolar ou ausência dos pais no trabalho, além do seu agravamento como a pneumonia, asma e outras infecções agudas como a sinusite, otite e bronquite (BENGUIGUI, 2002).

Antecedentes e consequentes são características de determinadas situações clínicas. Os antecedentes podem ser caracterizados como a condição clínica que chega a ser um fator de risco para uma situação de emergência. Já os consequentes, podem ser configurados como a complicação da situação clínica de indivíduos, devido, por exemplo, à espera por atendimento em unidade de urgência e emergência (PASQUALI, 1997).

O quadro 4 refere-se às sugestões dos *experts* quanto ao Discriminador de risco “Alteração Respiratória”.

**Quadro 4** – Distribuição das sugestões dos *experts* nos itens do discriminador de risco “Alteração Respiratória”, em relação à 2ª versão do guia de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria.

1ª Versão		Proposta de revisão para 2ª versão		Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado?	
Vias aéreas/Respiração		Alteração respiratória		Concordo (2) Concordo em parte ( ) Não concordo ( )	
<b>Item</b>	<b>1.Queixa Principal</b>	<b>2.Sinais e Sintomas</b>	<b>1.Queixa Principal</b>	<b>2.Indicadores clínicos</b>	Concordo (2) Concordo em parte ( ) Não concordo ( )
04	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	Sintomas gripais	Eupneico Dor de garganta intensa (8-10/10) (ANEXO C) Dor de ouvido Tosse produtiva Rinorréia purulenta Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A) Mialgia	Concordo (2) Concordo em parte (2) Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço			<i>Expert 1</i> sugeriu alteração do termo “dispneia leve” no lugar de “eupneico” (não acatado) <i>Expert 2</i> sugeriu que o indicador clínico da queixa principal “sintomas gripais” fosse revisto, pois estava repetido nas cores verde e azul poderia causar algum espécie de confusão pela duplicidade (não acatado)		
<b>Item</b>	<b>1.Queixa Principal</b>	<b>2.Sinais e Sintomas</b>	<b>1.Queixa Principal</b>	<b>2.Indicadores clínicos</b>	
05	Sintomas gripais	Coriza Queixas leves Dor de garganta Sem sintomas respiratórios SSVV normais (ANEXO A)	Sintomas gripais	Eupneico Coriza Queixas leves Dor de garganta moderada (4-7/10) a leve (1-3/10) (ANEXO A) SSVV normais (ANEXO A)	Concordo ( ) Concordo em parte (2) Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço			<i>Expert 1</i> sugeriu acrescentar o termo “tosse seca” nos indicadores clínicos (acatado) <i>Expert 2</i> sugeriu que a queixa principal “sintomas gripais” fosse revisto, pois estava repetido nas cores verde e azul poderia causar algum espécie de confusão pela duplicidade (não acatado)		

No discriminador de risco “Alteração Respiratória”, algumas considerações foram feitas pelos *experts* em relação às alterações de palavras ou grupo de palavras, como por exemplo, no item 4, nível de prioridade IV (cor verde), o especialista 1 sugeriu substituir a palavra “Eupneico” pelas palavras “Dispneia leve”.

Já o especialista 2 ressaltou que a repetição de palavras, no caso sintomas gripais, indicando a mesma condição clínica em níveis de prioridade diferentes (IV e V) pode confundir os enfermeiros durante a avaliação da criança no ACCR, pela duplicidade da mesma informação nos diferentes níveis de classificação de risco.

Considerando o questionamento dos *experts* no que se refere à alteração de palavras, decidiu-se não acatar as sugestões dos mesmos e manter os termos “Eupneico” e “sintomas gripais” na 2ª versão do guia, em virtude do protocolo de Magalhães (2016)

considerar o indicador clínico “Eupneico” e “Sintomas gripais” nos níveis de prioridades IV e V, associado com outros indicadores. Assim, manteve-se o conteúdo do guia igual ao conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria, visando obter um guia claro e compreensivo, assegurando a similaridade ao protocolo que o originou.

Ressalta-se a importância da avaliação clínica na redução de danos à saúde das crianças que buscam atendimento nos serviços de emergência, pois nota-se que a maioria das crianças que buscam esses serviços de saúde, apresenta infecções respiratórias sem gravidade que, se não forem tratadas a tempo, podem evoluir para infecções mais graves (PASCOAL, 2015).

Conforme as orientações estabelecidas pelo MS (BRASIL, 2003), os profissionais de saúde devem identificar as crianças com tosse ou dificuldade respiratória que necessitam de tratamento, devendo ser a detecção destes casos, realizada pela avaliação e classificação de dois sinais clínicos: frequência respiratória elevada (taquipneia) e tiragens.

Mesmo com as recomendações propostas pelo MS, na 2ª versão do guia de ACCR em pediatria constam outros indicadores clínicos para avaliar crianças a saber: obstrução de vias aéreas, cianose, desconforto respiratório, saturação de oxigênio, sinais vitais, sibilância, estridor, sialorreia, incapacidade de falar, sensação de garganta fechando, edema de glote, tosse, história prévia de asma, dor de garganta, mialgia, dor de ouvido e coriza (APÊNDICE M).

Para identificar corretamente os principais sinais e sintomas na avaliação de crianças com quadro de infecção respiratória grave que buscam atendimento em unidades de emergência, Blacklock et al. (2011) consideram a avaliação clínica da angústia respiratória como o melhor preditor da doença.

Os estudos de Palafox (2000), Pascoal (2015) e Van Den Bruel (2010) relacionaram os achados clínicos com os resultados de exames laboratoriais e concluíram que a avaliação da frequência respiratória é o melhor preditor de pneumonia na infância.

No item 5, nível de prioridade V (cor azul) do discriminador de risco Alteração respiratória, o especialista 1 solicitou o acréscimo das palavras “tosse seca”. Assim, por considerar a importância desse indicador clínico na avaliação clínica da criança com afecção respiratória, optou-se por acrescentá-lo na 2ª versão do guia.

A tosse constitui-se um indicador clínico de uma grande variedade de afecções pulmonares e extrapulmonares, podendo ser considerada uma das maiores causas de procura por atendimento médico por ser a principal causa de inflamação de vias aéreas. A tosse seca é relacionada a mecanismos de diminuição da eficácia da eliminação das secreções das vias

aéreas, e por isso, deve ser considerada relevante para avaliação das alterações respiratórias em todas as idades (BRASIL, 2006a).

A tosse ineficaz, persistente ou ausente configura-se como uma característica definidora do Diagnóstico de Enfermagem Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas (DIVA), definida como uma incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída. Este diagnóstico pertence ao domínio 11 de Segurança e Proteção, e à classe 2 – Lesão Física, cujos fatores relacionados que identificam ou contribuem para a obstrução estão relacionados à via aérea obstruída (corpo estranho na via aérea, doença pulmonar obstrutiva crônica, espasmos de via aérea, exsudato nos alvéolos, hiperplasia das paredes dos brônquios, muco excessivo e secreções retidas) ou à fatores fisiológicos como asma, infecção ou prejuízo neuromuscular, considerados condições relevantes na avaliação da criança com uso do guia de ACCR em situação de emergência (HERDMAN, 2015).

Alterações clínicas como choque cardiogênico, hipovolêmico ou séptico, hipo ou hiperglicemia, hemorragias, infecções graves, intoxicação exógenas, traumas graves, moderado ou leves, queimaduras, lesões de pele e outras, segundo o Guia de ACCR (VERAS, 2011) caracterizam-se como condições clínicas relacionadas às alterações do comprometimento hemodinâmico dos seres humanos.

O quadro 5 refere-se às sugestões dos *experts* quanto ao Discriminador de risco “Comprometimento Hemodinâmico”.

**Quadro 5** – Distribuição das sugestões dos *experts* nos itens do Discriminador de risco “Alterações do Comprometimento Hemodinâmico”, em relação à 2ª versão do guia de Acolhimento de Classificação de Risco em pediatria.

Item	Circulação/Hemodinâmica		Comprometimento Hemodinâmico		Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado?
	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
07	Trauma grave	Ferimento extenso com sangramento ativo Amputação SSVV normais (ANEXO A)	Comprometimento hemodinâmico, Diabetes <i>Mellitus</i> (hipo ou hiperglicemia)	Palidez, sudorese, tontura ao levantar-se Visão turva, respiração rápida e profunda, hálito cetônico	Concordo (1) Concordo em parte (1) Não concordo ( )
	Comprometimento hemodinâmico	Palidez, Sudorese Taquicardia inexplicada Tonteira ao se levantar	Hemorragia, melena, sangramento vaginal	Hematêmese volumosa Hemoptise franca Epistaxe com PA alterada (ANEXO A)	
	Queimaduras	Queimaduras de 2º ou 3º graus 10%>SCQ<25% ou em áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais (ANEXO D)	Intoxicação exógena	Intoxicação exógena com alteração de consciência ou alteração de sinais vitais (ANEXO A)	
	Hemorragia digestiva,	Hematêmese volumosa Hemoptise franca	Trauma grave	Ferimento extenso com sangramento ativo	



	feridas	SCQ, área não crítica (ANEXO D)	Queimaduras e/ou Feridas	Queimaduras de 1º grau: SCQ < 10% em áreas não-críticas (ANEXO D) Ferida com febre Ferida com necrose Miíase com infestação	
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço			<i>Expert 1</i> sugeriu substituir a palavra “feridas” por “lesões de pele” (acatado).		
<b>Item</b>	<b>1. Queixa Principal</b>	<b>2. Sinais e Sintomas</b>	<b>1. Queixa Principal</b>	<b>2. Indicadores clínicos</b>	
10	Trauma menor  Feridas	Escoriações Ferida que não requer fechamento  Limpa sem sinais sistêmicos de infecção Escaras sem sinais sistêmicos Controle de úlceras crônicas Retirada de pontos Queimadura de 1º Grau, pequena, áreas não-críticas (ANEXO D)	Trauma leve  Queimaduras e/ou Feridas	Escoriações Ferida que não requer fechamento Curativo  Queimadura de 1º grau, pequenas, áreas não-críticas (ANEXO D) Ferida limpa sem sinais sistêmicos de infecção Escaras sem sinais sistêmicos Controle de úlceras crônicas Retirada de pontos	Concordo (1) Concordo em parte (1) Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço			<i>Expert 1</i> sugeriu substituir a palavra “feridas” por “lesões de pele”		

O *expert 1* sugeriu a substituição da palavra “feridas” pelos termos “lesões de pele” nos níveis de prioridade II, III, IV e V (cores laranja, amarelo, verde e azul).

Acatou-se a sugestão do *expert* por considerar importante a presença dessa condição clínica nos quatro níveis de prioridade (II, III, IV e V) do guia, visando assegurar a classificação de risco no que se refere a avaliação das afecções de pele e também para manter a uniformidade do guia com o conteúdo do protocolo que o originou (MAGALHÃES, 2016).

Ao analisar os atendimentos de emergência por causas externas em 7.123 crianças do Distrito Federal e de 23 capitais brasileiras, estudo identificou que 96,7% eram vítimas de acidentes e 3,3% de violência. Em comparação às vítimas de violência, os atendimentos por acidentes ocorridos no domicílio foram mais frequentes entre crianças de 2 a 5 anos, bem como os atendimentos por negligência e agressão física predominaram, respectivamente, nos grupos extremos de faixa etária. Com relação aos acidentes, as quedas e queimaduras predominaram no grupo de 0 a 1 ano, enquanto os acidentes de transporte foram mais frequentes no grupo de 6 a 9 anos. Essas informações contribuíram para evidenciar a variedade de ocorrência de causas externas em crianças e favorecer políticas de promoção da saúde, prevenção de agravos ou sequelas, bem como orientar profissionais de saúde, educadores e famílias na prevenção destas causas (MALTA et al., 2009).

Camilloni et al. (2010) compararam dois instrumentos de triagem e a capacidade dos enfermeiros para avaliar com precisão a gravidade dos ferimentos em vítimas de

acidentes. Os resultados sugeriram que os dois instrumentos mediram de forma adequada a severidade das lesões, e em alguns casos a triagem dos enfermeiros foi melhor, ou seja, a utilização de instrumentos validados e o processo de triagem por profissionais qualificados e treinados são indicadores, igualmente, eficazes para avaliação da gravidade de lesões, em hospitais de urgência e emergência.

Em estudo semelhante, Cheung et al. (2013) realizaram investigação com 701 crianças e adolescentes para identificar a precisão entre oito instrumentos de triagem pré-hospitalares destinadas às crianças com idade entre 1 e 14 anos que necessitavam de atendimento de emergência por tratarem-se de crianças seriamente feridas, com lesões graves. As crianças tinham suas fichas de atendimento avaliadas a partir de critérios pre-determinados (sinais vitais, diagnóstico final e seguimento na emergência, além de uma prioridade subjetiva atribuída por um médico). Os resultados encontrados evidenciaram que metade (50%) dos instrumentos eram mais inclusivos e reduziam a probabilidade de erros de tomada de decisão, enquanto a outra metade não. Desse modo, percebe-se a necessidade de se desenvolver mais pesquisas que elaborem e validem, em ambientes clínicos reais, ferramentas de triagem confiáveis para estratificar corretamente as crianças no ambiente hospitalar.

O *expert 2* sugeriu a exclusão do termo “ou” na expressão “Queimadura de 2º e 3º graus: SCQ<10% “ou” áreas não críticas” do item 8, do indicador clínico de prioridade III (cor amarela) do guia. Entretanto, não se acatou essa sugestão por entender que a retirada do termo “ou” iria alterar o sentido da frase e, conseqüentemente, o conteúdo do guia validado anteriormente por juízes (VERAS, 2011).

Sabe-se que a validade de conteúdo representa o universo ou o domínio de um construto, visto que verifica a adequação do conteúdo de instrumentos em relação aos itens, no sentido de julgar sua relevância, abrangência e representatividade, ou ainda, se o conteúdo se relaciona com o que se deseja medir (LOBIONDO-WOOD, 2001; PASQUALI, 2009). Desse modo, a alteração do sentido dessa frase no guia, implicaria na necessidade de um novo processo de validação de conteúdo do referido instrumento.

A alteração do nível de consciência caracteriza-se quando o paciente apresenta-se deprimido, agitado e/ou desorientado quanto ao tempo e/ou espaço (JARVIS, 2013). Ronchi e Avelar (2010) descreveram as principais queixas de alteração do estado mental de uma criança ou adolescente e consideraram como principais antecedentes as dificuldades escolares, transtornos comportamentais, emocionais, dentre outros, e como conseqüentes, referiram a agressividade que ocasiona risco para si ou para outrem.

O quadro 6 refere-se às sugestões por parte dos *experts* quanto ao Discriminador de risco “Alteração no Nível de Consciência”.

**Quadro 6** – Distribuição das sugestões de *experts* nos itens do discriminador de risco “Alteração no Nível de Consciência”, em relação à 2ª versão do guia de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria.

Item	Nível de Consciência		Alteração no Nível de Consciência		Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado?
	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
11	Parada cardiorrespiratória Código de parada (sinal sonoro)  Trauma maior  Choque  ECG de 3 a 8	Paciente não responsivo SSVV ausentes  TCE (ECG 3 a 8) (ANEXO B)  Alteração do sensório associado a sinais de choque  Paciente irresponsivo, só com resposta à dor Convulsão em atividade Letargia – confusão mental Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)	Alteração no nível de consciência     Trauma craniano	Usuário de saúde não responsivo ou responsivo à dor ECG - 3 a 8 (ANEXO B) Convulsão em atividade Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)  Perfuração craniana Alteração mental Alteração dos sinais vitais (ANEXO A)	Concordo (1) Concordo em parte (1) Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço		<i>Expert 2</i> sugeriu inserir o termo “apenas à dor” após a palavra “responsivo” (acatado)			

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

De acordo com os dados observados no quadro 6, foi proposto pelo *expert 2* a inserção das palavras “apenas à dor” após a palavra “responsivo” no indicador clínico 11, nível de prioridade I (cor vermelha).

A sugestão atendeu ao proposto no protocolo validado por Magalhães (2016) e optou-se por acatá-la, por entender que o acréscimo de palavras, nesse item, pode melhorar o entendimento da frase e facilitar a visualização do indicador clínico pelo enfermeiro, adequando o conteúdo do Guia ao referido protocolo. Ainda nesse indicador clínico, a pesquisadora optou por substituir o termo “usuário de saúde” por “criança ou adolescente”.

Diante do exposto, após as análises e discussões acerca das alterações sugeridas pelos *experts* na 1ª versão do guia de ACCR em pediatria, obteve-se sua 2ª versão contendo o conteúdo revisado a partir das sugestões dos *experts*, bem como corroborada e fundamentada por evidências disponíveis na literatura pela pesquisadora. Desse modo, após as modificações a 2ª versão do guia de ACCR em pediatria foi aplicada na segunda etapa da pesquisa.

Considerou-se que a 2ª versão do guia de ACCR em pediatria atualizada por *experts*, com base no conteúdo da 2ª versão do protocolo de ACCR em pediatria e fundamentado pela literatura, validado em conteúdo e aparência, atendendo ao propósito para o qual foi construído, apto a ser aplicado na prática clínica, a fim de ser submetido à avaliação de sua confiabilidade e validade clínica.

#### **4.2 Segunda etapa – Análise da Confiabilidade Interobservador da 2ª versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria**

A realização desta etapa da pesquisa consistiu na avaliação da concordância entre a classificação de risco com uso da 2ª versão do Guia de ACCR em pediatria pela pesquisadora e por duas enfermeiras (1 e 2), previamente treinadas pela pesquisadora.

Esse procedimento teve como objetivo avaliar se o guia é capaz de medir corretamente, o grau de risco de crianças e adolescentes, quando aplicado repetidas vezes por observadores diferentes, em uma população clínica real, a fim de confirmar sua validade por meio de sua reprodutibilidade em condições de máxima variabilidade.

As enfermeiras tinham 36 e 49 anos de idade, média de 16,5 anos de formação, possuíam especialização e tinham média de 3,5 anos de experiência com acolhimento com classificação de risco em pediatria. Ambas haviam realizado capacitação em acolhimento com classificação de risco há menos de um ano.

As enfermeiras consideraram o guia ótimo para ser utilizado no ACCR de crianças e não encontraram dificuldade em utilizá-lo durante suas práticas clínicas. Consideraram-o relevante para a melhoria do serviço e para redução de erros de classificação de risco pelos profissionais que atuam no acolhimento e não propuseram nenhuma alteração em seu conteúdo.

Para Werneck, Faria e Campos (2009) protocolos, escalas e outros instrumentos de tecnologia em saúde são favoráveis ao enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços em saúde. Para que essas tecnologias sejam efetivas é necessário que esses instrumentos sejam elaborados com base em diretrizes de natureza técnica, organizacional e fundamentados por políticas públicas e por estudos validados a partir de evidências científicas, sendo o foco dessas tecnologias, a padronização de condutas clínicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares a sua reprodutibilidade.

Desse modo, considera-se relevante a aplicação da 2ª Versão do guia validado, em um ambiente clínico real, a fim de confirmar a confiabilidade de seu uso por meio de sua reprodutibilidade.

O guia foi aplicado a uma amostra de 100 crianças e adolescentes pela enfermeira treinada 1 e a pesquisadora e 106 crianças e adolescentes pela enfermeira treinada 2 e a pesquisadora, de maneira independente. Como resultado dessa aplicação, obtiveram-se 206 classificações de risco de crianças/adolescentes. A distribuição dos dados pode ser observada na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas da amostra de crianças e adolescentes na etapa de confiabilidade interobservadores.

<b>Variáveis sociodemográficas e clínicas</b>	<b>Frequência (n=206)</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Idade</b>		
De 0 a 11 meses (< 7 dias, Entre 8 e 29 dias e de 1 a 11 meses)	32	15,5
De 1 a 5 anos.	103	50,0
De 6 a 10 anos	44	21,4
De 11 a 17anos	27	13,1
<b>Sexo</b>		
Masculino	118	57,3
Feminino	88	42,7

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Na tabela 1 pode-se inferir que pouco mais de dois terços (135; 65,5%) na faixa etária de 0 e 5 anos, sendo a categoria de maior prevalência (103; 50%) na faixa etária de 1 a 5 anos, caracterizando-se na faixa etária que abrange os lactentes e pré-escolares.

Magalhães (2016) desenvolveu estudo de validação clínica do protocolo de ACCR em pediatria em um hospital de Fortaleza-CE, cuja amostra de crianças tinha média de idade de 4,2 anos. Em outra pesquisa no mesmo hospital, Lima e Almeida (2013) encontraram que mais de 60% das crianças atendidas tinham até cinco anos de vida com atendimento predominantemente em urgências de clínica médica e casos mais leves de urgências traumatológicas. Com isso, pode-se observar a prevalência de lactentes e pré-escolares frequentadores dos serviços de emergência.

Na amostra estudada, mais da metade (118; 57,3%) das crianças foi do sexo masculino com pequena vantagem em relação ao sexo feminino. Corroborando com o achado Simons et al. (2010), em pesquisa realizada na unidade de emergência pediátrica de um hospital de Maceio-AL, avaliaram 2.153 registros de crianças e adolescentes e encontraram que mais de 50% eram do sexo masculino.

Em outro estudo realizado em Fortaleza-CE com dados de 627 registros de atendimento na emergência, também prevaleceram crianças do sexo masculino (56,1%), (VERAS et al., 2011). Estes achados se aproximam com os de Caldeira et al. (2006) realizado em uma unidade de urgência pediátrica em Portugal com amostra de 231 crianças em que 53,2% era predominantemente do sexo masculino.

Os dados da tabela 2 se referem à caracterização da amostra quanto à classificação de risco atribuída pela pesquisadora, considerada, nesta pesquisa, padrão de referência para a classificação de risco com uso do guia de ACCR em pediatria.

Vale ressaltar que de acordo com os critérios de inclusão, todas as crianças com quadro clínico instável ou com risco de morte, classificadas no nível de prioridade I (cor vermelha), foram excluídas da amostra. Entretanto, o hospital em estudo é classificado no nível de atenção secundária (atendimento aos casos de urgência) e durante o período de coleta de dados, nos horários em que a pesquisadora se encontrava realizando a coleta, nenhuma criança ou adolescente foi classificado na cor vermelha. Desse modo, nas etapas subsequentes do estudo, as análises relacionadas à classificação de risco, serão apresentadas nas cores laranja, amarela, verde e azul.

Ainda, conforme a rotina do hospital, e de acordo com as orientações regulamentadoras do Acolhimento com Classificação de Risco, crianças com risco de morte devem ser diretamente encaminhadas à sala de parada (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

**Tabela 2** – Classificação de risco atribuído pela pesquisadora com uso do guia de ACCR em pediatria, na fase de confiabilidade interobservadores.

<b>Nível de classificação de risco</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Laranja	6	2,9
Amarelo	44	21,4
Verde	119	57,7
Azul	37	18,0
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A maioria das crianças e adolescentes foi classificada no nível de prioridade IV (cor verde) (57,7%), seguida da prioridade III (cor amarela) (21,4%) configurando-se como demanda adequada ao nível de atenção do hospital em questão, caracterizados por casos que necessitavam de atendimento em instituições hospitalares de urgência e emergência.

De acordo com a PNH (BRASIL, 2006) e a RAUE (2013) os pacientes classificados como nível de prioridade IV (cor verde), caracterizam-se como pacientes em

condições não agudas (casos de menor urgência), devem ser encaminhados com prioridade ao atendimento médico em até uma hora, ou reavaliados pelo enfermeiro a cada hora. Já os pacientes classificados no nível de prioridade III (cor amarela), considerados como casos de urgência, porém sem risco imediato de morte, necessitam de atendimento médico em até trinta minutos e devem ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2013).

Na mesma tabela, observou-se que as prioridades II (cor laranja) e V (cor azul) (18%) representaram juntas menos de um quarto (20,9%) dos atendimentos. Estes atendimentos representam, respectivamente, casos de crianças que necessitam de atendimento médico imediato e casos de não urgência. Conforme as orientações das políticas regulamentadoras do atendimento no ACCR das emergências, os casos não urgentes são passíveis de atendimento com resolutividade, em uma Unidade de Atenção Primária, quando houver demanda elevada nas emergências (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2013). Vale ressaltar que o atendimento destes casos nos hospitais de emergência contribui para a superlotação e compromete a qualidade do atendimento.

Estes dados confirmam os achados na literatura de que hospitais de urgência e emergências atendem casos de urgências e emergências propriamente ditas, mas também de não urgências. Magalhães (2016), ao realizar a classificação de risco de 400 crianças, encontrou predominância de 50,7% crianças classificados com prioridade IV (cor verde). Em contrapartida, constatou também que as crianças classificadas no nível de prioridade V (cor azul) superaram os atendimentos de pacientes com condições urgentes classificados na cor amarela.

Em pesquisa semelhante, Silva et al. (2014) elaboraram e validaram um protocolo de avaliação e classificação de risco com quatro níveis de prioridades de atendimento (vermelho, amarelo, verde e azul) e o aplicaram a uma amostra de 40 pacientes. Como resultados obtiveram predomínio na classificação de risco de cor verde (50%) seguida de crianças classificadas na prioridade azul representaram (10%) da demanda.

Estudo analisou a existência ou não de alguns indicadores como a mortalidade no serviço de urgência, a percentagem de internamentos e as readmissões, após a implantação do sistema de Manchester em Portugal. Por meio da avaliação da triagem de 382 casos clínicos obtidos dos prontuários, encontrou que a maioria dos casos foi classificada nas cores verde (33,2%) e amarela (28,5%), seguida dos pacientes classificados na cor laranja (16,2%) e azul (11,3%). Apenas três (0,8%) dos pacientes foram classificados como vermelho I (SOUZA et al., 2011).

Souza (2009) avaliou a proporção de pacientes classificados entre os níveis de prioridade e concluiu que a demanda inapropriada interfere no processo de trabalho do enfermeiro que realiza a classificação de risco, uma vez que a correta identificação e a avaliação detalhada da queixa principal são fundamentais para a classificação de risco, independente do protocolo utilizado, pois demanda do profissional maior tempo na avaliação do paciente.

Para Olofsson, Gellerstedt, Carlström (2009) os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco, devem ter visão clínica e percepção aguçada para avaliar e identificar nos usuários, possíveis agravos ou sinais de alerta, no intuito de evitar maiores danos à saúde. Além disso, para que se possa fazer uma definição adequada da situação de emergência dentro do tempo estabelecido pela PNH, outro fator que não pode ser desconsiderado é a subjetividade do indivíduo e a objetividade da clínica (BRASIL, 2006).

Com base no exposto, em relação ao atendimento pediátrico na unidade de emergência, o enfermeiro, além de realizar a classificação de risco por meio de uma avaliação clínica rápida e de um registro completo da queixa principal, deve também, realizar uma escuta qualificada, permeada por uma boa interação com a criança ou mãe/acompanhante, ter raciocínio crítico e agilidade na tomada de decisão. Além disso, deve ter, ainda, o conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial e do sistema de referência e contrarreferência para garantir a integralidade do cuidado e assegurar o atendimento adequado às crianças (BRASIL, 2006b).

No que se refere à avaliação da concordância da classificação de risco realizada pela pesquisadora e as enfermeiras (1 ou 2) com uso da 2ª versão do guia junto à crianças/adolescentes atendidos no período de coleta de dados, analisou-se a confiabilidade interobservadores por meio da equivalência para avaliar a concordância entre a prioridade de atendimento atribuída pela pesquisadora e pelas enfermeiras em um serviço de urgência emergência pediátrica.

Os dados da tabela 3 referem-se à comparação entre as prioridades de atendimento atribuídas pelas enfermeiras 1 ou 2 e a pesquisadora na etapa de confiabilidade interobservadores.

**Tabela 3** – Concordância da classificação de risco atribuída pelas enfermeiras 1 e 2 e a pesquisadora com uso do guia de ACCR em pediatria na fase confiabilidade interobservadores

Classificação de Risco Enfermeiro 1 e 2	Classificação de Risco Pesquisadora								Total		Kappa (IC <sub>95%</sub> )	p	
	Laranja		Amarelo		Verde		Azul						
	E1	E2	E1	E2	E1	E2	E1	E2	E1	E2			
Laranja	E1	2	-	0	-	0	-	0	-	2	-	E1	E2
	E2	-	4	-	0	-	0	-	0	-	4		
Amarelo	E1	0	-	22	-	7	-	0	-	29	-	0,701	<0,001
	E2	-	0	-	18	-	2	-	0	-	20		
Verde	E1	-	-	3	-	50	-	5	-	58	-	E2	E2
	E2	-	0	-	0	-	53	-	2	-	55		
Azul	E1	0	-	0	-	2	-	9	-	11	-	0,847	<0,001
	E2	-	0	-	1	-	5	-	21	-	27		
Total	E1	2	-	25	-	59	-	14	-	100	-		
	E2	-	4	-	19	-	60	-	23	-	106		

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Os resultados evidenciados na tabela 3 mostram um nível de concordância alta ( $Kappa = 0,701$ ), entre a pesquisadora e a enfermeira 1, sendo constatado, nessa relação, uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Do total de uma amostra de 100 crianças e adolescentes avaliadas, obteve-se concordância perfeita entre as avaliações de 83 (83%) atendimentos, em 12 (12%) atendimentos as crianças foram classificadas acima do nível de prioridade e em 5 (5%) abaixo. A partir da concordância entre a pesquisadora e a enfermeira 1 constatou-se, que o guia de ACCR é mais inclusivo, uma vez que os erros de classificação de risco elevaram o nível de prioridade do atendimento.

Ainda na tabela 3, têm-se uma proporção de concordância quase perfeita ( $Kappa = 0,847$ ) entre a pesquisadora e a enfermeira 2, sendo considerada uma associação estatisticamente significativa, com valores de  $p < 0,001$ . Com base na amostra de 106 crianças e adolescentes obteve-se concordância entre as avaliações de 96 (90,57%) atendimentos. Destes, 4 (3,8%) crianças foram classificadas acima do nível de prioridade e 6 (5,7%) abaixo. A partir da concordância entre a pesquisadora e a enfermeira 2 constatou-se que apesar da pequena percentagem de erros de classificação de risco, estes reduziram o nível de prioridade do atendimento, demonstrando que o guia de ACCR foi menos seguro em classificar as crianças e adolescentes nessa relação.

Foi possível constatar maiores percentuais nas diagonais da tabela 3, devido a proporção de concordância entre as classificações de risco realizadas pela pesquisadora e as enfermeiras 1 e 2 (179; 86,9%). Houve concordância total no nível de prioridade II (cor laranja) e poucas diferenças de concordância nos níveis de prioridade III, IV e V (cores amarela, verde azul). Houve pequena diferença entre as avaliações da pesquisadora com a enfermeira 1 e da pesquisadora com a enfermeira 2, caracterizando uma alta concordância comprovada por uma associação estatisticamente significativa ( $Kappa = 0,774$ ;  $p < 0,001$ ). As análises demonstram que o guia é um instrumento de classificação de risco de crianças válido e confiável porque foi capaz de medir de forma correta o que se pretende medir e reproduzível, pois foi capaz de obter os mesmos resultados em medidas repetidas.

Os resultados obtidos nesta etapa corroboram com estudos internacionais que discorrem sobre a avaliação do grau de concordância entre enfermeiros utilizadores de instrumentos de triagem. Estes avaliadores buscaram identificar instrumentos que assegurassem a prioridade de atendimento em situações de urgência e emergência e que contivessem informações fidedignas para definir a prioridade, melhorar e ampliar a prática do enfermeiro (IERLAND; SEIGER; VAN VEEN, 2013; SCOBLE, 2004; ROUKEMA et al., 2006; VAN VEEN et al., 2008; VAN VEEN; STEYERBERG; LETTINGA, 2011).

Em pesquisa realizada em Belo Horizonte-MG, Souza et al. (2011) obteve concordância média entre um protocolo institucional e o de Manchester. Verificou também concordância boa ( $Kappa=0,48$ ) nos erros de classificação ocorridos entre níveis de prioridades subsequentes e, concordância média ( $Kappa = 0,61$ ) nos erros de classificação ocorridos entre níveis de prioridades extremos, constatando que o protocolo de Manchester foi mais inclusivo do que o institucional, ou seja, o protocolo de Manchester aumentou o nível de prioridade dos pacientes.

Estudo realizado na Inglaterra, por Cheung et al. (2013), ao comparar oito instrumentos pré-hospitalares de triagem pediátrica em relação as características de inclusão e exclusão, encontrou que quatro (50%) instrumentos foram mais inclusivos. No entanto, instrumentos inclusivos, embora possam diminuir a probabilidade de erros de tomada de decisão, favorecem o aumento da demanda e conseqüentemente, dos custos em saúde. Desse modo, ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que elaborem ferramentas de triagem válidas e confiáveis para estratificar corretamente as crianças no ambiente hospitalar ou pré-hospitalar.

Pires (2003) obteve resultados semelhantes na concordância entre a enfermeira do serviço e a pesquisadora quando encontrou excelente concordância ( $Kappa = 0,884$ ) entre a

queixa de entrada e o diagnóstico médico, demonstrando que a escala de triagem canadense traduzida e validada para uso no Brasil, representava um tipo de instrumento válido, confiável, preciso e apto a ser utilizado nos serviços de emergência.

Resultados semelhantes também foram obtidos por Perroca e Gaidzinski (2002), visto que o grau de concordância entre quatro enfermeiras observadoras foi de substancial a excelente, em que a análise do *Kappa* variou entre 0,68 a 0,90, demonstrando que o instrumento de classificação dos pacientes era confiável para ser utilizado na prática assistencial do enfermeiro.

Em contrapartida, Mello, Zimermann e Gonçalves (2012) analisaram a confiabilidade do instrumento “Avaliação da Saúde Bucal para Triagem Odontológica” e alcançaram apenas uma concordância moderada (*Kappa* = 0,46). Diante do achado, os autores deduziram que, às vezes, é preciso repetir a apreciação do instrumento, com necessidade não só de um novo treinamento dos observadores, mas também de adequar o instrumento ou mesmo o tamanho da amostra, antes de aplicá-lo na prática clínica.

Diante dos resultados da análise da confiabilidade do guia de ACCR em pediatria, pode-se considerar que o guia é um instrumento de fácil manuseio, válido, confiável e reproduzível para ser utilizado na determinação da prioridade do atendimento de crianças e/ou adolescentes nos serviços de urgência/emergência. Ou seja, apesar da submissão do guia às condições de máxima variabilidade (observadores diferentes em ambiente clínico real, utilizando o mesmo instrumento), alcançou-se uma concordância quase perfeita entre a pesquisadora e as enfermeiras 1 e 2 indicada por uma baixa variabilidade de erro, podendo-se inferir que a 2ª versão do guia está apta para ser utilizada na prática clínica por enfermeiros que atuam no ACCR, uma vez que sua confiabilidade foi confirmada com índice de concordância quase perfeita (*Kappa* = 0,774).

Os resultados mostraram ainda que das 206 crianças e adolescentes avaliadas pela pesquisadora e as enfermeiras 1 ou 2 com o uso do guia de ACCR em pediatria, 176 (85,4%) foram classificadas corretamente, 16 (7,7%) acima da classificação de risco padrão e 11 (5,3%) abaixo. Esses resultados mostram que a sensibilidade do uso do guia em crianças classificadas nas cores laranja, amarela e verde (categorizados como emergência, urgência e baixa urgência) foi de 88,2%. Já sua especificidade em classificar crianças na cor azul (categorizadas como não urgente), foi de 81,1%, ou seja, o guia de ACCR em pediatria é sensível e específico para identificar corretamente os pacientes em todos os níveis de gravidade.

Os resultados sugerem que o guia é apropriado para avaliar crianças nos serviços de emergência, dada a baixa divergência na classificação de risco entre as avaliadoras, o que demonstra a importância da utilização do mesmo como tecnologia em saúde favorável a determinação de uma prioridade fidedigna e mais segura às crianças e/ou adolescentes nos serviços de urgência/emergência.

Estudo realizado em um hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, com o objetivo de investigar a acurácia dos enfermeiros na avaliação e classificação de risco, estabelecida por um protocolo institucional, encontrou concordância sofrível a razoável entre os níveis de prioridade ( $Kappa=0,36$ ). Os resultados apontaram a tendência dos enfermeiros em classificar os usuários com graus de risco menos graves do que o estabelecido no protocolo institucional, sendo também observada, em alguns casos, tendência de superestimação do risco, demonstrando a fragilidade do instrumento em classificar corretamente o paciente, evidenciando a necessidade de ajustes, bem como a realização de novos processos de validação (TOLEDO, 2009).

A utilização de instrumentos válidos e confiáveis na prática de enfermagem objetiva a redução de erros de tomada de decisão. Entretanto, mesmo com a utilização desses instrumentos, ainda persistem fatores que influenciam a conduta do profissional na prática, como por exemplo, superlotação, ambiente conflitante, tempo de resposta insinuada, que exigem dos profissionais que atuam nas emergências, decisões rápidas e isentas de erros, sendo o uso de instrumentos validados fundamental na redução da ansiedade gerada nesses profissionais durante o processo de trabalho (CULLUM, 2010, THOMPSON, 2010).

Corroborando com os pressupostos metodológicos que fundamentam o processo de validação de instrumentos nas pesquisas metodológicas, Polit, Beck e Hungler (2011) concordam em considerar esse tipo de pesquisa ideal para verificar a avaliação de instrumentos e técnicas para serem aplicados na pesquisa ou na prática. Além disso, complementam que há uma carência de procedimentos para coleta de dados referente à enfermagem.

Destarte, a confiabilidade do Guia de ACCR em pediatria confere que o mesmo possa ser aplicado na prática clínica, como constatado em pesquisas nacionais e internacionais que se propuseram a desenvolver estudos metodológicos, aplicando testes de concordância, para posteriormente sendo utilizados no cuidado à criança em situação de emergência (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012; GILBOY, 2005; JIMENEZ, 2003; PIRES, 2003; SIEGER et al., 2012; WARREN et al., 2008).

### **4.3 Terceira etapa – Validação da 2ª versão do guia de acolhimento com classificação em pediatria na prática clínica**

A realização desta etapa consistiu-se em uma segunda aplicação da 2ª versão do Guia de ACCR em Pediatria, com 400 crianças/adolescentes, na prática clínica de um serviço de emergência pediátrico, exclusivamente pela pesquisadora.

Esse procedimento objetivou avaliar se o guia mede, de fato, o grau de risco de crianças e adolescentes adequadamente, quando aplicado repetidas vezes, em uma população clínica real, a fim de confirmar sua validade clínica por meio de sua repetibilidade.

Corroborando com a presente pesquisa, Avelar-Silva (2012), Dini (2013) Magalhães (2016) e Pascoal (2015) também realizaram a validação de suas tecnologias em saúde em ambientes clínicos reais. Isso demonstra a confiança dos pesquisadores nesse método de validação por proporcionar fortes evidências a partir de achados clínicos reais.

Pesquisa realizada na Holanda para validar o sistema de triagem de Manchester no atendimento de emergência pediátrico, a uma amostra de 13.554 pacientes, utilizou um padrão de referência pré-definido, baseado numa combinação de parâmetros (SSVV, recursos diagnósticos, intervenções terapêuticas e outros), baseado na idade, no uso de fluxogramas e em discriminadores. Como resultado encontrou validade moderada no atendimento, evidenciando que o sistema de Manchester errava mais em sobretriagem do que em subtriagem, concluindo que sua validade era moderada e que a triagem de paciente muito jovem ou com problema leve era mais difícil de ser realizada (VAN VEEN, 2008).

As 400 crianças e adolescentes participantes desta etapa foram caracterizadas quanto ao perfil sociodemográfico mediante análise de frequência absoluta, relativa e teste de significância em relação à classificação de risco. Também se realizou a associação entre os níveis de classificação de risco atribuídos pela pesquisadora com uso do guia de ACCR em pediatria e a proporção de crianças para cada indicador geral de urgência (discriminador de risco, procedimentos realizados na emergência e o destino da criança após o atendimento médico), sendo necessária a associação entre os níveis de classificação de risco e os indicadores gerais de urgência, para que o guia de ACCR em pediatria fosse considerado válido.

Também foram realizadas análises da razão de chances entre os níveis de prioridade II (laranja), III (amarela) e IV (verde) em relação ao nível de prioridade V (azul) no intuito identificar a proporcionalidade entre as chances da ocorrência de um determinado indicador

clínico em ser mais urgente, quando comparado a um menos urgente, a fim de confirmar a validação clínica do guia de ACCR em pediatria com dados clínicos reais.

A tabela 4 analisa a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas (sexo, idade, peso, discriminadores de risco, procedimentos realizados na emergência, destino do paciente após diagnóstico médico) em relação à classificação de risco realizada pela pesquisadora com uso do guia de ACCR em pediatria.

**Tabela 4** – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=400) segundo a classificação de risco, utilizando o guia de ACCR em pediatria.

Dados sociodemográficos	Classificação de Risco								p*
	Prioridade II Laranja		Prioridade III Amarelo		Prioridade IV Verde		Prioridade V Azul		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>Sexo<sup>1</sup></b>									<b>0,295</b>
Masculino	-	-	39	21,67	101	56,11	40	22,22	
Feminino	3	1,36	59	26,82	<b>113</b>	51,36	45	20,45	
<b>Idade<sup>2</sup></b>									<b>0,119</b>
1 a 11 meses	-	-	24	28,57	48	57,14	12	14,29	
1 a 5 anos	2	1	53	27,6	<b>98</b>	51	39	20,3	
6 a 10 anos	1	1,52	11	16,7	32	8,5	22	33,3	
11 a 17 anos	-	-	10	17,2	36	62,07	12	20,7	
<b>Peso<sup>3</sup> (n=397)</b>									<b>0,972</b>
Peso adequado para a idade	2	0,64	75	24,04	<b>171</b>	54,81	64	20,51	
Peso elevado para a idade	1	1,4	19	26,4	35	48,61	17	23,61	
Baixo peso para a idade	-	-	4	30,8	6	46,15	3	23,08	
<b>Discriminador de risco<sup>4</sup></b>									<b>0,0001</b>
Alteração respiratória	3	1,5	<b>55</b>	26,6	<b>117</b>	56,5	<b>32</b>	15,5	
Comprometimento hemodinâmico	6	4,3	29	20,7	74	52,9	<b>31</b>	22,1	
Alteração no nível de consciência	3	60	1	20	1	20	-	-	
Dor	4	5,3	20	26,3	31	40,8	<b>21</b>	27,6	
Alteração hidroeletrólítica	3	3,2	9	9,8	33	35,8	<b>47</b>	50,1	
<b>Procedimentos realizados<sup>5</sup> (n=290)</b>									<b>p&lt;0,0001</b>
Consulta <sup>5</sup>	-	-	11	8,1	<b>79</b>	<b>58,1</b>	<b>46</b>	33,8	
Consulta + medicação	1	1,8	<b>20</b>	37	<b>24</b>	<b>44,4</b>	<b>9</b>	16,7	
Consulta + exames	2	2,3	15	17	<b>55</b>	<b>62,5</b>	<b>16</b>	18,2	
Consulta + medicação + exames	-	-	<b>52</b>	46,4	<b>51</b>	<b>45,5</b>	<b>9</b>	8	
<b>Destino do paciente<sup>6</sup></b>									<b>0,013</b>

Alta para domicílio	2	0,6%	<b>76</b>	24,9	<b>162</b>	<b>51,8</b>	<b>73</b>	23,3
Alta com encaminhamento	-	-	5	15,6	24	75	3	9,3
Transferência para outro serviço	-	-	5	45,45	5	45,45	1	9,1
Internação na unidade	-	-	4	100%	-	-	-	-

<sup>1,2,3,4,5,6</sup> Fisher-Freeman-Halton exact

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Das 400 crianças e adolescentes participantes do estudo, prevaleceram às do sexo feminino (215; 53,7%), das quais um pouco mais da metade foi classificada no nível de prioridade IV (cor verde) (113; 51,4%), conforme consta na tabela 4. Não houve associação estatisticamente significativa entre a classificação de risco e o sexo.

Corroborando com o estudo, Veras et al. (2011) e Pires et al. (2003) também não encontraram associação estatisticamente significativa entre o sexo e a classificação de risco. Entretanto na maioria dos estudos acerca da classificação de risco em pediatria, disponíveis na literatura, há predominância de crianças do sexo masculino (BALOSSINI, 2013; GRAVEL et al., 2013; IERLAND; SEIGER; VAN VEEN, 2013; VAN VEEN; STEYERBERG; LETTINGA, 2011; VEEN et al., 2008).

Os estudos de Lima et al. (2013) e Magalhães (2016) analisaram o perfil das crianças e adolescentes em relação à classificação de risco, na mesma instituição em que foi realizada a presente pesquisa, em Fortaleza-Ceará, e encontraram que a maioria era do sexo masculino (53,1%). Já o estudo de Martins (2008) e Sena (2006) relacionaram o predomínio de atendimento, de crianças do sexo masculino ao acidente ou trauma e o justificaram pela diferença de comportamentos e atividades desenvolvidas por cada sexo, enfatizando que o menino tende a desenvolver atividades dinâmicas com brincadeiras e atitudes que envolvem maior risco, enquanto as meninas desenvolvem atividades mais brandas.

Entretanto, vale destacar que no presente estudo, o grau de complexidade e comprometimento de saúde das crianças do sexo feminino foi maior em três (3; 75%) dos quatro níveis de classificação de risco, com destaque para o nível de prioridade II (cor laranja). Tal fato mostra que as crianças do sexo feminino apresentaram condições clínicas de maior gravidade (laranja, amarela e verde) quando comparadas às do sexo masculino, que foram prevalentes apenas na classificação de risco de cor azul (casos não urgentes).

Constatou-se, ainda, que quase metade dos atendimentos (192; 48%) ocorreram com crianças entre 1 e 5 anos, sendo a maioria classificada no nível de prioridade IV (cor verde). Nessa relação, também não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a classificação de risco realizada pela pesquisadora com uso do guia e a idade.

Para identificar o desempenho da escala de triagem canadense, Gravel et al. (2013) avaliaram um total de 550.940 crianças atendidas, durante um ano, em 12 hospitais de emergência pediátrica, cuja mediana de idade das crianças foi de 47 meses (3,91 anos), triadas no nível de prioridade 4, constatando o achado semelhante à presente pesquisa.

A maioria das crianças apresentou peso adequado para a idade. Ressalta-se que a avaliação do peso por idade é um índice indicado pelo MS para avaliar o estado nutricional da criança pela relação entre a massa corporal e a idade cronológica, sendo um bom preditor para avaliação do baixo peso (BRASIL, 2013).

Entretanto, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a classificação de risco e o peso ( $p=0,972$ ), predominando as crianças com peso ideal para a idade (321;78%), classificadas no nível de prioridade IV (cor de verde) (214;53%) seguido da prioridade III (cor amarela) (75;19%), evidenciando demanda adequada ao nível de atendimento do hospital, uma vez que tais crianças apresentavam situações clínicas de menor urgência e urgência, respectivamente. Ressalta-se que por meio da classificação de risco, pode-se identificar que as crianças com peso elevado para a idade apresentaram perfil clínico de maior severidade em relação às crianças com baixo peso para a idade.

No estudo de Veras et al. (2011), o peso apresentou forte tendência de associação com classificação de risco ( $p = 0,06$ ) ao ser avaliado em 627 fichas de atendimento em um hospital de emergência, quando encontraram em seus resultados que 52,9% das crianças com peso adequado para a idade, ao contrário da presente pesquisa, era classificada nas cores amarela e verde (72,6%). Além disso, encontrou que as crianças com peso adequado, tinham um maior percentual de classificação de risco modificar de amarelo para azul, enquanto que com peso inadequado, o risco de evolução de amarelo para laranja era maior.

O peso pediátrico é uma medida usada para prevenir erros de medicação. Por isso, recomenda-se a utilização de balanças para obter pesos mais precisos, com vistas a assegurar a dosagem dos medicamentos e garantir a segurança de pacientes pediátricos nos serviços de emergência (BERG et al., 2013).

Inicialmente foi avaliada a associação entre a classificação de risco e os discriminadores de risco, sendo encontrada associação estatisticamente significativa com valores de  $p=0,0001$ . Encontrou-se que a proporção de crianças classificadas para cada discriminador de risco foi de 207 (51,7%) para alteração respiratória, 140 (35%) para alteração hemodinâmica, 5 (1,2) para alteração no nível de consciência, 76 (19%) para dor e 92 (23%) para alteração hidroeletrolítica. Isso representa uma probabilidade da ocorrência do discriminador de risco alteração respiratória (mais prevalente) na amostra ser

aproximadamente de 1 criança para cada 2 atendimentos. Os achados sugerem que os discriminadores de risco são excelentes preditores da classificação de risco e, conseqüentemente, corroborando com a validação do guia de ACCR em pediatria.

Em seguida à associação entre a classificação de risco realizada com as 400 crianças avaliadas pela pesquisadora com uso do guia e os discriminadores de risco (queixa principal e indicador clínico) e os resultados, mostrou que houve grande variedade de queixas referidas pelas crianças ou mães/acompanhantes, sendo estas, distribuídas entre os cinco discriminadores de risco propostos no Guia de ACCR em Pediatria.

A 2ª versão do guia de ACCR em pediatria possui cinco discriminadores de risco representativos das funções fisiológicas de saúde (alteração respiratória, alteração hemodinâmica, alteração no nível de consciência, dor e alteração hidroeletrolítica). Cada discriminador representa um fluxograma estratificado na ordem decrescente de complexidade em cinco níveis de prioridade nas cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Esses fluxogramas facilitam a identificação da queixa principal e dos indicadores clínicos (sinais e sintomas) apresentados pela criança, a partir do grau de comprometimento clínico para determinar a prioridade do atendimento.

No presente estudo, o discriminador de risco mais prevalente foi o de alteração respiratória (207; 51,8%) associada à classificação de risco no nível de prioridade IV (cor verde) (117; 56,5%), seguida do nível de prioridade III (cor amarela) (55; 26,6%).

As infecções respiratórias representam de 10 a 20% dos casos de doenças das vias aéreas superiores na infância. O Brasil está entre os 15 países com mais alta incidência de pneumonia, com 0,11 episódio/criança/ano em menores de cinco anos, o que equivale a 1,8 milhões de casos por ano (SILVA et al., 2012).

A idade evidenciada no estudo de Firdaus e Ahmad (2013) mostrou uma particularidade capaz de favorecer o predomínio de doenças respiratórias. Já que o contato de crianças menores de cinco anos são 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.

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. Tais alterações apresentam comprovação em relação às condições ambientais, por isso são avaliadas como um dos grandes problemas de saúde pública encontrados em escala global (FIRDAUS; AHMAD, 2013).

De acordo com resultados do boletim epidemiológico das morbimortalidade por doenças respiratórias crônicas no Brasil, de 2003 a 2013, houve redução da taxa de internação hospitalar e de mortalidade decorrente de doenças respiratórias, bem com elevação da taxa de internação hospitalar em crianças. A exposição ao tabagismo passivo contribuiu para aumentar o risco para o desenvolvimento de doenças respiratórias crônicas. As ações e políticas de promoção da saúde, prevenção e vigilância das doenças respiratórias crônicas têm contribuído para a redução da morbimortalidade por essas doenças no Brasil (BRASIL, 2016).

As doenças respiratórias mais prevalentes na infância são a asma e a pneumonia. A asma atinge cerca de 300 milhões de pessoas no mundo. Destes, cerca de 6 milhões são brasileiros, sendo a maioria crianças. Em 2011, a asma foi à quarta causa de internação, com cerca de 160 mil hospitalizações em todas as idades e pode se tratada de uma doença crônica (FROTA et al., 2014).

No período de junho de 2014 a junho de 2015 foram registrados no Brasil 129.626 hospitalizações por asma, sendo que 63% correspondem à faixa etária de menores de 14 anos. A região Nordeste foi a que mais registrou hospitalizações nesse período (55.876 casos) com maior incidência entre as crianças de 1 a 4 anos de idade (16.181 casos). No Ceará, ocorreram 6.432 hospitalizações sendo Fortaleza a cidade responsável por 41% (2.675 casos) do total de registros (BRASIL, 2015a).

A pneumonia é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pré-escolares. Diferentemente das infecções respiratórias agudas, mais frequentes no nosso meio (resfriados comuns, faringoamigdalites, otites e sinusites), a pneumonia pode ter etiologia bacteriana, constituindo-se uma das principais causas de demanda por consultas ambulatoriais ou hospitalares e de internações na faixa etária pediátrica (ALVIM, 2009).

As queixas respiratórias em crianças são bastante frequentes nas emergências, nas consultas com especialistas, bem como nas Unidades Básicas Saúde. Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar capacitados para avaliar de forma correta os sintomas apresentados, a fim de prestar uma atenção qualificada e evitar possíveis complicações.

Vale destacar que de acordo com o guia de ACCR em pediatria as queixas principais relatadas com maior frequência foram “Sintomas gripais com dispneia leve” (146; 36,5%) com classificação de risco cor verde, seguida pela queixa “Dispneia moderada a Leve” (47; 11,8%) com cor amarela. Consequentemente, os indicadores clínicos mais prevalentes foram a “Tosse produtiva com rinorreia purulenta” (116; 29%), seguida da febre denominada no guia de “Afebril ou história de febre” (69; 17,3%), sendo ambas com classificação de risco na cor verde.

Destaca-se, ainda, o alto índice de ocorrência dos indicadores clínicos “Tosse seca” (23; 5%) com classificação de risco no nível de prioridade V (cor azul) e “Vias aéreas parcialmente obstruídas” (19; 4,8%) com classificação de risco no nível de prioridade III (cor amarela).

A incidência de infecção respiratória aguda em crianças tem prevalência semelhante em países ricos e pobres, com média de quatro a seis episódios por ano por criança. Destes, apenas de 2 a 3% evoluem para pneumonia (FONSECA, 2012).

Analisou-se também a proporção de crianças que realizaram procedimentos médicos durante a permanência na emergência para cada nível de classificação de risco. Tais procedimentos referiram-se a: 1) consulta médica caracterizada pela situação em que as crianças apenas submeteram-se à consulta com o médico para resolver o problema de saúde, 2) administração de medicamentos por qualquer via (oral, intramuscular, endovenosa, tópica ou inalação), e 3) realização de exames laboratoriais ou imagens necessárias para auxiliar na confirmação do diagnóstico médico.

Observou-se que houve associação estatisticamente significativa entre a classificação de risco e a proporção de crianças que realizaram procedimentos na emergência ( $p < 0,0001$ ), em todos os níveis de prioridade das crianças avaliadas.

Das 400 crianças e adolescentes avaliadas pela pesquisadora com uso da 2ª versão do guia do ACCR, um terço (136; 34%) realizou apenas consulta com o pediatra, das quais, prevaleceram as classificadas nos níveis de prioridade IV (verde) (79; 24%) e V (azul) (46; 33,8%). Os dados também mostram que a maioria das crianças classificadas na cor amarela (46,4%) necessitam ser medicadas na emergência e realizaram exames diagnósticos durante atendimento. Observou-se, ainda, que as três (100%) crianças e adolescentes classificadas no nível de prioridade II (cor laranja) realizaram três procedimentos (exames + administração de medicamentos + consulta médica) para confirmação do diagnóstico. Isso representa que há mais probabilidade de crianças classificadas nas cores laranja, amarela e verde realizarem mais procedimentos (consulta, exames e administração de medicamentos), do que as classificadas na cor azul. Essa análise demonstra que a 2ª versão do guia de ACCR em pediatria é bom preditor do uso de recursos na emergência. O nível de significância conferida a essa relação foi de  $p > 0,0001$  e mostra a evidência de que a variável é excelente preditora da classificação de risco de crianças quando avaliada com uso do guia de ACCR em pediatria.

Estudo prospectivo realizado em nove hospitais de emergência pediátrica avaliou a validade da escala pediátrica de triagem canadense em uma amostra de 1464 crianças atendidas, obteve resultados semelhantes aos da presente pesquisa, ao encontrar uma boa

correlação entre o nível de triagem e os diferentes indicadores de gravidade selecionados para o estudo (GOUIN et al., 2005).

Pires (2003) ao relacionar procedimentos, consultas e exames em pacientes adultos classificados pela versão brasileira da escala de triagem canadense também encontrou maior frequência de pacientes classificados no nível de prioridade IV (cor verde) ocorrendo também associação estatisticamente significativa entre as variáveis relacionadas, constatando que as variáveis eram eficazes em prever a classificação de risco, confirmando sua validade clínica.

Ressalta-se que apesar da predominância de crianças no nível de prioridade IV (verde), 136 (54,4%) criança com a realização de apenas consulta médica, alguns pacientes, não urgentes, classificados no nível de prioridade V (cor azul) (116; 33,8%), também necessitaram realizar outros procedimentos ou recursos diagnósticos antes de serem liberados mediante alta médica. O achado demonstra também a possibilidade da variável em prever custos adicionais no serviço, devido à necessidade do uso de recursos financeiros para confirmação diagnóstica. Desse modo, a 2ª versão do guia, indiretamente, pode proporcionar ações de redução de custos em saúde.

Jimenez et al. (2003) realizaram pesquisa para identificar as causas da grande utilização de recursos diagnósticos em pacientes classificados com menor nível de prioridade, apontando como principal causa o comportamento defensivo pelos médicos. Os achados sugeriram necessidade de maiores investigações para estabelecer uma relação entre a gravidade dos casos e a utilização de recursos (procedimentos ou diagnósticos).

Em relação ao destino do paciente após o atendimento no serviço, 313 (78,2%) crianças receberam alta para o domicílio e 32 (8%) alta com encaminhamento para outro serviço ou para um especialista. Houve predomínio das classificações de risco no nível de prioridade IV (cor verde) (79; 58,1%) e prioridade V (cor azul) (73; 23,3%) categorizadas como condições clínicas de menor urgência e não urgência, respectivamente, que poderiam ser encaminhadas para o domicílio ou para acompanhamento ambulatorial com especialista em outra instituição.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre o destino do paciente e a classificação de risco ( $p=0,0132$ ), sendo esta variável de desfecho, boa preditora do desfecho do atendimento, principalmente nos níveis de classificação de menor gravidade (verde e azul) nos serviços de emergência, confirmando a validade do guia de ACCR em pediatria na prática clínica.

Corroborando com a presente pesquisa, Silva (2010) encontrou que a maioria dos pacientes (75,4%) recebeu alta após serem atendidos no serviço de emergência, sendo que

24,2% destes foram encaminhados para serviços externos à instituição e 0,3% encaminhados para internação no próprio hospital.

Achado semelhante foi encontrado por Gravel et al. (2013) ao avaliarem o desempenho da escala de triagem canadense em uma população pediátrica de 550.940 crianças, distribuídas em 12 hospitais de emergência, onde encontraram que aproximadamente 85% das crianças atendidas foram liberadas após atendimento médico.

Já o estudo de Beveridge et al. (1999) considerou importante o processo de validação como um todo e sugeriu a necessidade de mais pesquisas que envolvam dados subjetivos e objetivos na avaliação, uso de instrumentos validados, acompanhamento prospectivo longitudinal e pesquisadores treinados para aplicação de instrumentos de forma segura que ressaltem a relevância da avaliação da primeira abordagem (queixa principal) com relação ao desfecho do atendimento.

As análises, desse estudo, demonstram uma excelente associação entre os níveis de classificação de risco propostos na 2ª versão do guia de ACCR em pediatria e os critérios de gravidade complementar. Os níveis de classificação de risco foram fortemente preditivos dos discriminadores de risco que orientam a escolha do fluxograma a ser seguido na avaliação da criança, da proporção de pacientes que realizavam procedimentos ou exames diagnósticos para a solução do agravo ou doença e do destino do paciente após atendimento médico na emergência. Esses achados sugerem a validade do guia de ACCR em pediatria e suportam sua implantação nos serviços de emergências pediátricas.

Na tabela 5 é demonstrada a razão de chance (RC) de um grupo de 400 crianças avaliadas pela pesquisadora com uso da 2ª versão do guia de ACCR em pediatria ser classificado como mais urgente (laranja, amarelo ou verde) quando comparado ao não urgente (azul), em cada discriminador de risco (alteração respiratória, comprometimento hemodinâmico, alteração no nível de consciência, dor e alteração hidroeletrólítica).

**Tabela 5** – Razão de chance de ocorrência do discriminador de risco em ser mais urgentes (laranja, amarelo, verde) em proporção ao não urgente (azul).

Discriminador de risco	Laranja	x Azul	Amarelo	x Azul	Verde	x Azul
	RC; IC(95%) p*		RC; IC(95%) p*		RC; IC(95%) p*	
<b>Alteração respiratória</b>	0,5	1	2,5	1	2	1
	0,1-1,9		1,3-4,7		1,2-3,4	
	0,28		0,03		0,06	
<b>Comprometimento hemodinâmico</b>	1,5	1	0,8	1	0,9	1
	0,4-4,7		0,4-1,5		0,6-1,6	

	0,53		0,48		0,84	
<b>Alteração no nível de consciência</b>	9,4 5,2-16,8 <0,001	1	1,9 1,6-2,2 0,25	1	1,4 1,3-1,5 0,41	1
<b>Dor</b>	1,4 0,4-5 0,61	1	0,9 0,44-1,8 0,74	1	0,5 0,3-1 0,05	1
<b>Alteração hidroeletrolítica</b>	12,3 1,8-82,7 0,01	1	4,5 1-21,4 0,03	1	7,6 1,8-32,6 <0,001	1

\*Razão de Verossimilhança

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Os resultados mostram que a classificação de risco no nível de prioridade V (cor azul) apresentou RC=1 quando comparada com os níveis de classificação de risco nas prioridades II (cor laranja), III (cor amarela) e IV (cor verde), demonstrando homogeneidade entre os quatro níveis de classificação de risco, indicando que a condição clínica é igualmente provável de ocorrer nos dois grupos (mais urgente e menos urgente).

Para a razão de chance diferente de um, tem-se que uma razão de chance >1, indica que a condição clínica da criança tem maior probabilidade de ocorrer no grupo mais urgente (laranja, amarelo e verde) e uma razão de chance < 1, a probabilidade da condição clínica de ocorrer no grupo menos urgente (azul) é maior.

Os dados da tabela 5 mostram a relação entre os discriminadores de risco (queixa principal e indicador clínico) e a razão de chance da ocorrência de uma determinada condição clínica (sinais e sintomas) de ser classificada como mais urgente (laranja, amarelo ou verde) quando comparada a não urgente (azul) nas 400 crianças e adolescentes atendidas na emergência.

No discriminador de risco “alteração respiratória”, a razão de chance de uma criança ser classificada no grupo mais urgente (laranja, amarelo e verde) quando comparado ao não urgente (azul) observou-se que, o nível de prioridade III (cor amarelo) teve 2,5 vezes mais chances de ser classificado como amarelo e o nível de prioridade IV (cor verde) teve 2 vezes mais chances de ser classificado na cor verde, dada a RC >1. Encontrou-se em ambas, associações estatisticamente significantes (limite inferior do IC<sub>95%</sub> > 1, p = 0,03 e 0,06). Os resultados mostraram que houve uma boa associação entre o nível de classificação de risco e a probabilidade de classificação no nível de comprometimento adequado.

Por exemplo, na associação entre as classificações de risco amarela e azul, de acordo com o guia, as chances de uma criança com queixa de dispnéia moderada a leve com sinais e sintomas de vias aéreas parcialmente obstruídas, classificada no nível de prioridade III (cor amarela) não ser classificada no nível de prioridade V (cor azul), cujas crianças referem queixa de sintomas gripais com sinais vitais normais e com sintomas de dor de garganta leve, foi de 2,5 vezes.

Já na associação entre as classificações verde e azul, as crianças classificadas no nível de prioridade IV (cor verde) com queixa principal de sintomas gripais com dispnéia leve, e indicador clínico de tosse produtiva com rinorréia purulenta não serem classificadas no nível de prioridade V (cor azul), foi de 2 vezes.

Observou-se, entretanto, que não houve associação estatisticamente significativa entre as cores laranja e azul ( $RC = 0,5 (<1)$ ;  $IC_{95\%} 0,1-1,9$ ;  $p = 0,28$ ) do discriminador de risco alteração respiratória. Esse dado demonstra que as evidências contra a hipótese nula foram fracas. Uma razão de chance  $< 1$  indicou que há maior probabilidade da criança ser classificada no nível de prioridade V (cor azul) do que na prioridade II (cor laranja), ou seja houve mais chances de erro de classificação de risco entre cores extremas (laranja e azul) do que entre cores mais próximas (amarelo e azul e, verde e azul). Neste caso, o guia classificou para menos, o nível de prioridade da criança, sendo mais favorável à ocorrência de dano à saúde da criança.

Em relação às crianças classificadas no nível de prioridade II (cor laranja) que apresentavam queixas de asma grave com dispnéia intensa a moderada, com sinais e sintomas graves de sibilância, estridor ou sialorreia e saturando entre 90 a 92%, aumentaram as chances para 0,5 vezes de serem classificadas na cor azul, caracterizada por crianças que se apresentaram eufênicos com sintomas gripais, coriza e sinais vitais normais. Entretanto, a não significância da associação entre os níveis de prioridade extremos (laranja e azul), presentes neste discriminador foi possivelmente dada, pelo pequeno número de crianças classificadas no nível de prioridade laranja (3; 1,7%), para o que se sugere a aplicação do guia em amostras maiores e/ou em hospitais terciários no intuito de validar essa relação.

Desse modo, pode-se dizer que, na presente amostra, o guia de ACCR em pediatria foi melhor em predizer a classificação de risco em casos de urgência e menor urgência, do que em casos de emergências verdadeiras, quando avaliada a alteração clínica relacionada à afecções respiratórias em crianças ou adolescentes.

Resultado semelhante foi encontrado por Blacklock et al., (2011) ao avaliarem os principais sintomas e características clínicas de crianças atendidas em unidades de

emergências e consideraram a avaliação clínica da angústia respiratória (IC<sub>95%</sub> 0,56 - 1,93) como o melhor preditor de infecção respiratória grave.

No discriminador de risco “comprometimento hemodinâmico” não houve associação estatisticamente significativa entre os níveis de prioridade laranja e azul (limite inferior do IC<sub>95%</sub> = 0,4 e  $p = 0,53$ ), amarelo e azul (limite inferior do IC<sub>95%</sub> = 0,4 e  $p = 0,48$ ) e verde e azul (limite inferior do IC<sub>95%</sub> = 0,6 e  $p = 0,84$ ). Destaca-se que mesmo não havendo significância nessa relação (laranja x azul), pode-se concluir que a proporção da chance de classificação de risco no nível de prioridade laranja foi maior do que no nível de prioridade azul, dada a RC > 1; bem como houve forte tendência da ocorrência da classificação de risco da criança categorizada nas cores amarela (RC=0,8) e verde (RC=0,9) ter maior probabilidade de ocorrer nas cores amarela e verde, do que, na cor azul, dada a RC próxima a 1.

Ou seja, o guia foi capaz de prever a classificação de risco na cor laranja e diminuiu, em 1,5 vezes as chances de não serem classificadas na cor azul. Já a classificação de risco nas cores amarela e verde, necessitam de revisão. Os achados demonstram que o discriminador “comprometimento hemodinâmico” proposto no guia, foi razoável prever a classificação de risco de crianças hemodinamicamente comprometidas que buscam atendimento nas emergências. Entretanto, essa associação não foi estatisticamente significativa. Os achados sugerem outras análises com diferentes desenhos de pesquisa e tamanhos de amostras maiores a fim de confirmar a significância desse discriminador de risco e melhorar a validade do guia.

Observou-se no discriminador de risco “alteração no nível de consciência”, que houve associação estatisticamente significativa entre os níveis de prioridade laranja e azul [RC= 9,4; IC<sub>95%</sub> (5,2-16,8)], amarelo e azul [RC= 1,9; IC<sub>95%</sub> (1,6-2,2)] e verde e azul [RC= 1,4; IC<sub>95%</sub> (1,3-1,5)]. A partir das análises pode-se observar que o nível de prioridade II (cor laranja) teve 9,4 vezes mais chance de ser classificado como laranja; o nível de prioridade III (cor amarela) teve 1,9 vezes mais chances de ser classificado na cor amarela; e o nível de prioridade IV (cor verde) teve 1,4 vezes mais chances de ser classificado na cor verde do que na cor azul. Observa-se que a significância do achado pode ser comprovada pela presença do limite inferior do IC<sub>95%</sub>  $\geq 1$ , mostrando ser, o discriminador de risco alteração do nível de consciência, um forte preditor da classificação de risco, demonstrada pela confirmação do grupo mais urgente (laranja, amarelo, verde) ser classificado corretamente no nível de prioridade do atendimento, quando comparado ao grupo não urgente (azul).

Observou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre as chances de classificar corretamente os níveis de prioridade do discriminador de risco “dor” nas cores

laranja [RC=1,4; IC<sub>95%</sub> (0,4-5)], amarela [RC=0,9; IC<sub>95%</sub> (0,44-1,8)] e verde [RC=0,5; IC<sub>95%</sub> (0,3-1)] em serem mais urgentes quando comparada à cor azul (não urgente).

Por exemplo, a proporção de chance de classificação de risco no nível de prioridade correta entre as cores laranja e azul foi maior, significando que o guia aumenta em 1,4, vezes as chances de classificar corretamente crianças em situação de emergência (laranja) quando comparada às não urgente (cor azul). Já a proporção de chances de serem classificadas na cor amarela foi de 0,9 vezes mais chances do que na cor azul, demonstrando forte tendência de validade ao guia, dada a RC muito próxima à 1. No que se refere à razão de chance de classificação de risco no nível de prioridade de menor urgência (cor verde) comparado ao não urgente (azul) foi menor, significando que o guia aumenta em 0,5 vezes as chances de classificar erroneamente, crianças menos urgentes (verde), como não urgentes (cor azul).

Entretanto, a não significância nessa relação demonstrada pelo limite inferior do  $IC_{95\%} \leq 1$ , significa que o guia necessita de revisão. Desse modo os achados sugerem outras análises com desenhos de pesquisa que proponham a comparação do guia a um padrão de referência já validado em outras pesquisas, ou mesmo a comparação do guia com outras escalas de triagem pediátrica validada transculturalmente para o Brasil, ou ainda a elaboração e validação de um padrão de referência para confrontar com o guia em estudos posteriores a fim de confirmar a validação do discriminador de risco dor, e melhorar a validade do guia.

Outro discriminador em destaque é o de “alteração hidroeletrólítica” que apresentou associação estatisticamente significante entre as chances de ocorrência de um nível de prioridade ser mais urgente, quando comparado ao não urgente. Nesse discriminador, as crianças classificadas na cor laranja [RC=12,3; IC<sub>95%</sub> (1,8-82,7)], apresentaram 12,3 vezes mais chance de serem classificadas no nível de prioridade II (cor laranja) quando comparadas com o nível de prioridade V (cor azul). Já no nível de prioridade III (cor amarela) [RC=4,5; IC<sub>95%</sub> (1-21,4)], obteve 4,5 vezes mais chance de ser classificado no nível de prioridade amarela, quando comparada ao nível de prioridade V (cor azul). Em relação ao nível de prioridade de prioridade IV (cor verde) [RC=7,6; IC<sub>95%</sub> (1,8-32,6)], este obteve 7,6 vezes mais chance de ser classificado no nível de prioridade verde quando comparada ao nível de prioridade V (cor azul). Em todas as análises propostas nesse discriminador de risco foram observadas associações estatisticamente significantes.

Os resultados analisados nesse discriminador mostraram que houve forte associação entre o nível de classificação de risco e a probabilidade de classificar no nível de comprometimento adequado no grupo mais urgente, quando comparados ao não urgente. Esse dado mostra que o efeito observado nessa associação não foi decorrente do acaso,

comprovando que esse discriminador de risco, presente no guia de ACCR em pediatria foi excelente em prever o grau de comprometimento de crianças com sinais e sintomas de alteração hidroeletrolítica, proporcionando maior chance de classificação de risco entre cores laranja, amarela, verde e azul. Desse modo conclui-se que o guia de ACCR em pediatria foi bom em prever a classificação de risco em casos de emergência, urgência, menor urgência e não urgência em crianças com alteração hidroeletrolítica.

Após análise da associação entre os níveis de classificação de risco nas cores laranja, amarela e verde (mais urgentes) em relação à classificação de risco azul (não urgente), encontrou-se que dos 15 itens de maior urgência analisados no guia de ACCR em pediatria, mais da metade, oito (53,3%), obteve associação estatisticamente significativa, evidenciada pela presença do limite inferior do  $IC_{95\%} \geq 1$ , possibilitando concluir que os resultados não foram decorrente do acaso.

Tal achado significa que o guia de ACCR em pediatria foi eficaz e preciso em prever a classificação de risco de crianças no nível de prioridade adequado, evidenciando sua validade em avaliar corretamente as crianças que buscam atendimento nos serviços de emergência pediátrica, pois diminuiu em 53,3% as chances de erro de classificação de risco entre as cores laranja (emergência), amarela (urgência) e verde (menor urgência) confirmando sua capacidade de garantir a segurança da tomada de decisão do enfermeiro que realiza a classificação de risco nos serviços de emergência pediátricos, dada a confirmação dos resultados satisfatórios do processo de validação aos quais o guia foi submetido.

Em relação à análise da razão de chance da criança ser classificada no nível de prioridade correto, encontrou-se que entre os 15 itens de maior urgência analisados no guia de ACCR em pediatria, 10 (66,7%) obtiveram  $RC > 1$ . As análises mostraram que a maioria dos itens apresentava queixa principal e indicadores clínicos (sinais e sintomas) adequados aos níveis de prioridade estabelecidos no guia de ACCR em pediatria, confirmando sua precisão em classificar crianças em situação de maior ou menor urgência.

Entretanto, de acordo com as normas estabelecidas pelo MS, para garantir o sucesso da classificação de risco é necessário assegurar a continuidade do cuidado à criança, de acordo com os fluxos de atendimento e o cumprimento do tempo estipulado para cada nível de prioridade (BRASIL, 2006).

Os demais sete (46,7%) itens analisados (alteração respiratória na cor laranja, comprometimento hemodinâmico nas cores laranja, amarelo e verde e o discriminador dor nas cores laranja, amarelo e verde) apresentaram significância variando entre 0,1 e 0,6, indicando a necessidade de revisão desses itens e a possibilidade de submetê-los a outros processos de

validação, por meio de outros tipos de pesquisa (multicêntrica), que possibilite comparação com padrão de referência validado ou comparação com outras escalas de triagem já validadas, em instituições com nível de atendimento terciário, ou principalmente, com amostra maiores.

O estudo contribue para garantir que os discriminadores de risco (alteração respiratória, comprometimento hemodinâmico, alteração no nível de consciência, dor e alteração hidroeletrólítico) compostos pela queixa principal e os indicadores clínicos que compõem o guia de ACCR em pediatria possuem boa estratificação de classificação de risco nos níveis de prioridade (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), apresentando-se confiável para classificar o risco de crianças e adolescentes conforme o grau de gravidade e o tempo preconizado para o atendimento pela PNH (BRASIL, 2006b).

Corroborando com a pesquisa, estudos demonstram a eficiência da classificação no que concerne a estratificação do grau de comprometimento, que depende, também, da interação entre paciente e enfermeiro por meio da escuta qualificada para que possam estabelecer uma interação eficaz, proporcionando um atendimento adequado e um ambiente humanizado e acolhedor (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012; SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2015).

Evidencia-se, assim, que pesquisas realizadas com base nos processos de confiabilidade e validação na prática clínica real em estudos prospectivos, proporcionam a segurança da classificação de risco, contribuem com a melhoria da qualidade do atendimento às crianças nos serviços de emergência, desde a admissão do paciente nas unidades até o encaminhamento responsável dos casos menos urgente, garantindo um atendimento de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

*Conclusões*

---

## 5 CONCLUSÕES

O Acolhimento com Classificação de Risco tornou-se um *modus operandi* integrante e essencial para o funcionamento dos serviços de emergência em todo o mundo pelo seu valor clínico e organizacional. Trata-se de uma estratégia estruturada a partir de diretrizes políticas fundamentadas nos princípios organizativos de universalidade, equidade e integralidade, agregados ao princípio da humanização no atendimento, que adota tecnologias de avaliação clínica como ferramenta de trabalho para avaliar pacientes, segundo o grau de sofrimento, agravos ou risco de morte e priorizar aqueles que necessitam de atendimento imediato.

Todo e qualquer sistema ou processo de trabalho deve ser submetido a processos de pesquisa antes e/ou após sua implementação. As pesquisas possibilitam adequação a esses sistemas ou processos para cada realidade. Estas adequações devem ser aferidas e as mudanças introduzidas pelas mesmas, analisadas e quantificadas sempre que forem implantadas. Somente por meio de pesquisas é que a sociedade tomará conhecimento e ficará esclarecida sobre o real valor do ACCR, bem como os profissionais, os doentes e o restante da população terão mais confiança no processo de trabalho do enfermeiro que atua nesse setor.

O Brasil ainda é insipiente em pesquisas de validade do sistema de ACCR, principalmente no que se refere à área da pediatria. Muitos hospitais já aderiram à implementação do ACCR, mas são poucos os estudos desenvolvidos e publicados. A nível nacional percebe-se a necessidade de mais estudos sobre a validade, confiabilidade, reprodutibilidade, resultados de implementação da estratégia política ou de instrumentos de avaliação clínica; uso de recursos; satisfação de crianças, pais, acompanhantes e profissionais; qualidade dos serviços; dentre outras questões inerentes ao seu uso.

O uso do sistema de triagem de pacientes pediátricos não deveria ser utilizado antes de ser validado. De modo a suprir essa necessidade, elaborou-se e validou-se o guia de ACCR em pediatria, objeto desta pesquisa, na qual foi comprovada sua capacidade de reprodutibilidade e validade clínica, sendo necessário incentivar sua aplicação nos hospitais de emergência pediátricos brasileiros ou internacionais.

A 1ª versão do guia de ACCR em pediatria é um instrumento validado em seu conteúdo e aparência, apto a avaliar o grau de complexidade clínica da criança a partir da identificação de parâmetros clínicos (queixa principal, indicador clínico e parâmetros biofisiológicos). Sua estrutura é composta por cinco discriminadores de risco distribuídos em cinco níveis de prioridade (I, II, III, IV e V) que seguem a ordem decrescente de

complexidade clínica, representados pelas cores vermelha (casos de ressuscitação), laranja (emergência), amarela (urgência), verde (menor urgência) e azul (não urgente).

Para revisão do conteúdo da 1ª versão do guia validado anteriormente, dois enfermeiros pesquisadores, *experts* em ACCR em pediatria e em estudos de validação consideraram os 25 itens do guia como claros e compreensíveis e obtiveram concordância total ou em parte em 100% dos itens.

Os *experts* também deram sugestões para alteração da estrutura e *layout* do guia, visando melhorar e facilitar sua visualização e manuseio pelo enfermeiro durante a avaliação da criança no ACCR, sendo estabelecida a 2ª versão do guia de ACCR.

Assim, foi alterada estrutura e *layout* do guia de ACCR em pediatria ficando a 2ª versão do guia da seguinte forma: face única, impresso em cores de tonalidades claras (vermelha, laranja, amarela, verde e azul) em papel *cuchê* brilhoso de gramagem 60g/m<sup>2</sup> e dimensões de 420x297mm. Os discriminadores de risco foram separados em quadros, destacando-se em relação às colunas de queixa principal e indicadores clínicos e orientados por setas indicativas para facilitar a visualização das informações pelo profissional. Quanto ao estilo e tamanho da letra, fez-se em fonte “Arial” e tamanhos da fonte de 26mm para o título, 18mm para subtítulos do cabeçalho das colunas e 13mm para a descrição das queixas principais e indicadores clínicos.

Houve pequenas alterações no conteúdo nos discriminadores de risco da 1ª versão do guia de ACCR em pediatria, sendo o Discriminador de risco Vias aéreas/Respiração alterado para Alteração Respiratória, o discriminador Circulação/Hemodinâmica alterado para Comprometimento Hemodinâmico, bem como o Nível de Consciência para Alterações no Nível de Consciência; o discriminador Dor permaneceu como era; e o Eliminação/Hidratação foi denominado por Alteração Hidroeletrólítica. Entretanto, essas alterações não mudaram o sentido dos termos, não havendo, necessidade de um novo processo de validação de conteúdo do guia.

A partir da revisão do guia de ACCR em pediatria pelos *experts*, obteve-se a 2ª versão do instrumento revisado, atualizado e fundamentado pela literatura, confirmando, assim, a fidedignidade do seu conteúdo e aparência já validados anteriormente com IVC de 0,98.

Posto isso, o guia de ACCR em pediatria, em sua 2ª versão, foi considerado apto a ser aplicado na prática clínica, pois, seu conteúdo mostrou-se capaz de medir o nível de urgência de crianças que buscam atendimento nos serviços de emergências, de identificar com segurança os pacientes mais urgentes e os que podem esperar pelo atendimento e, de

proporcionar enquadramento correto no nível de prioridade, ou seja, atende ao propósito para o qual foi construído.

A eficácia do guia de ACCR em pediatria foi investigada pela avaliação de sua reprodutibilidade. Nesta análise o instrumento foi submetido às condições de máxima variabilidade por meio de sua aplicação em um serviço de emergência pediátrico pela pesquisadora e duas enfermeiras (1 ou 2) numa amostra de 206 crianças e adolescentes. Os resultados dessa análise sugeriram um guia confiável e preciso demonstrado pelo nível de concordância alta ( $Kappa = 0,701$ ), entre a pesquisadora e a enfermeira 1, e concordância quase perfeita ( $Kappa = 0,847$ ) entre a pesquisadora e a enfermeira 2, em uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

A excelente associação entre os níveis de classificação de risco do guia de ACCR em pediatria foi obtida pela coerência da classificação de risco entre as observadoras (pesquisadora e enfermeiras 1 ou 2). Ou seja, houve pequenas diferenças entre as comparações da classificação de risco feita, distintamente, por cada observadora, em que foram encontradas pequenas variabilidades durante sua aplicação, repetida vezes, em um serviço de emergência, não sendo proposta nenhuma alteração em seu conteúdo pelas avaliadoras.

Os resultados evidenciaram que o guia é um instrumento de classificação de risco pediátrico válido em seu conteúdo e layout, confiável porque foi capaz de medir de forma correta o que se propõe a medir e, reproduzível, pois foi apto em obter os mesmos resultados em medidas repetidas.

Na validação clínica, pela ausência de um critério padrão de classificação de risco foram adotados alguns parâmetros de avaliação como indicadores gerais de urgência para avaliar a validade do guia de ACCR em pediatria na prática clínica. Desse modo, a associação entre a prioridade atribuída (classificação de risco) com uso do guia e os indicadores gerais de urgência (discriminador de risco, destino da criança após o atendimento e procedimentos realizados na emergência) sugere que o guia de ACCR em pediatria é válido e está de acordo com outros resultados obtidos em estudos nacionais e internacionais.

O discriminador de risco é definido como um conjunto de elementos (queixa principal e indicadores de risco) que indicam, de forma clara e simplificada, a existência de risco de agravo ou a probabilidade de ocorrência de ter o agravo clínico ou não no nível de complexidade clínica determinada pelo enfermeiro com uso do guia de ACCR em pediatria. Esse discriminador de risco foi estruturado em cinco parâmetros fisiológicos, a saber: alteração respiratória, comprometimento hemodinâmico, alteração no nível de consciência,

dor e alteração hidroeletrólítica. Nessa relação, encontrou-se associação estatisticamente significativa ( $p=0,0001$ ) entre o nível de classificação de risco e o discriminador de risco. A análise prospectiva dos dados demonstrou que o guia de ACCR é excelente em avaliar as condições clínicas de crianças que buscam os serviços de emergência, pois leva em consideração a queixa principal e os indicadores clínicos (sinais e sintomas) relacionados para cada nível de prioridade.

O indicador geral de urgência denominado procedimento realizado na emergência configura-se como variável categórica que auxilia a identificar o nível de gravidade da criança com base na utilização de recursos para a determinação do diagnóstico médico e tratamento da patologia ou agravo. Este foi expresso pela consulta com o médico, administração de medicação e realização de exames durante o atendimento hospitalar. A análise dessa relação mostrou que houve associação estatisticamente significativa ( $p<0,0001$ ) entre a classificação de risco e a realização de procedimentos na emergência, sendo o guia de ACCR forte preditor da classificação de risco quando associada à realização de procedimentos na emergência, conseqüentemente, em prever o uso de recursos materiais e humanos e de condutas profissionais nos aspectos de humanização do atendimento e da qualidade do serviço.

O indicador geral de urgência nomeado por destino da criança após o atendimento médico define-se como condição pela qual, o médico determina o acompanhamento ou tratamento da criança na emergência. Esse indicador englobou as seguintes variáveis: internação na unidade, transferência para outro serviço, encaminhamento para avaliação com especialista, alta, evasão, óbito. Nessa relação, encontrou-se associação estatisticamente significativa ( $p=0,0132$ ) entre o destino do paciente e a classificação de risco, sugerindo que o guia de ACCR em pediatria foi um bom preditor de uso de recursos (necessidade e previsão de internação) na unidade, da classificação de risco ou complexidade clínica de crianças e de prever o desfecho do atendimento nos serviços de emergência pediátrica.

Desta forma, garante-se que as concordâncias encontradas se restringem a pequenas diferenças da associação entre a classificação de risco e os indicadores gerais de urgência, realizada exclusivamente pela pesquisadora com uso do guia, sob condições, as mais constantes quanto possíveis, encontrando-se a mínima variabilidade do instrumento a partir da repetibilidade de seu uso, sugerindo sua precisão.

Assim, os níveis de classificação de risco foram fortemente preditivos dos discriminadores de risco que orientam a escolha do fluxograma a ser seguido na avaliação da criança, da proporção de pacientes que realizavam procedimentos ou exames diagnósticos para a solução do agravo ou doença e do destino do paciente após atendimento médico na

emergência. Esses achados sugerem que o guia de ACCR em pediatria é válido e suportam sua implantação e reprodutibilidade nos serviços de emergências pediátricas.

O estudo permitiu a avaliação do Guia de ACCR em pediatria a partir de uma análise prospectiva dos dados por meio das etapas de confiabilidade e validade clínica e obteve resultados importantes, possibilitando sua reprodutibilidade em outros ambientes clínicos.

Em relação à análise da razão de chance de uma criança ser classificada no nível de prioridade correto, observou-se que dos 15 itens de maior urgência analisados no guia de ACCR em pediatria, mais da metade (53,3%) obteve associação estatisticamente significativa e 10 (66,7%) obtiveram  $RC > 1$ , ou seja, tinham mais chances de serem classificados no nível de prioridade adequado. Os demais (5; 33,3%) necessitavam de revisão a partir de estudos com amostras maiores e em hospitais com emergências terciárias.

Esses resultados sugerem a eficiência da classificação no que concerne a estratificação do grau de risco ou comprometimento das crianças atendidas nos serviços de emergência com uso do guia de ACCR em pediatria.

Destaca-se a importância, a nível nacional, de se avaliar a validade, reprodutibilidade, repetibilidade, precisão, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade, validade e concordância de instrumentos de classificação de risco utilizados nos serviços de emergência em geral. Acredita-se que um instrumento não validado, poderá ou não ser o melhor para a nossa realidade, mas, sem estudos isentos de parcialidade no que diz respeito ao seu uso, será impossível evoluir nessa temática.

Em suma, este estudo é apenas uma pequena parcela que necessita de inúmeros outros estudos. Ainda há muito, o que se pesquisar para se alcançar qualidade nos processos de validade, confiabilidade e reprodutibilidade, sensibilidade e especificidade da eficácia de instrumentos de avaliação da estratégia de ACCR em pediatria ou triagem, como este.

Como limitação evidenciou-se a dificuldade em se realizar pesquisa metodológica nos serviços de emergência uma vez que a impossibilidade de se avaliar prospectivamente os sujeitos em momentos diferentes exige dos pesquisadores a elaboração de procedimentos de coleta de dados extensos e complexos, o que favorece as chances de erros sistemáticos e a redução da precisão e generalização dos resultados. Esse fato leva à diminuição do nível de evidência desses tipos de pesquisas nas principais bases de dados.

A análise da validade clínica foi limitada pelo seu pequeno tamanho de amostra e pela condição de estar restrito a um único hospital, quando comparada a pesquisas internacionais. Esse fato reduz a possibilidade de generalização do uso do guia em outros

serviços. Isso não impede a realização de outros estudos com abordagem semelhante, multicêntrico e com amostras maiores.

Apesar de o sistema de ACCR ter como objetivo a alteração em alguns indicadores hospitalares, como por exemplo, a diminuição da mortalidade, no presente estudo não se encontraram alterações nesse indicador. Talvez essa condição possa ser relacionada à exclusão de crianças no nível de prioridade I (cor vermelha) em situação de ressuscitação, considerada como uma das principais limitações do estudo. Ressalta-se que esta exclusão foi decorrente ao nível de atendimento do hospital em foi realizada coleta de dados ser de nível secundário atendendo casos de complexidade leve a moderada.

Sabe-se que a ausência de critérios de classificação de risco configura-se como uma limitação para os estudos de avaliação de validade de instrumentos. Parâmetros como o sexo, a idade, o peso, os discriminadores de risco, o destino da criança após o atendimento e os procedimentos realizados na emergência são apenas indicadores que substituem a verdadeira urgência, e por isso, não representam um critério padrão perfeito para a classificação de risco e mostraram fragilidade no processo de validação do guia de ACCR em pediatria. Já a análise da confiabilidade interobservadores e da razão de chances configuram-se como métodos consistentes e robustos de análises, que asseguram e garantem a qualidade dos resultados alcançados a partir de processos de coleta de dados bem delineados e de análises estatísticas complexas.

Se um estudo assim, fundamentado em um rigor metodológico necessário para evitar viés, tendências ou interesses durante o processo de validade, revelou estas lacunas, sugere-se a realização de análises semelhantes em outros serviços de emergências a nível nacional para desenvolver outros estudos sobre validade, confiabilidade e reprodutibilidade com uso do guia de ACCR em pediatria.

Como implicações para prática dos enfermeiros dos serviços de urgência e emergências pediátricas têm-se a elaboração e divulgação de uma tecnologia em saúde, autoinstrutiva, de fácil manuseio, baixo custo e boa aceitação pelos profissionais que já o utilizaram, válida, confiável e pronta para ser utilizada na prática.

Para as crianças, adolescentes e mães/acompanhantes têm-se que o uso do guia pelos enfermeiros do acolhimento visa reduzir erros de classificação de risco, melhorando a qualidade do atendimento e a satisfação dos usuários e dos profissionais e, sobretudo, assegurando a tomada de decisão dos enfermeiros na prática clínica e a segurança do paciente atendido no ACCR em pediatria.

Diante dos resultados obtidos confirma-se a tese, pois a partir da elaboração e validação do guia de ACCR em pediatria viabilizou-se um instrumento sucinto, de fácil manuseio e baixo custo, válido e confiável, capaz de proporcionar ao enfermeiro uma maior segurança na classificação de risco de crianças e adolescentes a fim de garantir um atendimento adequado ao nível de prioridade, isento de erros, assegurando atendimento de qualidade nos serviços de emergência pediátricos.

## *Recomendações e Considerações Finais*

---

## **6 RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A investigação propiciou revisão e avaliação da confiabilidade e validação clínica de uma tecnologia em saúde utilizando metodologia complexa e desafiadora pela avaliação psicométrica. A importância desse tipo de estudo está na capacidade de avaliar cuidadosamente esses instrumentos e validá-los para serem aplicados na prática clínica ou em pesquisas, aumentando a precisão de generalizações e a redução de erros sistemáticos.

Entretanto, somente a vasta utilização do instrumento na prática clínica e a realização de mais pesquisas de novas validações em outras populações e contextos distintos, poderão ser conclusivas quanto à sua validade clínica e reprodutibilidade. Desse modo, recomendam-se novas aplicações do guia de ACCR em pediatria na prática clínica.

Torna-se premente salientar que o processo de acolhimento com avaliação e classificação de risco existe apenas para classificar os pacientes no momento da chegada nos serviços de emergência ou pré-emergência, e que se deve levar em consideração que a classificação do risco ou triagem não pode tomar o lugar de uma avaliação de enfermagem completa, ou avaliação médica completa que deve ser realizada em consultas ambulatoriais ou nas emergências.

*Referências*

---

## REFERÊNCIAS

- ALVARO FILHO, D.D; SOUSA, M.P.O.; CASTANHEIRA, P.H.R.; SANTANA, R.R. Acolhimento com classificação de risco: humanização nos serviços de emergência[Trabalho de conclusão]. Goiânia: 2009. Universidade Salgado de Oliveira.
- ALVIM, C.G., LIMA, L.M., BELIZÁRIO, F.L. Saúde da criança e do adolescente: doenças respiratórias / Belo Horizonte: Coopmed; Nescon UFMG, 2009.92p. : il. color. ISBN 978-85-7825-016-4
- AVELAR-SILVA, R.N. Validação clínica do diagnóstico “Trauma vascular periférico” em crianças de 6 meses a 12 anos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012. 116f. : il.
- AZEVEDO, A.L.C.S.; PEREIRA, A.P.; LEMOS, C.; COELHO, M.F.; CHAVES, L.D.P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisa Rev. **Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(4):736-45. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i4.6585
- BALOSSINI, V.; ZANIN, A.; ALBERTI, C. *et al.* Triage of children with headache at the ED: a guideline implementation study. *American Journal of Emergency Medicine* 31 (2013) 670–675). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2012.11.027>.
- 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.
- BENGUIGUI Y. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. *Bol Pneumol San.* 13-22. 2002
- BERG, P.; MOSELEY, C.; HAERTER, J.O, et al. Strong increase in convective precipitation in response to higher temperatures. *Letters Published Online:* 17 february 2013 | Doi: 10.1038/NCEO1731
- BEVERIDGE., R., DUCHARME, J., JANES, L, BEAULIEU, S. WALTER, S. Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: interrater agreement. *Naa Emerg Med.* 1999; 34(2):155-9 (1999)
- BLACKLOCK, C., MAYON-WHITE, R., COAD. N., THOMPSON, M.. Which symptoms and clinical features correctly identify serious respiratory infection in children attending a paediatric assessment unit? *Arch Dis Child* 2011;**96**:708–714. doi:10.1136/708.adc.2010.206243.
- BOSSEMEYER, D., MOURA, E.R.F. Formação de formadores: manual de referência (revisão e adaptação para o Programa de Apoio a Prevenção do HIV/SIDA). Baltimore: JHPIEGO/Johns Hopkins University, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI** Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2 / Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde/Ministério da Saúde. Secretaria-Geral, Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de Saúde. 1985. 49p. disponível em: [www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/0111terminologia0.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/0111terminologia0.pdf). Acesso em 31/10/2015

BRASIL. III diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. J Bras Pneumol. 2006a; 32 (Supl 6):S 403-S 446. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32s6/v32s6a02.pdf>. Acessado em 31/05206)

BRASIL. Ministério da Saúde, HumanizaSUS, PNH, Coordenação de Gestão Hospitalar/SMS Fortaleza. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**, Fortaleza, 2008. ESTE PROTOCOLO

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS. **Lei 8080, de 19/09/1990** – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Acessado em 15 de fevereiro de 2015. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências** / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. PNH. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O Acolhimento como uma diretriz da política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**, Abbês, C. Brasília: 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 58 p. : il.

BRASIL. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Informações de Saúde, Epidemiologia e morbidade. 2015a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br> Acesso em: 21 set. 2015.

CALDEIRA, T.; SANTOS, G.; PONTES, E. et al. O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediatr Port* 2006;1(37):1-4. 0873-9781/06/37-1/1

CAMILLONI, L., ROSSI, P.G., FARCHI, S., CHINI, BORGIA, P., GUASTICCHI, G. Triage and Injury Severity Scores as predictors of mortality and hospital admission for injuries: A validation study. *Accident Public Health*, 42 (2010) p.1958–1965.

CHEUNG, Antonella Ardolino Ronny et al. The accuracy of existing prehospital triage tools for injured children in England and analysis using trauma registry data. **Emerg Med J**, 2013; 30:476– . doi:10.1136/emermed-2012-201324.

CIOFFI, J. Recognition of patients who require emergency assistance: a descriptive study. **Heart Lung**, 2000 Jul-Aug; 29(4):262-8.

COELHO, M.F.; CHAVES, L.D.P.; ANSEMI, M.L.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C.B. Analysis of the Organizational Aspects of a Clinical Emergency Department: A Study in a General Hospital in Ribeirão Preto, SP, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 18(4):[09 telas], jul-ago 2010. Acessado em 30/03/2015, disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16.pdf).

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. Acesso em: 21 abr 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html).

COOKE, MW.; JINKS, S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? **J Accid Emerg Med**, v.16, n.3, p. 179-81, 1999.

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* 2012; 22(2): 188-198

CULLUM, N.; CILISKA, D.; HAYNES, R. B.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidência**: uma introdução. Tradução: Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2010, 382p.

DINI, A.P. Validação do instrumento de classificação de pacientes pediátricos. 2013. 127f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

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.

FERNANDES, C. M., P. Tanabe, et al. (2005). "Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force." **J Emerg Nurs** 31(1): 39-50; quiz 118.

MELLO, A.L.S.F., ZIMERMANN, K., Gonçalves, L.H.T. Avaliação da saúde bucal de idosos por enfermeiros: validade e confiabilidade do instrumento ASBTO. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):36-44

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: O Dicionário da Língua Portuguesa*. 3ª versão. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FONSECA, E.M.G.O. *Medicina ambulatorial: pediatria*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2012. (Série SOPERJ).

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

FORTALEZA. Site acessado em 28 de julho de 2015 em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/centro-de-assistencia-crianca>

FREITAS, Paulo (Ed.). *Triagem do serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester*. 2.ed.Portugal: **BMJ Publishing Group**, 2002. 149p.

FROTA, M.A., LIMA, K.F., MAGALHÃES, M.C.A., et al.. Compreensão da família acerca da asma infantil em uma unidade de urgência e emergência pediátrica. *Enferm. Foco* 2014; 5(1/2): 13-16. Acessado em 15/052016. Disponível em <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/597/267>

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.

FUERTE, A., MCKAY, C., HAY, C. Cognitive reserve in paediatric brain injury: relationship with neuropsychological outcome. *Brain Injury*, July 2010; 24(7-8): 995-1002.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan./abr. 2006.

GARBEZ, ROXANNE OERTEL; CARRIERI-KOHLMAN, VIRGINIA, STOTTS, NANCY; CHAN, GARRETT. Emergency Severity Index Triage System Comparison of Characteristics and Resource Utilization. **Advanced Emergency Nursing Journal**, out-dez, 2011, Vol. 33, No. 4, pp. 322–335. DOI: 10.1097/TME.0b013e318233d1c4.

GEORGE, F.H.M. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 14. DGS/DGCG, Lisboa-Pt, 2010.

GILBOY, N.; TANABE, P., TRAVERS, D.A., ROSENAU, A.M. Emergency Severity Index (ESI), Version 4: Implementation Handbook. **AHRQ Publication** No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.

GOMIDE, M.F.S.; PINTO, I.C.; FIGUEIREDO, L.A. *Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective*. **Acta Paul Enferm.** 2012;25(Número Especial 2):19-25. Acessado em 30/03/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/04.pdf>.

GOVIN, S.; J. GRAVEL; AMRE D.K., et al. (2005). "Evaluation of the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED." **Am J Emerg Med** 23(3): 243-247.

GRAVEL, J.; MANZANO, S.; ARSENAULT, M. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. **CJEM**, January 2009; 11:(1), 23-28. Acessado em 31/05/2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.05.024>.

GRAVEL, J; FITZPATRICK, E.; GPUIN, S. *et al.* Performance of the Canadian Triage and Acuity Scale for Children: A Multicenter Database Study. *Ann Emerg Med.* 2013;61:27-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.05.024>

HABICH, M., LETIZIA, M. *Pediatric Pain Assessment in the Emergency Department: A Nursing Evidence-Based Practice Protocol.* Pediatric Nursing, Vol. 41/No. 4./July-August, 2015/ Chicago. il.

HAMM, R.M. Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the cognitive continuum. In DOWIE, J.; ELSTEIN, A., editors. *Professional Judgement: A Reader in Clinical Decision Making.* Cambridge: Cambidge University Press, 1988:78-105.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.].— Porto Alegre: Artmed, 2015. Acessado em 25 de novembro de 2016. Disponível em <https://drive.google.com/drive/my-drive>.

HUANG, D.T. Clinical review: impact of emergency department care on intensive care unit costs. **Crit Care.** 2004 Dec ;8(6):498-502. Epub 2004 Aug.

IERLAND, Y., SEIGER, N., VEEN, M, MOLL, H.A., OSTENBRINK. R. Alarming Signs in the Manchester Triage System: A tool to identify febrile children at risk of hospitalization. *The Journal Of Pediatrics.* Vol. 162, No. 4., abril, 2013

JACQUES, E.; GONÇALO C.R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. *RAI - Revista de Administração e Inovação*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 106-124, 2007. Acesso em 15/05/2016. Disponível em [file:///C:/Users/ufc/Downloads/Jacques\\_Gon%C3%A7alo\\_2007\\_Gestao-estrategica-do-conhecim\\_26350.pdf](file:///C:/Users/ufc/Downloads/Jacques_Gon%C3%A7alo_2007_Gestao-estrategica-do-conhecim_26350.pdf)

JARVIS, C. Exame físico e avaliação em saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanavara Koogan, 2013.

JIMENEZ, J.G. *et al.* Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage paramenters serve as emergency department quality indicators? *CJEM/JCMU* [serial online] 2003; 5(5). Available from: <[HTTP:WWW.caep.ca](http://WWW.caep.ca)>. Acesso em 31/05/2016.

KERLINGER, F.N. Foundations of behavioral research: validity. New York, Holt, **Rinehart and Winston**, 1964. Cap. 25, p. 444-62.

KEVIN, M. J., JANET, M. et al., Eds. (2006). Emergency Triage Manchester Triage Group. Oxford.

LIMA, L. M. B.; ALMEIDA, N. M. G. S. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 51-61, jan./mar. 2013.

LIMA, L.M.B. Procura da emergência pediátrica: implicações para a superlotação. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

LOPES, M.M.C.O. Avaliação do desenvolvimento neuromotor da criança de risco de risco aplicando Harris Infant Neuromotor Test (HINT). Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará, 2011, 141f.

LYON, N.; BABEKUHL, S.N.S.W. Pediatric Health Clinical Practice Guidelines. Executive Director responsible for Policy and PCP. **NCHN Pediatrics CNC / HNE Health, Ph: 49392354 Health**. Authorized in May 2007. Acesso em 21/05/2010. Disponível em: [www.nchn.org.au/docs/TriageTool\\_Sth\\_All.pdf](http://www.nchn.org.au/docs/TriageTool_Sth_All.pdf).

McBRIEN, B. "Translating change: the development of a person-centred triage training programme for emergency nurses." *International Emergency Nursing* 17.1 (2009): 31-37. Acesso em 15/05/2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19135013>.

MAGALHÃES, F.J. Validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. Dissertação (Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.

MAGALHÃES, Fernanda Jorge. Validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria/Dissertação (Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2012.

MALTA, D.C.;MASCARENHAS; M.D.M.;BERNAL, R. T. I. *et al.*. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009. **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, pp. 2247-2258, SEP, 2012. URI: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/34390>

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e Liderança em Enfermagem**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTINS, C.B.G., Andrade SM. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos 1985. *Cad. Saúde Pública*. 2008 set; 24(9):1983-1990.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.:il. ISBN: 978-85-7967-078-7.

MENZANI, G., BIANCHI, E.R.F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(2):327-33. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>. Acesso em 21/03/2016

MINCIS, M., MINIS, R., CALICHMAN, R. Diarréias agudas: atualização diagnóstica e terapêutica. *Prática hospitalar*. Ano X, n.55, p. 146-150, jan-fev/2008.

MOREIRA, C.T.P. **Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester**: Que realidade? 2010. 77f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto, 2010.

NANAN, RALPH, et al. **Recognition of a Sick Baby or Child in the Emergency Department** – Clinical Practice Guideline . Second edition. NSW Department of Health: Sydney, 2011. ISBN 978-1-74187-595-9

NICOLAS, J.; BERNARD, F.; VERGNES, C.; SEGURET, F.; ZEBICHE, H.; RODIERE, M. Family socioeconomic deprivation and vulnerability in the pediatric emergency room: evaluation and management. *Arch Pediatr.*, v. 8, n. 3, p. 259- 67, 2001.

NISKA, R.; BHUIYA, F.; XU, J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007, Emergency Department Summary. National Health Statistics Reports n Number 26 n August 6, 2010. Disponível em <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr026.pdf>. Acesso em 31/05/2016.

OLOFSSON, P., GELLERSTEDT, M., CARLSTRÖM, E.D. Manchester triage in Sweden - Interrater reliability and accuracy. *Int Emerg Nurs*. 2009; 17(3):143-8.

PALAFIX, M., Guiscafré H, Reyes H, *et al.* Diagnostic value of tachypnoea in pneumonia defini ned radiologically. *Arch Dis Child* 2000; **82** : 41 – 5).

PAQUALI, Luis. *Psicometria*. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; 43(Esp):992-9. Acessado em 31/05/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>.

PAQUALI, Luis. **Psicometria**: teorias e aplicações. Brasília: Ed, UNB, 1997.

PASCOAL, L.M. Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas, padrão respiratório ineficaz e troca de gases prejudicada. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. 2015

PECHIRRA, P.; NUNES, B. MACHADO, A. et al. Efetividade da vacina antigripal na época 2010-2011 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. *Rev Port Med Geral Fam* 2012;28:271-84. Acessado em 15/05/2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.18/1035>

PEDRAZA, Dixis Figueroa; QUEIROZ, Daiane de; SALES, Márcia Cristina. Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 511-528, Feb. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200511&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200511&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.09592012>.

PETERLINI, Fabio Luis; SARTORI, Marcelo Ricardo de Andrade; FONSECA, Andrade da Silva. **Emergências Clínicas**. São Paulo (SP): Martinari, 2014.

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. 206p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem. São Paulo, 2003.

POLIT, DF.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. São Paulo: Artmed, 2011. 670p.

RICCETTO, A.G.L.; ZAMBON, M.P.; MARMO, D.B.; BRANDÃO, M.B.; QUEIROZ, R.A.; REIS, M.C.; FRAGA, A.M.A.; BELLUOMINI, F. Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. **Rev. Paul. Pediatria**, v. 25, n.2, p.156-60, 2007.

RONCHI, J.P.; AVELLAR, L.Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: teoria e prática**, v.12, n.1, p.71-84, 2010. ISSN 1516-3687.

ROUKEMA, J.; STEYERBERG, E.W., Van MEURS, A., *et al.* Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. **Emergency medicine journal**, v. 23, n. 12, p. 906-910, 2006. Doi: [10.1136/emj.2006.038877](https://doi.org/10.1136/emj.2006.038877)

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SANTOS, CORDEIRO JÚNIOR, W. **A gestão de riscos na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008 C.A.S.; SANTO, E.E. Análise das causas e consequências da superlotação dos serviços de emergências hospitalares: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde e Desenvolvimento** | vol.5 n.3 | jan/jun 2014

SARTORI, M.R.A.; YAMANAKA, N.M.A. **Gerenciamento de protocolos assistenciais e indicadores: resultado e desempenho**. In: Segurança do paciente, FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014

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

SENA, R.R., LEITE, C.R., SANTANA, J.J.F., VIEIRA, M.A. Perfil das crianças atendidas na Unidade de Pediatria do hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros –MG. **Unimontes Científica** [online]. 2006 [acesso 2010 jun]; 8(1):[cerca de 12 p]. Disponível em: [http://www.unimontes.br/unimontescientifica/revistas/Revista%20V8\\_N1/ARTIGOS/Perfil\\_das\\_Criancas/Perfil\\_das\\_criancas%20v8n1.pdf](http://www.unimontes.br/unimontescientifica/revistas/Revista%20V8_N1/ARTIGOS/Perfil_das_Criancas/Perfil_das_criancas%20v8n1.pdf).

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. **Classificação de risco em emergência- um desafio para as/ os enfermeiras/ os**. *Revista Enfermagem em Foco* 2011;2(1):14-7.

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergência:um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enf. Foco**. Brasília[Internet].2009; [cited 2011 Apr]; 2(1): 14-17. Available from: [revista.portalcofen.gov.br/436R436P436.php/enfermagem/article/download/67/54](http://revista.portalcofen.gov.br/436R436P436.php/enfermagem/article/download/67/54).)

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 A.P.V.; SANTOS B.M.G.; BRASILEIRO, M.E. Impacto da utilização de métodos de triagem no atendimento em urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line] 2013 jan-jul 4(4) 1-15. Available from: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>.)

SILVA, A.P.; DINIZ, A.S.; ARAÚJO, F.A.; SOUZA, C.C.. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o Protocolo de Manchester. *Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min*;3(1):507-517, 2013.

SILVA, M. D. B.; PAIVA, M. B.; SILVA, L. R.; NASCIMENTO, M. A. L. Doença respiratória aguda infantil: revisão integrativa. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 260-266, 2012.

SILVA, M.F.N. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes de uma unidade de emergência. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

SILVA, M.F.N., OLIVEIRA, G.N., PERGOLA-MARCONATO. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 2, p. 218-225, Apr. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000200218&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200218&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3172.2405>.

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.

SOUZA, C.C. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. 2009.119p. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, C.C., ARAÚJO, F.A., CHIANCA, T.C.M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Ver Esc Enferm USP*, 2015; 49(1):144-151. Acessado em 16/05/2016. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf).

SOUZA, C.C.; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M.. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. **Rev. Latino-Am. Enfermagem[online]**. 2011, vol.19, n.1, pp. 26-33. ISSN 0104-1169.

SOUZA, V.E.C. Desenvolvimento e validação de software para apoio ao ensino-aprendizagem sobre diagnóstico de enfermagem. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

THOMPSON C.; CULLUM N.; McAUGHAN D.; SHELDON T.; RAYNOR P. Enfermeiros, uso da informação e tomada de decisão clínica: o potencial do mundo real para as decisões baseadas em evidências na enfermagem. Cap. 30. In: *Enfermagem Baseada em Evidência:*

uma introdução. CULLUM N. *et al.*; tradução: Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 321-334.

TOLEDO, A.D. Acuária de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte / Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2009. 138f.

TONI, G.M.P. “The clinical practice of Emergency Department Triage: application of the Australasian Triage Scales – Na extended literature review: Part I: Evolution of the ATS” **Australasian Emergency Nursing Journal** 9(4): 155-162, 2006.

VALENTIM M.R.S.; SANTOS, M.L.S.C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):285-9.

VAN DEN BRUEL, A., HAJ-HASSAN, T., THOMPSON, M., *et al.* Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review. **Lancet** 2010 ; **375** : 834 – 45 .

VASCONCELOS, J.M.B. Construção, utilização e avaliação dos efeitos de protocolo de prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. Doutorado (Tese). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2014.

VAN VEEN, M.; STEYERBE, E. W.; RUIG, M. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. **BMJ**.2008;N337:a1501. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.a1501>

VAN VEEN, M.; STEYERBERG, E.W., LETTINGA, L., *et al.* Safety of the Manchester Triage System to identify less urgent patients in paediatric emergency care: a prospective observational study. **Arch Dis Child**. 2011 Jun;96(6):513-8. doi: 10.1136/adc.2010.199018. Epub 2011 Mar 8. DOI: [10.1136/adc.2010.199018](https://doi.org/10.1136/adc.2010.199018)

VERAS, J.E.G.L. Construção e validação de um guia do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. 2011, 142 f. Dissertação (mestrado)/ Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2011.

VERAS, J.E.G.L., CARVALHO, A.T., UCHÔA, J.L., NASCIMENTO, L.A., ALMEIDA, P.C., XIMENES, L.B. Profile of children and adolescents treated in emergency departments according to risk classification: a documentary study. **Online Braz J Nurs** [Internet]. 2011. Acesso em: 2012 Abr 10]; 10(3): Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3264>.

VERAS, Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas et al . Avaliação das competências de enfermeiras para a promoção em saúde durante atendimentos pediátricos em unidade de emergência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28,n. 5,p. 467-474, Aug. 2015 (a) . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002015000500467&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500467&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500078>.

VERAS, J.E.G.L.F.; JOVENTINO, E.S.; VICTOR, J.F.; LIMA, F.E.T.; PERIPOLLI, A. R.; XIMENES, L.B. Risk classification in pediatrics: development and validation of a guide for nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)**, 2015b.

WARREN, D.W.; JARVIS, A.; LEBLANC, L.; GRAVEL, J. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). **CJEM**, v.10, n.3, p.224-32, 2008.

WECHSLER, B.; KIM, H.; GALLAGHER, P.R.; DiSCALA, C.; STINEMAN, M.G.; Functional status after traumatic brain injury in childhood, **Journal of Trauma**, 2005 May, 58 (5): 940-50. ISSN: 0022-5282.

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. 84p. Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia da Saúde da Família. ISBN: 978-85-7825-021-8. Acessado em 15/05/2016. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>

WONGPAKARAN, N.; WONGPAKARAN, T.; WEDDING, D.; GWET, K.L. A comparison of Cohen's Kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: a study conducted with personality disorder samples. **BMC Med Res Methodol**. 2013; 13:6

ZEM, K.K. S.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto atendimento. **Revista de Regional de Enfermagem do Nordeste REVRENE** 2012;13(4):899-908.

ZEMEK R; PLINT A; OSMOND MH; KOVESI T; CORRELL R; PERRI N; BARROWMAN N. *Triage nurse initiation of corticosteroids in pediatric asthma is associated with improved emergency department efficiency*. *Pediatrics*; 129(4):671-80, 2012 Apr. 1098-4275).

ZIMMERMANN, P. G. (2001). "The case for a universal, valid, reliable 5-tier triage acuity scale for US emergency departments." **J Emerg Nurs** 27(3): 246-254. <https://doi.org/10.1067/men.2001.115284>



## APÊNDICE A

### **Check-list de avaliação da 1ª versão do Guia de ACCR – Avaliação de Juízes**

Para os *experts*, foi entregue pessoalmente pela pesquisadora um *kit* com os seguintes documentos: 1. *Check-list* de avaliação das alterações da 1ª versão do Guia de ACCR (APÊNDICE A), 2. Carta-convite aos enfermeiros *experts* (APÊNDICE B), com esclarecimentos sobre os procedimentos de avaliação da pesquisa e colocando-se à disposição para dúvidas posteriores, 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e 4. Questionário de caracterização dos enfermeiros *experts* (APÊNDICE D) contendo dados identificação, formação, qualificação, trajetória profissional e produção científica. Os *experts* devolveram o *check-list* respondido no prazo de 15 dias.

Check-list para atualização do “Guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria”, realizada com base nas alterações propostas de validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria por Magalhães (2016).

Prezado juiz, solicito sua apreciação em cada palavra ou grupo de palavras em destaque nos itens propostos para a atualização GUIA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA (quadro em destaque) contendo alterações nos discriminadores de risco, na queixa principal e/ou nos indicadores clínicos. Desse modo, as palavras em destaque na coluna de atualização (queixa principal (1ª Coluna) e/ou indicadores clínicos (2ª Coluna)) devem ser comparadas com as palavras correspondentes nas colunas (queixa principal (1ª Coluna) e/ou indicadores clínicos (2ª Coluna)) da 1ª versão do guia de classificação de risco em pediatria.

Após sua apreciação, solicito que responda a pergunta 1, marcando um X em uma das opções: concordo, concordo em parte ou não concordo. Caso deseje sugerir alguma alteração, solicito que acrescente sua sugestão no espaço 2 correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

	1ª Versão		Proposta de atualização		
	Vias aéreas/Respiração		Alteração respiratória		1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado 1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3.Não concordo( )
<b>Item</b>	<b>1.Queixa Principal</b>	<b>2.Sinais e Sintomas</b>	<b>1.Queixa Principal</b>	<b>2.Indicadores clínicos</b>	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado 1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3.Não concordo( )

01	Código de parada (sinal sonoro)  Insuficiência respiratória	PCR* Iminência de PCR paciente não responsivo SSVV* ausentes/instáveis (ANEXO A)  Cianose central, FR* alterada (ANEXO A) Dispneia extrema SpO <sub>2</sub> * < 90% Obstrução de via aérea	Parada cardiorrespiratória  Alteração respiratória	Iminência de parada Não responsivo Ausência de movimento respiratório  Dispneia intensa com fadiga muscular Obstrução de vias aéreas Cianose SSVV* ausentes/instáveis Sat O <sub>2</sub> * < 90% (ANEXO A)	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3.Não concordo( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\*PCR: Parada cardio-respiratória; IR: Insuficiência respiratória; SSVV: Sinais vitais; FR: Frequência respiratória, FC: Frequência cardíaca; SpO<sub>2</sub>: Saturação de oxigênio.

Item	1.Queixa Principal	2.Sinais e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
02	Dispneia, Asma prévia, Sibilância recorrente  Anafilaxia	SSVV* normais Estridor, sialorreia, angústia respiratória intensa, esforço muscular Passado de asma grave Sat O <sub>2</sub> < 92%  Sensação de garganta fechando, edema de glote	Alteração respiratória  Intoxicação exógena e/ou anafilaxia	Asma prévia e sibilância recorrente Fala entrecortada Estridor, sialorreia Sat O <sub>2</sub> de 90 a 92% SSVV alterados (ANEXO A)  Desconforto respiratório Sensação de garganta fechando, edema de glote	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* SSVV: Sinais vitais; FR: Frequência respiratória, FC: Frequência cardíaca; SpO<sub>2</sub>: Saturação de oxigênio.

Item	1.Queixa Principal	2.Sinais e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
03	Dispneia leve a moderada  SSVV* alterados sem sintomas	Asma com dispneia ao exercício Tosse frequente Asma e SpO <sub>2</sub> entre 92 e 94%  FC < 50 ou <140ipm T > 38,5°C FR alterada (ANEXO A)	Alteração respiratória  SSVV* alterados sem sintomas	Dispneia moderada a leve Sat O <sub>2</sub> entre 93 e 94% Tosse frequente Asma com dispneia ao exercício  FC < 50 ou <140ipm T > 38,5°C e <40°C em crianças > 3meses FR alterada (ANEXO A)	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )

2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço	
---	--

\* SpO<sub>2</sub>: Saturação de oxigênio; FR: Frequencia respiratória; T: Temperatura.

Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
04	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	Sintomas gripais	<b>Eupneico</b> Dor de garganta intensa (8-10/10) (ANEXO C) Dor de ouvido Tosse produtiva Rinorréia purulenta Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A) Mialgia	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( )  2. Concordo em parte ( )  3. Não concordo ( )

2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço	
---	--

\*T: Temperatura.

Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
05	Sintomas gripais	Coriza Queixas leves Dor de garganta Sem sintomas respiratórios SSVV normais (ANEXO A)	Sintomas gripais	<b>Eupneico</b> Coriza Queixas leves Dor de garganta <b>moderada (4-7/10) a leve (1-3/10)</b> (ANEXO A) SSVV normais (ANEXO A)	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( )  2. Concordo em parte ( )  3. Não concordo ( )

2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço	
---	--

\* SSVV: Sinais vitais.

	<b>Circulação/Hemodinâmica</b>		<b>Comprometimento Hemodinâmico</b>		1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( )  2. Concordo em parte ( )  3. Não concordo ( )
Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	

06	<b>Trauma maior</b>  <b>Choque</b>	Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração  Hipotensão, taquicardia, Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino Pulso carotídeo impalpável	<b>Trauma grave</b>  <b>Choque</b> cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos  <b>Distúrbios metabólicos</b>	Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração <b>Amputação com sangramento ativo</b>  Hipotensão, taquicardia, bradicardia (ANEXO A) Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, febre(ANEXO A) Pulso carotídeo impalpável  <b>Hipo/hiperglicemia</b>	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( )  2. Concordo em parte ( )  3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\*IR: Insuficiência respiratória; TCE: Trauma crânio-encefálico.

Item	1.Queixa Principal	2.Sinai s e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
07	Trauma grave  Comprometimento hemodinâmico  Queimaduras  Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe Infecções graves, seps  Sinais vitais alterados com sintomas	Ferimento extenso com sangramento ativo Amputação SSVV normais (ANEXO A)  Palidez, Sudorese Taquicardia inexplicada Tonteira ao se levantar  Queimaduras de 2º ou 3º graus 10%>SCQ<25% ou em áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais (ANEXO D)  Hematêmese volumosa Hemoptise franca Epistaxe com PA alterada (ANEXO A)  SSVV instáveis (ANEXO A) Temperatura >38,5°C, calafrios Eritema purpúrico (meningite) FR, FC e PAS ou PAD <ou > de acordo com a idade (ANEXO A) T <35°C ou T>40°C	<b>Comprometimento</b> hemodinâmico, Diabetes Mellitus (hipo ou hiperglicemia)  Hemorragia, melena, sangramento vaginal  Intoxicação exógena  Trauma grave  Queimaduras e/ou ferida  <b>Infecção</b>  Sinais vitais alterados com sintomas	Palidez, sudorese, <b>tontura ao levantar-se</b> <b>Visão turva, respiração rápida e profunda, hálito cetônico</b>  Hematêmese volumosa Hemoptise franca Epistaxe com PA alterada (ANEXO A)  Intoxicação exógena com alteração de consciência ou alteração de sinais vitais (ANEXO A)  Ferimento extenso com sangramento ativo Amputação <b>sem sangramento ativo</b> SSVV normais (Anexo A)  Queimaduras de 2º ou 3º graus, SCQ de 10% a 25% ou em áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais (ANEXO D)  Seps, <b>toxemia, letargia</b> , T >38°C com calafrios, eritema purpúrico (meningite)  FR, FC e PAS ou PAD alterados (ANEXO A) T <35°C ou T ≥40°C em qualquer idade <b>Criança &lt; 3meses com T ≥38°C (ANEXO A)</b>	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( )  2. Concordo em parte ( )  3. Não concordo ( )



		grau, < 10% SCQ, área não crítica (ANEXO D)	Queimaduras e/ou Feridas	SCQ < 10% em áreas não-críticas (ANEXO D) Ferida com febre Ferida com necrose Mífase com infestação	
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* SCQ: Superfície corporal queimada; T: Temperatura.

Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
10	Trauma menor  Feridas	Escoriações Ferida que não requer fechamento  Limpa sem sinais sistêmicos de infecção Escaras sem sinais sistêmicos Controle de úlceras crônicas Retirada de pontos Queimadura de 1º Grau, pequena, áreas não-críticas (ANEXO D)	Trauma leve  Queimaduras e/ou Feridas	Escoriações Ferida que não requer fechamento Curativo  Queimadura de 1º grau, pequenas, áreas não-críticas (ANEXO D) Ferida limpa sem sinais sistêmicos de infecção Escaras sem sinais sistêmicos Controle de úlceras crônicas Retirada de pontos	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

	Nível de Consciência		Alteração no Nível de Consciência		1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado 1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
11	Parada cardiorrespiratória Código de parada (sinal sonoro)  Trauma maior  Choque  ECG de 3 a 8	Paciente não responsivo SSVV ausentes  TCE (ECG 3 a 8) (ANEXO B)  Alteração do sensório associado a sinais de choque  Paciente irresponsivo, só com resposta à dor Convulsão em	Alteração no nível de consciência  Trauma craniano	Usuário de saúde não responsivo ou responsivo à dor ECG - 3 a 8 (ANEXO B) Convulsão em atividade Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)  Perfuração craniana Alteração mental Alteração dos sinais vitais (ANEXO A)	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )

		atividade Letargia – confusão mental Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)			
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\*TCE: Trauma crânio-encefálico; SpO<sub>2</sub>: Saturação de oxigênio; ECG: Escala de Glasgow de Coma.

Item	1.Queixa Principal	2.Sinais e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
12	Alteração do estado mental  Trauma craniano  Doença psiquiátrica ou comportamental  Abstinência grave de álcool ou drogas	Agitação, Letargia Irritabilidade, sonolência, coma  ECG 9 a 13 (ANEXO B) Perda da consciência, convulsão, confusão mental, Náuseas e vômitos  Alteração do comportamento Agitação extrema Desmaiado  Convulsão, alucinações, agitação, tremores	Alteração do nível de consciência  Trauma craniano  Doença psiquiátrica ou comportamental  Abstinência grave de álcool e drogas  Alteração dos SSVV (ANEXO A)	Agitação, irritabilidade, letargia, sonolência  ECG 9 a 13 (ANEXO B), perfuração craniana, convulsão, náuseas ou vômitos  Grave alteração do comportamento Agitação extrema Desmaiado  Convulsão, coma, agitação, alucinações, tremores  Taquicardia, hipertensão, febre	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* TCE: Trauma crânio-encefálico; ECG: Escala de Glasgow de Coma.

Item	1.Queixa Principal	2.Sinais e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
13	Trauma craniano  Convulsão	Sem perda da consciência ECG 14 a 15 (ANEXO B) Náusea ou vômito  SSVV normais (ANEXO A) Crise nas últimas 24h ou primeiro episódio, porém curto (<5min)	Trauma craniano  Alteração do nível de consciência	Lesão craniana moderada Sem alteração do estado mental Alerta (ECG 14 ou 15) (ANEXO B) Náusea ou vômito  Crise epiléptica nas últimas 24h ou primeiro episódio de convulsão, porém curto (<5min) ECG 13 a 15 (ANEXO B), SSVV normais	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )

	Doença psiquiátrica ou comportamental	Agitação menos intensa, mas consciente. Alucinação, desorientação	Doença psiquiátrica ou comportamental	(ANEXO A)  Agitação menos intensa, mas consciente Alucinação, desorientação	
	Situações especiais	Deficiente mental	Situações especiais	Deficiente mental	
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* ECG: Escala de Glasgow de Coma.

Item	1.Queixa Principal	2.Sinai e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
14	Trauma craniano  Doença psiquiátrica ou comportamental  Situações especiais	Sem perda da consciência, sem vômitos Alerta (ECG = 15) Acidente a mais de 6 horas SSVV normais (ANEXO A)  Pensamentos suicidas Gesticulando mais não agitado Sem risco pra si ou para outrem  Deficiente físico	Trauma craniano  Doença psiquiátrica ou comportamental  Situações especiais	Lesão craniana leve Sem alteração do estado mental Sem vômito Alerta (ECG = 15) Acidente a mais de 6 horas, SSVV normais (ANEXO A)  Pensamentos suicidas Gesticulando mais não agitado Sem risco pra si ou para outrem  Deficiente físico	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* ECG: Escala de Glasgow de Coma.

Item	1.Queixa Principal	2.Sinai e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
15	Doença psiquiátrica	Depressão crônica recorrente Crise social Estado mental normal	Doença psiquiátrica	Depressão crônica recorrente Crise social Estado mental normal	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )

2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço	
---	--

\* SSVV: Sinais vitais.

Item	Dor		Dor		
	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
16	Trauma maior	Trauma torácico, abdominal ou craniano com: dor intensa (9 a 10/10) (ANEXO C)	Trauma grave	Lesão grave de único ou múltiplo sistema Trauma torácico ou abdominal (dor intensa (8 a 10/10) (ANEXO C), sintomas respiratórios) Amputação com sangramento ativo	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
	2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço				

\* TCE: Trauma crânio-encefálico; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio.

Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
17	Trauma craniano  Trauma grave  Dor torácica  Dor torácica tipo visceral  Dor abdominal  Cefaleia	Coma: ECG entre 9 e 13 (ANEXO B), cefaleia intensa, dor cervical  Dor moderada a grave (5 a 8/10) (ANEXO C) Fratura com deformidade ou sangramento Amputação SSVV normais (ANEXO A)  SSVV alterados (ANEXO A)  Associados a sudorese, náusea, dispnéia  Associações: náuseas, vômitos, sudorese Dor intensa (ANEXO C), SSVV alterados (ANEXO A)	Trauma Grave   Dor intensa  Dor abdominal   Dor de cabeça	Dor Cervical Dor moderada (4-7/10) a intensa (8-10/10) (ANEXO C) Fratura com deformidade ou sangramento Amputação sem sangramento ativo, SSVV normais (ANEXO A)  Aguda, central (cabeça, tórax, abdome) e intensa (ANEXO C) Luxação, lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição da função MMII  Dor intensa (8 - 10/10) em cólica ou não (ANEXO C) Associada a náuseas, vômitos, sudorese, irradiações, SSVV alterados (ANEXO A)  Cefaléia intensa (8-10/10) incontrolável (ANEXO C) Rigidez de nuca Náuseas ou vômitos	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )

	Dor intensa	Intensa incontrolável. Com rigidez na nuca Náuseas ou vômitos Sinais neurológicos focais (paresia, afasia)  Aguda, central (cabeça, tórax, abdome) (ANEXO C) Luxação, Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição da função MMII	Dor torácica tipo visceral	Sinais neurológicos focais (paresia, afasia)  Em peso, queimação, associados a sudorese, náusea, dispneia, SSVV alterados (ANEXO A)	
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* SSVV: Sinais vitais; ECG: Escala de Glasgow de Coma.

Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
18	Trauma craniano  Trauma moderado  Dor abdominal  Dor	Cefaleia moderada (ANEXO C) Sem perda da consciência (ANEXO B)  Náusea ou vômito Trauma torácico com dor leve ou moderada e sem dispneia (ANEXO C)  SSVV normais (ANEXO A) Distensão abdominal Retenção urinária Prostração Febre  Enxaqueca Cólica renal	Trauma craniano  Trauma moderado  Dor abdominal  Dor moderada a intensa  Dor de cabeça (cefaleia)	Cefaleia moderada (4-7/10) (ANEXO C) Sem dor cervical  Trauma torácico com dor leve (1-3/10) ou moderada e sem dispneia (ANEXO C) Fratura alinhada, luxação, distensão  Dor moderada associada a vômitos, febre ou disuria Distensão abdominal Retenção urinária Prostração  Cólica renal Lombalgia que impede a deambulação Articulações ou membros com dor intensa, edema, com sinais flogísticos (dor, calor e rubor) e febre associada  Enxaqueca	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* SSVV: Sinais vitais; FR: TCE: Trauma crânio-encefálico; SpO<sub>2</sub>: Saturação de oxigênio.

Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
19	Trauma craniano  Trauma menor  Dor abdominal  Cefaleia  Dor	Baixo impacto, sem perda da consciência (ANEXO B) Acidente há mais de 6h e < 10 dias  SSVV normais Torácico sem dor de costela ou dispneia Distensões, contusões, torções (fratura possível)  Aguda, moderada (ANEXO C) Ausência de prostração  Não-súbita, Não-intensa, Não-enxaqueca (ANEXO C)  Lombalgia mais intensa (ANEXO C) Artralgia com limitação sem sinais flogísticos	Trauma craniano  Trauma leve  Dor abdominal  Dor de cabeça (Cefaleia)  Dor moderada a intensa	Trauma de baixo impacto Sem sintomas cervicais  Torácico sem dor de costela ou dispneia Distensões, contusões, torções (fratura possível)  Aguda, moderada (4-7/10) (ANEXO C) Ausência de prostração SSVV normais (ANEXO A)  Não súbita Leve a moderada ( $\leq 7/10$ ) (ANEXO C) Não-enxaqueca  Lombalgia intensa, que não impede deambulação Artralgia com limitações, sem sinais flogísticos (dor, calor, rubor)	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( )  2. Concordo em parte ( )  3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* SSVV: Sinais vitais; TCE: Trauma crânio-encefálico.

Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
20	Trauma menor  Dor abdominal  Dor leve a moderada	Dor, Contusões, Distensões, Mialgia (ANEXO C)  Dor aguda, leve (< 4/10) (ANEXO C) Constipação intestinal SSVV normais (ANEXO A)  Torácica superficial, crônica,	Trauma leve  Dor abdominal  Dor leve a moderada	Dor leve (1-4/10) (ANEXO C) Mialgia, Distensões ou contusões  Aguda, leve (1-3/10) (ANEXO C) Constipação intestinal SSVV normais (ANEXO A)  Crônica, torácica superficial, piora à	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( )  2. Concordo em parte ( )  3. Não concordo ( )

		piora à compressão Lombalgia crônica, não traumática Disúria		compressão Lombalgia crônica, não traumática Disúria	
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* MMII: Membros inferiores.

	Eliminação/Hidratação		Alteração Hidroeletrólítica		1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado 1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
Item	1.Queixa Principal	2.Sinai s e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
21	Desidratação grave (> 6 sinais de desidratação)	Letargia Dificuldade para beber Boca muito seca Olhos muito encovados Fontanela muito deprimida Prega cutânea se desfaz muito lentamente (>10seg) Pulso muito fino e enchimento capilar muito lento (> 5seg)	Desidratação grave (> 6 sinais de desidratação)	Letargia Dificuldade para beber Boca muito seca Olhos muito encovados Fontanela muito deprimida Prega cutânea se desfaz muito lentamente (>10seg) Pulso muito fino e enchimento capilar muito lento (> 5seg)	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

ELIt em	1.Queixa Principal	2.Sinai s e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
22	Desidratação moderada COM vômitos (de 3 a 6 sinais de desidratação)	Irritada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea se	Desidratação moderada COM vômitos e/ou diarreia (de 3 a 6 sinais de desidratação)	Irritada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea se desfaz lentamente (<10seg)	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( )

	Criança	desfaz lentamente (<10seg) Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5seg)	)	Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5seg) Letargia <b>com</b> recusa alimentar Oligúria <b>ou</b> anúria acima de 6 horas	3. Não concordo ( )
	História de diabetes Mellitus	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)	História de diabetes Mellitus	Sudorese (hipoglicemia) Vômito Visão turva Pulso alterado Dor abdominal Desidratação	
		Sinais de desidratação Sudorese (hipoglicemia), Vômito, Pulso anormal, Dor abdominal			
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

Item	1. Queixa Principal	2. Sinais e Sintomas	1. Queixa Principal	2. Indicadores clínicos	
23	Desidratação moderada SEM vômitos (< 3 sinais de desidratação)	Irritada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea se desfaz lentamente (<10seg) Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5seg)	Desidratação moderada SEM vômitos (< 3 sinais de desidratação) e SEM <b>diarreia</b>	Irritada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea se desfaz lentamente (<10seg) Pulso fino, rápido e enchimento capilar lento (3 a 5seg)  Glicemia >300 ou <50mgdl	1. Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( ) 2. Concordo em parte ( ) 3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

Item	1.Queixa Principal	2.Sinai e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
24	Vômito E diarreia SEM desidratação	SSVV normais Mucosas úmidas Diurese habitual Turgor de pele normal Evacuações/dia < 5 episódios Vômitos/dia < 5 episódios	Vômito E diarreia SEM desidratação	SSVV normais (ANEXO A) Mucosas úmidas Diurese habitual Turgor de pele normal Evacuações/dia < 5 episódios Vômitos/dia < 5 episódios	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( )  2. Concordo em parte ( )  3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

Item	1.Queixa Principal	2.Sinai e Sintomas	1.Queixa Principal	2.Indicadores clínicos	
25	Vômito OU diarreia	SEM desidratação Estado mental normal SSVV normais	Vômito OU diarreia SEM desidratação	Estado mental normal SSVV normais (ANEXO A)	1.Qual sua opinião sobre as alterações no texto ao lado  1. Concordo ( )  2. Concordo em parte ( )  3. Não concordo ( )
2. Caso não concorde com a alteração no texto, acrescente suas sugestões neste espaço					

\* SSVV:Sinai vitais.

**APÊNDICE B****CARTA CONVITE AOS ENFERMEIROS *EXPERTS***

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Caro(a) Colega,

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de doutoranda da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-CE, onde pretendo validar o GUIA DE ACOLHIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA por meio de sua revisão, avaliação de sua confiabilidade e aplicação na prática clínica em um serviço de emergência.

Por reconhecimento de sua experiência profissional e atender aos critérios de inclusão da pesquisa, você foi convidado a participar da etapa de revisão da 1ª versão do guia de ACCR em pediatria. Você também poderá emitir seu julgamento sobre o instrumento no qual, você poderá propor alterações e/ou sugestões, respondendo a um *Check-list* elaborado para esse fim. Para a realização desses procedimentos lhe será fornecido pela pesquisadora uma cópia guia de ACCR em pediatria e o Protocolo de ACCR em pediatria que o originou.

Solicito sua apreciação em cada palavra ou grupo de palavras em destaque nos itens propostos para a atualização GUIA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA (quadro em destaque) contendo alterações nos discriminadores de risco, na queixa principal e/ou nos indicadores clínicos. Desse modo, as palavras em destaque na coluna de atualização (queixa principal (1ª Coluna) e/ou indicadores clínicos (2ª Coluna)) devem ser comparadas com as palavras correspondentes nas colunas (queixa principal (1ª Coluna) e/ou indicadores clínicos (2ª Coluna)) da 1ª versão do guia de classificação de risco em pediatria.

Após sua apreciação, solicito que responda a pergunta 1, marcando um X em uma das opções: concordo, concordo em parte ou não concordo. Caso deseje sugerir alguma alteração, solicito que acrescente sua sugestão no espaço 2 correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

Desde já, agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Coloco-me a disposição para um encontro para que possamos juntos (as) discutir e elucidar quaisquer dúvidas.

Joelna Eline G.L.F. Veras

Bernadete Maria Leal, Nº 93, Salinas. Telefones: 30237903/88546940.

E-mail: [joelnaveras@ufc.br](mailto:joelnaveras@ufc.br)

Lorena Barbosa Ximenes

Orientadora

E-mail: [lbximenes2005@uol.com.br](mailto:lbximenes2005@uol.com.br)

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) AOS ENFERMEIROS *EXPERTS* – ETAPA REVISÃO DO CONTEÚDO DO GUIA DE ACCR

Prezado(a) colega,

Na condição de doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Validação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica**, onde pretendo validar o Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria por meio da revisão de seu conteúdo, da avaliação de sua confiabilidade interobservadores e de sua utilização na prática clínica em um serviço de emergência pediátrica.

O objetivo guia é facilitar a identificação do grau de complexidade clínica da criança, levando em consideração a queixa principal e a avaliação dos indicadores clínicos e parâmetros biofisiológicos. Seu ganho primário é a rápida identificação dos pacientes que se encontram em situação iminente de vida, para colocá-las em ordem de prioridade para o atendimento.

Por reconhecimento de sua experiência profissional e atender aos critérios de inclusão da pesquisa, você está sendo convidado a participar da etapa de revisão do conteúdo do guia. Nesta etapa você participará avaliando o conteúdo o instrumento com base na versão validade do protocolo de ACCR em pediatria.

Informo-lhe que sua participação deverá ser voluntária podendo desistir a qualquer momento, sendo todas as informações coletadas utilizadas somente para essa pesquisa. Solicito-lhe que leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta para que todos os procedimentos da pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação exigirá sua disponibilidade para avaliar o guia de classificação de risco em pediatria com base em um *check-list* elaborado para esse fim o que pode ocasionar dedicação de seu tempo para análise do conteúdo do guia e sua proposta de alteração.

Para a realização desse procedimento lhe será fornecido o *check-list*, uma cópia guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria e o protocolo de ACCR de Fortaleza.

A finalidade deste termo é obter seu consentimento para participar da etapa de revisão do conteúdo da pesquisa, garantindo-lhe sigilo de sua identificação e que você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Ao final da etapa será aplicado um questionário de entrevista contendo dados sociodemográficos e d qualificação profissional que comprovem sua *expertise* na temática de acolhimento com classificação de risco e em estudos de validação, bem como, no qual poderá propor alterações e/ou sugestões. As datas e horários para a coleta de dados serão acordados por ambas.

Informo-lhes que você não receberá nenhum tipo de pagamento para realização da pesquisa e que as instituições envolvidas não terão nenhum ônus.

Agradeço sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo e a melhoria do serviço de enfermagem no ACCR nas emergências pediátricas.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

**Responsáveis pela pesquisa:****JoelnaEline Gomes Lacerda de Freitas Veras – Pesquisadora****Lorena Barbosa Ximenes – Orientadora****Instituição: Universidade Federal do Ceará****Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. CEP: 60.430-190. Rodolfo Teófilo. Telefone para contato: 3366-8464**

**ATENÇÃO:** Em caso de alguma consideração ou dúvidas sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-275. Telefone: 3366-8344.**

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

Abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_.

Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que compreendi perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a pesquisa e sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar de livre e espontânea vontade e para isso dou meu consentimento. Declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

_____	Fortaleza,	_____
Nome do participante da pesquisa	__/__/____	Assinatura do(a) Enfermeiro
_____	Fortaleza,	_____
Nome da pesquisadora	__/__/____	Assinatura da pesquisadora
_____	Fortaleza,	_____
Nome da Testemunha	__/__/____	Assinatura da testemunha
_____	Fortaleza,	_____
Nome do profissional que aplicou o	__/__/____	Assinatura do profissional que aplicou o TCLE
TCLE		

**APÊNDICE D**  
**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS *EXPERTS***

ENFERMEIRA *EXPERTS* Nº. \_\_\_\_\_

<b>I – DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS (1ª. Parte)</b>	
<b>1.1. Idade:</b> _____	15. ___
<b>1.2. Sexo:</b> 1. Masculino 2. Feminino	16. ___
<b>1.3. Ocupação atual:</b> 1. Assistência 2. Docência 3. Pesquisa 4. Consultoria 5. Outros Especifique: _	17. ___
<b>1.4. Local(s) de trabalho:</b> _____	18. ___
<b>1.5. Área de atuação (atual):</b> _____	19. ___
<b>1.6. Experiência com classificação de risco em emergência pediátrica (em anos):</b> _____	20. ___
<b>1.7. Realizou capacitação em acolhimento com classificação de risco?</b> 1. SIM 2. NÃO	21. ___
<b>II – QUALIFICAÇÃO</b>	
<b>2.1. Formação:</b> 1. Graduação: _____ 2. Ano de conclusão: _____	22. ___
<b>2.2. Capacitação:</b> 1. Especialização 2. Mestrado 3. Doutorado 4. Outros: _____	23. ___
<b>2.3. Produção científica na área de interesse:</b> 1. Publicação resumos em anais 2. Publicação em periódicos 3. Elaboração de monografia 4. Elaboração de Dissertação 5. Elaboração de Tese 6. Orientação de monografia 7. Orientação de Dissertação 8. Orientação de Tese	24. ___

## APÊNDICE E

### Procedimento Operacional Padrão (POP) para confiabilidade interobservador

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) tem como objetivo descrever os procedimentos de coleta de dados da fase confiabilidade interobservadores com a utilização do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria construído e validado por Veras (2011) (ANEXO 1).

A confiabilidade de um instrumento é definida, na medida em que o instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas. Os principais atributos de um instrumento confiável são a estabilidade, homogeneidade e a equivalência (LOBIONDO-WOOD, 2001). Neste estudo, pretende-se avaliar a confiabilidade do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, utilizando o método de equivalência através da confiabilidade interobservador.

#### **1º passo: Orientações gerais a serem seguidas pela pesquisadora nos procedimentos de avaliação da Confiabilidade Interobservadores do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria**

Essa avaliação tem a finalidade de identificar se o instrumento “Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria” produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas na prática clínica. A avaliação será realizada por dois enfermeiros denominados por enfermeiro 1 e enfermeiro 2, em que cada um fará a aplicação da 2ª versão do Guia de ACCR em Pediatria (APÊNDICE M) com o sujeito (mães/responsáveis com seus filhos) que se encontrem, no setor de emergência pediátrica, aguardando atendimento no setor de Acolhimento do hospital de emergência pediátrico Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá (CAC), local onde será realizada a pesquisa.

Desse modo, nesta etapa da pesquisa, deverão ser seguidos os procedimentos descritos abaixo:

Item	Procedimentos operacionais – Etapa Avaliação Interobservadores
<b>1</b>	Apresentar-se portando autorização assinada pela Coordenadoria e Gestão do trabalho na Saúde – COGTES (ANEXO 2) da Prefeitura de Fortaleza-CE, junto ao Serviço de Educação Permanente do hospital, a fim de solicitar autorização para realização da pesquisa nas dependências da instituição.
<b>2</b>	Apresentar-se junto à chefia de enfermagem para apresentar a pesquisa, solicitar autorização e para contatar os enfermeiros no serviço. Entregar Carta Convite (APÊNDICE J) aos enfermeiros no próprio setor de Acolhimento do hospital que será realizada a pesquisa, com a apresentação e explicações sobre a 2ª versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria (APÊNDICE M), o Roteiro para coleta de dados pelos enfermeiros na etapa confiabilidade interobservador (APÊNDICE H) e o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria (BRASIL, 2008) para consulta.
<b>3</b>	Explicar o método de coleta de dados, com o intuito de convidá-las a participar da pesquisa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I).
<b>4</b>	Selecionar os enfermeiros 1 e 2, de acordo com os critérios de inclusão: atuar no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco do hospital há mais de seis meses e ter participado de

	pelo menos um dos treinamentos em Acolhimento com Classificação de Risco, periodicamente realizados pela Prefeitura de Fortaleza-CE, nos últimos dois anos. Neste momento, será aplicado o Roteiro de Entrevista com os Enfermeiros (APÊNDICE F).
5	Realizar treinamento individual em horário previamente acordado com os enfermeiros, para orientar sobre a utilização dos instrumentos, explicações sobre o objetivo da pesquisa e a operacionalização da coleta de dados.

**2º passo: Orientações gerais a serem seguidas pela pesquisadora para realização do Treinamento com os enfermeiros na Fase Confiabilidade Interobservadores**

O treinamento com os enfermeiros que aplicarão o Guia de Classificação de Risco em Pediatria com os sujeitos da pesquisa tem a finalidade de tornar aptos os enfermeiros interobservadores selecionados, conhecer os instrumentos que serão utilizados nesta etapa e proporcionar uma coleta de dados semelhante entre eles.

O treinamento será dividido em três momentos e será realizado no mês de junho de 2016. Será avaliado pela porcentagem de equivalência de 100% entre avaliação dos enfermeiros e da pesquisadora a partir de casos clínicos reais, na prática clínica dos enfermeiros, em que cada enfermeiro deverá classificar corretamente pelo menos 30 casos clínicos.

Item	Procedimento
1	<u>Primeiro momento</u> : Entregar para os enfermeiros um kit contendo Carta convite (APÊNDICE J), a 2ª versão do guia de classificação de risco em pediatria (APÊNDICE M), o texto integral do protocolo de ACCR em pediatria (BRASIL, 2008) e o Roteiro para Coleta de Dados (APÊNDICE H). Será feita uma explanação sucinta do projeto de tese e apresentação detalhada do guia de classificação de risco em pediatria. Em seguida solicitada a cada enfermeiro, a indicação de uma temática acerca do processo de classificação de risco em pediatria de seu interesse, para ser discutida individualmente com a pesquisadora.
2	<u>Segundo momento</u> : Discutir, individualmente, com o <u>enfermeiro 1</u> a temática indicada por ele dando enfoque na avaliação das alterações respiratórias, alterações do comprometimento hemodinâmico, alterações no nível de consciência, avaliação da dor e alterações hidroeletrólíticas com base no guia. Nesse momento, também serão explicados os instrumentos Roteiro para Coleta de Dados (APÊNDICE H) e o Instrumento de Coleta de dados Fase Confiabilidade Interobservador (APÊNDICE G). Ao final, serão esclarecidas possíveis dúvidas sobre os instrumentos, o guia e sua utilização.
3	<u>Segundo momento</u> : Discutir, individualmente, com o <u>enfermeiro 2</u> a temática indicada por ele dando enfoque na avaliação das alterações respiratórias, alterações do comprometimento hemodinâmico, alterações no nível de consciência, avaliação da dor e alterações hidroeletrólíticas com base no guia. Nesse momento, também serão explicados os instrumentos Roteiro para Coleta de Dados (APÊNDICE H) e o Instrumento de Coleta de dados Fase Confiabilidade Interobservador (APÊNDICE G). Ao final, serão esclarecidas possíveis dúvidas sobre os instrumentos, o guia e sua utilização.
4	<u>Terceiro momento</u> : Avaliar casos clínicos reais durante o turno de trabalho dos enfermeiros, individualmente, e realizar a classificação de risco com utilização do guia. Sob a observação da pesquisadora, cada enfermeiro deverá classificar corretamente pelo menos 30 casos clínicos. Caso o

	enfermeiro não consiga acertar os 30 primeiros casos, deverá repetir esse processo até que se alcancem os 30 acertos consecutivos, que será considerado 100% de concordância na classificação de risco entre a pesquisadora e os enfermeiros.
5	As enfermeiras serão consideradas aptas para participar do processo de confiabilidade interobservador juntamente com a pesquisadora.
6	Agendar a coleta de dados, quarta fase do treinamento, respeitando o turno de trabalho, a disponibilidade dos enfermeiros e o consentimento da direção do CAC.

**3º passo: Orientações gerais a serem seguidas pela pesquisadora para aplicação do Roteiro de Entrevista (APÊNDICE F) da etapa Confiabilidade Interobservadores.**

A primeira parte do Roteiro para de entrevista com os enfermeiros (APÊNDICE E) deverá conter dados de identificação e qualificação com o objetivo de selecionar os enfermeiros avaliadores de alto nível, com experiência e que tenham realizado capacitação em ACCR por treinamento. Essas variáveis visam caracterizar os sujeitos da pesquisa e serão úteis para identificar associações entre variáveis. A segunda parte do formulário de entrevista deverá conter dados da opinião dos enfermeiros sobre a utilização do guia na prática clínica.

Item	Descrição
1	Aplicação do <u>Roteiro de Entrevista</u> (APÊNDICE F), no início do turno de trabalho dos enfermeiros em local reservado.
2	Aplicar a primeira e segunda parte da entrevista utilizando <u>Roteiro de Entrevista</u> (itens I e II) (APÊNDICE F), com os enfermeiros selecionados:
3	Item I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO. Serão necessários para caracterizar a amostra quanto ao sexo, idade, capacitação, experiência com o tema e capacitação em Acolhimento com Classificação de Risco.  Item II – QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL. Mostrará as características da formação dos enfermeiros avaliadores.
4	Aplicar a segunda parte da entrevista utilizando <u>Formulário de Entrevista</u> (Item III). Informações sobre a utilização do guia na prática clínica e tem intuito de identificar possíveis dificuldades ou falhas durante sua utilização e precisão em medir o grau de risco de crianças nos serviços de emergência: as dificuldades de aplicação na prática clínica, ausência de alguns sinais de alerta ou condição clínica apresentada pela criança, facilidade ou dificuldade de identificação dos discriminadores de risco, frequência da utilização dos discriminadores de risco, identificação e frequência dos indicadores clínicos, opinião sobre o instrumento.

**4º passo: Orientações gerais a serem seguidas pela pesquisadora para coleta de dados da Fase Confiabilidade Interobservadores.**

Neste passo, diferentemente da fase anterior, pretende-se avaliar a concordância entre a avaliação realizada pelos enfermeiros 1 e 2 (treinados anteriormente) do hospital campo e a pesquisadora.

Variável de desfecho: Um grau de concordância maior ou igual a 0,7 entre a pesquisadora e o enfermeiro 1 ou 2, na avaliação de crianças com a utilização do instrumento Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, ratifica que o instrumento é confiável para medir o grau de complexidade clínica (classificação de risco) de crianças na prática clínica.

Esta fase terá duração de um mês (entre junho e julho de 2016) e os horários para coleta serão previamente acordados entre as enfermeiras, a pesquisadora e a coordenação do hospital campo.

Farão parte da amostra todas as crianças acompanhadas por mães/acompanhantes atendidas pelo serviço de ACCR do hospital campo de estudo que concordarem participar do estudo, com exceção das que apresentem quadro clínico instável e risco iminente de morte, cujos procedimentos de avaliação clínica pudessem dificultar a consulta ao guia e interferir no cuidado da criança, impossibilitando cumprir o método de coleta de dados de forma objetiva e sistemática, nos horários em que a pesquisadora e os enfermeiros 1 e 2 estiverem presentes.

<b>Item</b>	<b>Procedimento</b>
<b>1</b>	A pesquisadora e os enfermeiros 1 e 2 deverão realizar avaliação clínica das crianças de maneira independente, utilizando a 2ª versão do Guia de ACCR em pediatria (APÊNDICE M), no momento da chegada à emergência, ou seja, a criança será avaliada pelo enfermeiro 1 ou 2, de acordo com a escala de plantão, e pela pesquisadora.
<b>2</b>	O enfermeiro 1 ou 2 realizará a avaliação da criança, utilizando o Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria e o impresso próprio do hospital para evitar aumento de tempo da triagem e prejuízo ao serviço. Neste, o enfermeiro deverá anotar dados necessários para pesquisa. A avaliação clínica deverá seguir o Roteiro para Coleta de Dados (APÊNDICE H). Desse modo, os dados de interesse do estudo deverão ser transcritos posteriormente pela pesquisadora ou pelas auxiliares de coleta de dados, no Instrumento de Coleta de Dados Fase Confiabilidade Interobservador (APÊNDICE G).
<b>3</b>	Roteiro para Coleta de Dados (APÊNDICE H) desta fase contém questões abertas e fechadas, tais como: I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (Preencher com dados da ficha de atendimento). II - AVALIAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA (queixa principal, início - evolução e duração dos sintomas, comorbidades importantes, aparência física, estado emocional, uso de medicações ou medidas adotadas antes de buscar o atendimento, história de alergias, sinais de alerta, sinais vitais, glicemia, saturação de oxigênio, avaliação da dor, avaliação do nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow, avaliação da superfície corporal queimada, utilização e frequência do indicador de risco e da classificação de risco atribuída pela enfermeira: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul) entre outros dados relevantes na avaliação de clínica para identificação do grau de risco
<b>4</b>	Após o levantamento destes dados, a enfermeira deverá colocar a pulseira colorida no punho da criança, que indicará o nível de classificação de risco recomendado. Estes dados serão transcritos para o Instrumento de Coleta de Dados Fase Confiabilidade Interobservador o da Pesquisadora (APÊNDICE G) posteriormente pela pesquisadora ou auxiliares de coleta de

	dados.
<b>5</b>	Antes do início da avaliação da criança, a pesquisadora, então abordará as mães/acompanhantes de crianças, esclarecendo os objetivos da pesquisa e convidando a participar do estudo. Aqueles que concordarem; assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE K). Os que se recusarem em participar seguirão o fluxo próprio do serviço e sua ficha não necessitará ser transcrita.
<b>6</b>	Antes do início da avaliação, a pesquisadora, então abordará as crianças ou adolescentes com linguagem apropriada para o seu entendimento, esclarecendo os objetivos e benefícios da pesquisa, o modo de participação durante a coleta de dados e de que estará livre para participar, recusar-se ou desistir a qualquer momento sem prejuízo do atendimento. e convidando a participar do estudo. Aqueles que concordarem; assinarão termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) (APÊNDICE L). Os que se recusarem em participar seguirão o fluxo próprio do serviço e sua ficha não necessitará ser transcrita.

## APÊNDICE F

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS DA ETAPA  
CONFIABILIDADE INTEROBSERVADOR – SEGUNDA ETAPA**

ENFERMEIRA Nº. \_\_\_\_\_

<b>I – DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS (1ª Parte)</b>	
<b>15. Idade:</b> _____	15. __
<b>16. Sexo:</b> 1. Masculino 2. Feminino	16. __
<b>17. Ocupação atual:</b> 1. Assistência 2. Docência 3. Pesquisa 4. Consultoria 5. Outros Especifique: _	17. __
<b>18. Experiência com classificação de risco em emergência pediátrica (em anos):</b> _____	18. __
<b>19. Realizou capacitação em acolhimento com classificação de risco?</b> 1. SIM 2. NÃO	19. __
<b>II – QUALIFICAÇÃO</b>	
<b>22. Formação:</b> 1. Graduação: _____ 2. Ano de conclusão: __	22. __
<b>23. Capacitação:</b> 1. Especialização 2. Mestrado 3. Doutorado 4. Outros: _____	23. __
<b>III – CONFIABILIDADE E APLICABILIDADE DO GUIA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (2ª Parte)</b>	
<b>25. O guia foi utilizado durante a classificação de risco na hora da consulta.</b> 1. Raramente 2. Às vezes 3. Sempre	25. __
<b>26. Se resposta afirmativa, cite os pontos positivos da utilização do guia durante a consulta no ACCR em pediatria:</b> _____	26. __
<b>27. Se resposta negativa, cite os pontos negativos da utilização do guia durante a consulta no ACCR em pediatria:</b> _____	27. __
<b>28. Durante o atendimento algum discriminador de risco deixou de ser encontrado no guia?</b> 1. Sim 2. Não. 3. Qual(is): _____	28. __
<b>29. Durante o atendimento alguma queixa principal deixou de ser encontrada no guia:</b> 1. Sim 2. Não. 3. Qual(is): _____	29. __
<b>30. Durante o atendimento algum sinal e/ou sintoma deixou de ser encontrado no guia?</b> 1. Sim 2. Não( ). 3. Se resposta afirmativa, cite: _____	30. __
<b>31. Gostaria de acrescentar alguma informação que deixou de ser referida no guia?</b> _____	31. __
<b>32. Qual a sua opinião geral sobre o instrumento produzido?</b> 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim	32. __
<b>33. Qual o grau de dificuldade da utilização do guia na prática?</b> 1. Sem dificuldade 2. Com pouca dificuldade 3. Com muita dificuldade 4. Extremamente difícil	33. __
<b>34. Você entende que a utilização do guia é relevante para o exercício da profissão e para a qualidade da assistência de enfermagem à crianças em unidade de emergência pediátrica?</b> 1. Sim 2. Não 3. Em parte	34. __

## APÊNDICE G

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ETAPA CONFIABILIDADE

## INTEROBSERVADOR – SEGUNDA ETAPA

Enfermeiro N°:

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO										
N° do paciente: _____										
35. Tempo de avaliação no ACCR: 1.Início: _____ 2. Fim: _										35.__
36. Idade: _____										36.__
37. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino										37.__
38. Peso: _____										38.__
39. Procedência: 1.Regional I 2.Regional II 3.Regional III 4.Regional IV 5. Regional V 6.Regional VI 7.Outros: _____										39.__
II - AVALIAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA										40.__
40. Queixa principal: _____										41.__
41. Sinais e sintomas: _____										
42. Dados do evento: Início: 1.Menos de 06 horas 2.Menos de 12 horas 3.Entre 12 e 24 horas 4.Mais de 24 horas 5.Há mais de 3 dias 6.Há mais de uma semana 7. Há mais de um mês 8.Há 6 meses ou mais										42.__
43. Característica da evolução dos sintomas: 1.Evoluindo/aumentando 2.Involuindo/diminuindo 3.Mantém-se estável										43.__
44. História de alergias:										44.__
45. Comorbidades importantes: _____										45.__
46. Aparência física: 1.Saudável 2.Bem 3.Abatido 4.Comprometido										46.__
47. Estado emocional: 1.Tranquilo 2.Ancioso 3.Preocupado 4.Agitado										47.__
48. Uso de medicações ou medidas adotadas antes de buscar o atendimento: 1.Sim 2.Não										48.__
49. Avaliação da dor (tipo de dor): 1.Cefaleia 2.Dor abdominal 3.Dor torácica 4.Dor torácica tipo visceral 5.Dor em peso 6.Lombalgia										49.__
50. Características da dor: 1.Localizada 2.Com irradiação 3.Dor contínua 4.Dor intermitente										50.__
52. Escala de dor:										52.__
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53. Alterações encontradas na avaliação da criança (visão global do paciente – impressão do enfermeiro): 1.Estado Geral Bom 2.EGRegular 3.EGComprometido 4.EGGrave 5.EGGravíssimo 5. 7.Outras impressões: _____										53.__
54. Sinais Vitais, avaliação do nível de consciência, peso, saturação de oxigênio: 1. Temperatura: _____ 2.Pulso: _____ 3.Frequência respiratória: _____ 4.Pressão arterial: _____ 5.Glasgow: _____ 6.SpO <sub>2</sub> : _____										54.__
III. AVALIAÇÃO DO GUIA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO										

<b>55. Discriminador de risco:</b> 1.Alterações Respiratórias 2.Comprometimento Hemodinâmico 3.Alteração no Nível de Consciência 4.Dor 5.Alterações Hidroeletrólíticas	55.__
<b>56.Classificação de risco atribuída pela enfermeira:</b> 1.Vermelho 2.Laranja 3.Amarelo 4.Verde 5.Azul	56.__
<b>57. Destino do paciente:</b> 1.Aguardar atendimento médico 2.Encaminhamento para Atenção Básica 3.Encaminhamento administrativo	57.__
<b>58.Modos de tomada de decisão pela enfermeira:</b> 1.Intuitiva 2.Racional	58.__
<b>59.Que tipo de evento influenciou a tomada de decisão do enfermeiro:</b> 1.Limitação do tempo 2.Fatores conflitantes 3.Outros ( )	59.__
<b>60. Os fatores conflitantes que influenciaram a conduta do enfermeiro foram ocasionados por:</b> 1.Interesses da mãe 2.Interesses do enfermeiro 3.Interesses outro profissional	60.__

**APÊNDICE H****ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS****Avaliação do enfermeiro**

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (Preencher com dados da ficha de atendimento)

II - AVALIAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA

- **Queixa principal**
- **Início, evolução e duração dos sintomas**
- **Antecedentes morbidos importantes**
- **Aparência física e estado emocional**
- **Uso de medicamento ou medidas adotadas antes de buscar o atendimento.**
- **História de alergias**
- **Sinais Vitais**
- **Saturação de Oxigênio**
- **Avaliação da dor** (tipo e característica):
- **Escala de dor** (De 0 a 10).
- **Alterações encontradas na avaliação da criança**
- **Sinais de alerta**
- **Discriminador de risco**
- **Indicador clínico**
- **Classificação de risco atribuída pela enfermeira**

**APÊNDICE I****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS ENFERMEIROS DA ETAPA CONFIABILIDADE INTEROBSERVADOR – SEGUNDA ETAPA**

Prezado(a) colega,

Na condição de doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Validação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza na Prática Clínica**, onde pretendo validar o Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria por meio da avaliação de sua confiabilidade de sua utilização na prática clínica em um serviço de emergência pediátrica.

O objetivo guia é facilitar a identificação do grau de complexidade clínica da criança, levando em consideração a queixa principal e a avaliação dos sinais, sintomas e parâmetros biofisiológicos. Seu ganho primário é a rápida identificação dos pacientes que se encontram em situação iminente de vida, para colocá-las em ordem de prioridade para o atendimento.

Por reconhecimento de sua experiência profissional e atender aos critérios de inclusão da pesquisa, você está sendo convidado a participar da etapa de confiabilidade interobservador. Nesta etapa você participará aplicando o instrumento junto a crianças juntamente com a pesquisadora.

Informo-lhe que sua participação deverá ser voluntária podendo desistir a qualquer momento, sendo todas as informações coletadas utilizadas somente para essa pesquisa. Solicito-lhe que leia atentamente estas informações as informações abaixo e faça qualquer pergunta para que todos os procedimentos da pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação exigirá sua disponibilidade para utilizar o guia de classificação de risco em pediatria durante o atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) o que pode ocasionar pequenos desconfortos pela alteração da rotina durante suas atividades.

Para a realização desse procedimento lhe será fornecido uma cópia guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria e o protocolo de ACCR de Fortaleza. A pesquisadora também realizará um treinamento teórico e prático, em que lhe será dada, individualmente, explicações sobre a finalidade do estudo e orientações sobre a utilização do guia durante o atendimento à criança na unidade de emergência. As datas e horários para o treinamento e coleta de dados serão acordados por ambas as partes.

A finalidade deste termo é obter seu consentimento para participar da etapa de confiabilidade interobservador da pesquisa, garantindo-lhe sigilo de sua identificação e que você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Ao final da etapa será aplicado um questionário para você avaliar o guia e sua aplicação junto às crianças, no qual poderá propor alterações e/ou sugestões. As datas e horários para a coleta de dados serão acordados por ambas.

A chefia de enfermagem deste serviço está ciente do estudo e já forneceu autorização para a realização do mesmo. Informo-lhes que você não receberá nenhum tipo de pagamento para realização da pesquisa e que as instituições envolvidas não terão nenhum ônus.

Agradeço sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo e a melhoria do serviço de enfermagem no ACCR nas emergências pediátricas.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

**Responsáveis pela pesquisa:**

**JoelnaEline Gomes Lacerda de Freitas Veras – Pesquisadora**

**Lorena Barbosa Ximenes – Orientadora**

**Instituição: Universidade Federal do Ceará**

**Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. CEP: 60.430-190. Rodolfo Teófilo. Telefone para contato: 3366-8464**

**ATENÇÃO:** Em caso de alguma consideração ou dúvidas sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-275. Telefone: 3366-8344.**

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

Abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_.

Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que compreendi perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a pesquisa e sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar de livre e espontânea vontade e para isso dou meu consentimento. Declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

_____	Fortaleza,	_____
Nome do participante da pesquisa	__/__/__	Assinatura do(a) Enfermeiro
_____	Fortaleza,	_____
Nome da pesquisadora	__/__/__	Assinatura da pesquisadora
_____	Fortaleza,	_____
Nome da Testemunha	__/__/__	Assinatura da testemunha
_____	Fortaleza,	_____
Nome do profissional que aplicou o TCLE	__/__/__	Assinatura do profissional que aplicou o TCLE

**APÊNDICE J****CARTA CONVITE PARA ENFERMEIROS**

Fortaleza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Caro(a) Colega,

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de doutoranda da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-CE, onde pretendo validar o GUIA DE ACOLHIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA por meio da avaliação de sua confiabilidade e aplicabilidade em um serviço de emergência.

Por reconhecimento de sua experiência profissional e atender aos critérios de inclusão da pesquisa, você foi convidado a participar da etapa de confiabilidade interobservador. Você também poderá emitir seu julgamento sobre o instrumento e sua aplicação junto aos pacientes, no qual, você poderá propor alterações e/ou sugestões, respondendo a um formulário de entrevista.

Para a realização desses procedimentos lhe será fornecido pela pesquisadora uma cópia guia de acolhimento classificação de risco em pediatria e o Protocolo que o originou. Você será treinado individualmente e lhe serão dadas explicações sobre a finalidade do estudo e a utilização do guia durante o atendimento à mãe com o seu filho na unidade de emergência. As datas e horários para o treinamento e coleta de dados serão acordados entre a instituição, você e a pesquisadora e sua participação será voluntária.

Desde já, agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Coloco-me a disposição para um encontro para que possamos juntos (as) discutir e elucidar quaisquer dúvidas.

Joelna Eline G.L.F. Veras

Bernadete Maria Leal, Nº 93, Salinas. Telefones: 30237903/88546940.

E-mail: [joelnaveras@ufc.br](mailto:joelnaveras@ufc.br)

Lorena Barbosa Ximenes

Orientadora

E-mail: [lbximenes2005@uol.com.br](mailto:lbximenes2005@uol.com.br)

**APÊNDICE K****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA MÃES OU RESPONSÁVEIS**

Cara Senhora,

A finalidade deste termo é obter sua autorização para participar da pesquisa cujo título é “**Validação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza na Prática Clínica**”. Esta pesquisa está vinculada ao Curso de Doutorado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e está sendo realizada por mim, Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras, sob a orientação da professora Doutora Lorena Barbosa Ximenes.

A senhora está sendo convidada para participar desta pesquisa. Solicito que a senhora leia atentamente as informações abaixo e que faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo avaliar o guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria por meio de sua aplicação no serviço de emergência. A finalidade do guia é auxiliar na classificação de risco do(s) seu(s) filho(s) de forma rápida e eficiente quanto aos sinais e sintomas que eles apresentem durante a avaliação da enfermeira na unidade hospitalar, para diminuir o tempo de classificação de risco e de espera pelo atendimento médico, bem como diminuir o agravamento das crianças pela demora do atendimento.

Durante o atendimento no setor do acolhimento a enfermeira realizará avaliação do seu filho na sua presença e na presença da pesquisadora, utilizando o guia de classificação de risco em pediatria.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido à senhora, mediante a sua autorização, a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que:

- A sua participação na pesquisa deverá ser de livre e de espontânea vontade, podendo retirar seu consentimento na pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Não lhe será atribuído nenhuma forma de pagamento pela mesma.

- A utilização do guia poderá ocasionar o aumento de alguns minutos do tempo de permanência na sala de ACCR, devido à mudança na rotina do enfermeiro, pois a mesma deverá consultar o guia durante a avaliação do seu filho. Diante disso informo-lhe que este estudo não interferirá nos cuidados e tratamentos oferecidos pela instituição, e a sua participação, não implicará, necessariamente, em aumento do tempo de espera para a avaliação médica.

- A presença da pesquisadora durante o atendimento poderá acarretar constrangimento à senhora, entretanto garanto-lhe o anonimato e segredo quanto ao seu nome e quanto às informações conseguidas através da sua participação. Informo-lhe, ainda que não divulgarei nenhuma informação que possa identificar a senhora ou seu(s) filho(s) ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família. Garanto-lhe ainda, que os dados obtidos no decorrer da consulta somente serão utilizados pelos responsáveis pela pesquisa e que os resultados serão divulgados aos profissionais estudiosos no assunto.

- Este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com a senhora.

Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de danos à saúde da criança atendida na emergência, repercutindo diretamente na redução da mortalidade infantil.

Agradeço por sua cooperação e coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento no decorrer da pesquisa.

**Responsáveis pela pesquisa:**

**JoelnaEline Gomes Lacerda de Freitas Veras – Pesquisadora**

**Lorena Barbosa Ximenes – Orientadora**

**Instituição: Universidade Federal do Ceará**

**Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. CEP: 60.430-190. Rodolfo Teófilo. Telefone para contato: 3366-8464**

**ATENÇÃO:** Em caso de alguma consideração ou dúvidas sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-275. Telefone: 3366-8344.**

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

Abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_.

Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que compreendi perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a pesquisa e sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar de livre e espontânea vontade e para isso dou meu consentimento. Declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

_____	Fortaleza, __/__/____	_____
Nome do participante da pesquisa		Assinatura do(a) mãe ou responsável
_____	Fortaleza, __/__/____	_____
Nome da pesquisadora		Assinatura da pesquisadora
_____	Fortaleza, __/__/____	_____
Nome da Testemunha		Assinatura da testemunha

## APÊNDICE L

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) PARA  
CRIANÇAS A PARTIR DE 7 ANOS**

Você está sendo convidado(a) como participante da pesquisa: **Validação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza na Prática Clínica** " vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Nesse estudo pretendemos avaliar e validar o Guia de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria por meio de sua utilização na prática clínica em um serviço de emergência pediátrica.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é elaborar um guia de avaliação da criança ou adolescente para auxiliar na classificação de risco do(s) crianças ou adolescentes de forma rápida e eficiente quanto aos sinais e sintomas que eles apresentem durante a avaliação da enfermeira na unidade hospitalar, para diminuir o tempo de classificação de risco e de espera pelo atendimento médico, bem como diminuir o agravamento das crianças pela demora do atendimento.

O procedimento que adotaremos neste estudo o seguinte: durante o atendimento no setor do acolhimento você será avaliado pela enfermeira que utilizará o guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria de Fortaleza durante sua avaliação, na presença de sua mãe/acompanhante e da presença da pesquisadora.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, pois a utilização do guia poderá ocasionar o aumento de alguns minutos do tempo de permanência na sala de ACCR, devido à mudança na rotina do enfermeiro, pois a mesma deverá consultar o guia durante a sua avaliação, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu

responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

**JoelnaEline Gomes Lacerda de Freitas Veras – Pesquisadora**

**Lorena Barbosa Ximenes – Orientadora**

**Instituição: Universidade Federal do Ceará**

**Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. CEP: 60.430-190. Rodolfo Teófilo. Telefone para contato: 3366-8464**

**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/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

APÊNDICE M

2ª VERSÃO DO GUIA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza-CE

Alteração Respiratória		Comprometimento Hemodinâmico		Alteração no Nível de Consciência		Dor		Alteração Hidroeletrólítica	
Queixa Principal	Indicadores Clínicos	Queixa Principal	Indicadores Clínicos	Queixa Principal	Indicadores Clínicos	Queixa Principal	Indicadores Clínicos	Queixa Principal	Indicadores Clínicos
Parada cardiopulmonar	Criança ou adolescente não responsivo ou ausência de movimento respiratório	Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico	Pulso carotídeo impalpável Taquicardia/bradicardia, síncope postural, Sangramento ativo, pele fria, palidez acentuada SSVV ausentes ou instáveis	Evento severo no SNC*	Criança ou adolescente não responsivo ou responsivo à dor (ECG 3 a 8) Convulsão em atividade Hipoglicemia (distúrbio metabólico)	Dor intensa por trauma grave	Lesão grave com dor intensa (8-10/10) em cabeça, tórax ou abdome e desconforto respiratório	Desidratação grave (>6 sinais de desidratação)	Letargia Boca muito seca Olhos muito encovados Fontanela muito deprimida Prega cutânea >10seg Pulso muito fino Perfusão periférica >5seg
Dispneia intensa com fadiga muscular	Obstrução de vias aéreas Cianose Desconforto respiratório severo Sat O <sub>2</sub> < 90% SSVV* instáveis	Alteração hemodinâmica severa	Pulso periférico fino ou impalpável Palidez, Cianose Perfusão periférica (<2 seg) Sudorese, dispnéia, letargia, tontura ao levantar-se Febre	Alteração severa do nível de consciência	Agitação extrema, letargia, confusão mental, paralisia, sonolência Lactente ou pré-escolar com irritabilidade e recusa alimentar Desmaio, alucinações	Dor severa por trauma grave	Dor moderada (4-7/10) a intensa em cabeça, tórax ou abdome e com SSVV alterados Fratura com deformidade	Desidratação moderada COM vômitos e/ou COM diarreia (de 3 a 6 sinais de desidratação)	Irritada Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea <10seg Pulso fino e rápido Vômitos e/ou diarreia ≥5 Recusa alimentar Oligúria ou anúria > 6h
Asma grave com dispneia intensa	Sibilância, estridor, sialorreia Incapacidade de falar Desconforto respiratório intenso a moderado Sat O <sub>2</sub> de 90 a 92%	Infecções graves/sepses SSVV alterados	FC >180 ou < 55bpm T >38,5°C com calafrios T < 35°C ou T >40°C T > 38°C em < 3meses	Trauma craniano	Convulsão, náuseas ou vômitos pós-trauma craniano (ECG 9 a 13)	Dor intensa	Lombalgia incapacitante Cefaléia intensa com rigidez de nuca associada a náuseas, vômitos, sudorese	Desidratação moderada SEM vômitos e SEM diarreia (<3 sinais de desidratação)	Irritada Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea <10seg Pulso fino e rápido Oligúria > 6h
Anafilaxia	Sensação de garganta fechando Edema de glote SSVV alterados	Situação especial	RN* < 7 dias de vida	Situações especiais	Maus tratos, vítimas de violência	Dor moderada a intensa	Trauma torácico com dor moderada (4-7/10) sem dispnéia Fratura alinhada, luxação Cefaléia moderada, enxaqueca Cólica renal	Desidratação moderada SEM vômitos e SEM diarreia (<3 sinais de desidratação)	Irritada Boca seca Olhos encovados Fontanela deprimida Prega cutânea <10seg Pulso fino e rápido Oligúria > 6h
Dispneia moderada a leve	Vias aéreas parcialmente obstruídas Tosse frequente Sat O <sub>2</sub> entre 93-94% Asma com dispneia ao exercício	Alteração hemodinâmica moderada	Glicemia >300 ou <50mg/dl Queimadura de 2º e 3º grau Ferida corto-contusa Sangramento compressível Perfusão periférica 2-4 seg Urticaria, purido intenso	Alteração moderada do nível de consciência	Agitação menos intensa, mas consciente Crise epiléptica nas últimas 24h ou primeiro episódio de convulsão curto (<5min) ECG 13 a 15, SSVV normais	Dor moderada	Trauma torácico sem dispnéia TCE* sem sintomas cervicais Distensões, contusões, torções Lombalgia que não impede a deambulação Atraígia com limitações	Vômito E diarreia SEM desidratação	SSVV normais Mucosas úmidas Diurese habitual Evacuações/dia <5 Vômitos/dia <5
SSVV alterados	FR* alterada (> 200ppm) FC* < 50 ou >140bpm	SSVV alterados sem sintomas	FC <50 ou >140bpm FR >200ppm T >38,5 e <40°C em >3meses T >38,5°C	Trauma craniano	Lesão craniana moderada, alerta (ECG 14 a 15) náusea ou vômito	Dor leve a moderada	Não súbita, não-enxaqueca moderada (4-7/10) Ausência de prostração SSVV normais	Situações especiais	Consultas de acompanhamento Requisições de receitas, atestados médicos Retorno avaliações de exames (Dengue, outros, assintomáticos)
Sintomas gripais com dispnéia leve	Eupneico Dor de garganta intensa Tosse produtiva com rinorreia purulenta Mialgia Dor de ouvido	Alteração hemodinâmica leve	Febre ou história de febre Exantema, mialgia, purido Queimaduras de 1º grau Ferida com febre, necrose e/ou m ífase	Criança alerta ou diminuição do nível de consciência	Lesão craniana leve, alerta com estado mental normal, (ECG 15) e sem vômitos (evento > 6 horas) SSVV normais	Dor de cabeça	Associação a vômitos, febre, disúria ou retenção urinária Distensão abdominal	Situações especiais	
SSVV alterados	Febre (Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C)	SSVV alterados sem sintomas	T >37,8 e <38,5°C em >3meses	Situações especiais	Impossibilidade de deambulação Retorno < 24 horas por ausência de melhora clínica	Dor leve a moderada	Dor crônica leve (1-3/10) Distensões, contusões Mialgia Lombalgia crônica, não traumática Disúria Constipação intestinal		
Sintomas gripais	Eupneico Coriza Dor de garganta leve Tosse seca Afebril ou história de febre SSVV normais*	Situação especial	RH entre 8 e 29 dias com queixas clínicas	Doença psiquiátrica	Depressão crônica recorrente Estado mental normal				

\* Sat O<sub>2</sub>: Saturação de oxigênio; SSVV/Sinais vitais; FC: Frequência cardíaca; FR: Frequência respiratória; T: Temperatura; RN: Recém-nascido; ECG: Escala de Coma de Glasgow; SNC: Sistema Nervoso Central; TCE: Trauma crânio-encefálico

\* SSVV normais: T > 36,5 e < 37,5°C; FR: 60ppm (<2meses); FR: 50ppm (2-11 meses); FR: 40ppm (1-3anos); FR: 30ppm (6-8anos); FR de 16-20ppm (>8anos); FC 85-205bpm (<2meses); FC 100-190bpm (2-23meses); FC 80-140bpm (2-10anos); PA 101/67 (2-5 anos); PA 95/58 (Im a 2 anos); PA 85/41 (1 a 3 dias).

**APÊNDICE N**

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA APLICAÇÃO DO GUIA DE ACCR NA PRÁTICA CLÍNICA**

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) tem como objetivo descrever os procedimentos a serem desenvolvidos na fase Aplicação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica (APÊNDICE M).

Para se ter certeza de que os achados da fase de avaliação interobservadores não são resultantes de algum tipo de viés, o instrumento deve ser avaliado em um segundo grupo independente de pacientes (CULLUM, 2010) para confirmar a exatidão da aplicação do instrumento através da replicação dos achados favorecendo a generalização.

**1º passo: Orientações gerais a serem seguidas pela pesquisadora nos procedimentos da Fase Aplicação Clínica do Guia de Classificação de Risco em Pediatria na prática clínica**

Nesta fase, os dados serão coletados no mesmo hospital campo, já descrito na fase confiabilidade interobservador, exclusivamente pela pesquisadora durante um período de dois meses (julho a setembro de 2016) nos horários entre 07 e 19 horas e de segunda a sexta-feira e disponibilidade por parte da pesquisadora.

A coleta de dados ocorrerá em dois meses, sendo a população composta por 1600 crianças com mães/acompanhantes assistidas consecutivamente na emergência do Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá (CAC), com base no número de atendimentos pediátricos realizados no ano de 2016. Serão incluídos no estudo todos os sujeitos assistidos nesse período, cujos critérios já foram descritos na fase confiabilidade interobservadores.

Variável Desfecho: A aplicação clínica do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria permitirá concluir se o instrumento, de fato, diferenciará pacientes com diferentes graus de comprometimento, em uma população clínica real.

<b>Item</b>	<b>Procedimento</b>
<b>1</b>	A pesquisadora deverá realizar avaliação da criança, concomitantemente à avaliação do enfermeiro do serviço.
<b>2</b>	No início da avaliação, a pesquisadora se identificará para pais/acompanhantes quando estes entrarem na sala do acolhimento, informará sobre a pesquisa e solicitará autorização para acompanhar a avaliação do enfermeiro do serviço. Os pais/acompanhantes que concordarem em participar da pesquisa, deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE K). Em seguida abordará as crianças e adolescentes dando explicações sobre o objetivo da pesquisa, procedimentos de coletas de dados, esclarecendo as dúvidas com linguagem compreensível para a idade. Deixando à disposição para consultar os pais/responsáveis sobre a decisão bem como da liberdade de participar ou não. As crianças/adolescentes que concordarem participar da pesquisa assinarão o TALE (APÊNDICE L)

3	A pesquisadora deverá ter total liberdade para realizar perguntas adicionais e para interromper, a qualquer momento, a avaliação do enfermeiro do serviço. Optou-se pela avaliação neste momento, por interferir menos na rotina do serviço.
3	Será utilizado nesta fase do estudo o Instrumento de Coleta de Dados – Aplicação da 2ª versão do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica (APÊNDICE M) que conterà com dados de Identificação e dados de avaliação clínica além de outros dados complementares de importância para pesquisa como: tempo de avaliação no acolhimento, tempo de espera para o atendimento médico, diagnóstico médico, discriminador de risco, classificação de risco, procedimentos realizados, destino do paciente após o atendimento na emergência.
4	A pesquisadora ou as auxiliares de coleta de dados deverão realizar levantamento diário dos dados complementares junto à ficha de atendimento da criança na Emergência ou junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) em horário acordado previamente com o coordenador do setor e transcrevê-los no Instrumento de Coleta de Dados da Fase de Aplicação da Escala na Prática Clínica (APÊNDICE O).

**5º passo: Orientações gerais a serem seguidas pela pesquisadora para coleta de dados da Fase Aplicação Clínica do Guia de Classificação de Risco em Pediatria.**

Nesta etapa, manter o rigor metodológico seguindo passos previamente ordenados e orientados para atingir os objetivos, evitando assim, que influências externas possam influenciar negativamente no resultado da pesquisa. O objetivo dessa fase da pesquisa é avaliar se o instrumento mede, de fato, o grau de risco de crianças, em repetidas medidas, em uma população clínica real, a fim de confirmar sua precisão e confiabilidade.

Variável de desfecho: A coleta de dados com utilização do instrumento Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na prática clínica identificará as características clínicas em relação ao grau de complexidade dos sujeitos no ambiente real, de forma confiável.

Esta fase terá duração de dois meses (julho e setembro de 2016) e os horários para coleta serão previamente acordados entre os enfermeiros, a pesquisadora e a coordenação do hospital campo.

Farão parte da amostra todas as crianças acompanhadas por mães/acompanhantes atendidas pelo serviço de ACCR do hospital que concordarem participar da pesquisa, com exceção das que apresentem risco de morte e aqueles que comparecerem nos horários em que a pesquisadora e os enfermeiros do serviço não estiverem presentes. Ressalta-se que a pesquisadora permanecerá de segunda a sexta-feira no serviço, no plantão diurno, no horário de 07 às 19h.

Item	Procedimento
1	A pesquisadora e o enfermeiro do serviço deverão realizar avaliação clínica utilizando o Guia de Classificação de Risco em Pediatria das crianças no momento da chegada à emergência, de maneira independente, ou seja, o paciente será avaliado pelo enfermeiro, de acordo com a escala de plantão, e pela pesquisadora no mesmo momento.
2	Essa avaliação de enfermagem deve conter um breve histórico da condição clínica relatada pelos mães/acompanhantes ou pelas próprias crianças, com ênfase na queixa principal, sinais

	e sintomas, avaliação de parâmetros vitais e biofisiológicos (BRASIL, 2008).
<b>3</b>	Antes da aplicação clínica do instrumento, a pesquisadora realizará um pré-teste com 5% das crianças que participará da etapa de validação clínica, para verificar se o instrumento coleta de dados da fase de aplicação do guia, o que permitirá o registro correto dos dados.
<b>4</b>	Os dados coletados pela pesquisadora serão registrados diretamente no Instrumento de Coleta de Dados – Aplicação Clínica do Guia de Classificação de Risco em Pediatria (APÊNDICE O).
<b>5</b>	Serão utilizadas fontes adicionais de dados: ficha de atendimento da emergência, livro de ocorrência das enfermeiras e outras fontes disponíveis no serviço. Estes dados deverão ser coletados diariamente pela pesquisadora ou pelas auxiliares de coleta de dados em horário previamente acordado com o chefe do setor.

**APÊNDICE O**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA APLICAÇÃO DO GUIA DE  
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA NA  
PRÁTICA CLÍNICA**

<b>I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>	
Nº do paciente: _____	
60. Hora de chegada na instituição: _____	60. __
61. Tempo de avaliação no ACCR: 1. Início: _____ 2. Fim: _	61. __
62. Idade: _____	62. __
63. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino	63. __
64. Peso: _____	64. __
<b>II - AVALIAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA</b>	
66. Queixa principal anotada pela pesquisadora: _____	66. __
67. Sinais e sintomas apresentados: _____	67. __
68. Alterações encontradas na avaliação e aparência física da criança (visão global do paciente – impressão do enfermeiro): 1. Estado Geral Bom 2. EG Regular 3. EG Comprometido 4. EG Grave 5. EG Gravíssimo 5. Outras impressões: _____	68. __
69. Sinais Vitais, avaliação do nível de consciência, saturação de oxigênio:	69. __
1. Temperatura: 1 = $35 < T < 40$ em qualquer idade; 2 = $T > 37,8$ em menores de 3 meses; 3 = $T < 38,5$ em menores de 3 meses; 4 = $37,8 > T < 38,5^{\circ}\text{C}$ em qualquer idade	
2. Pulso: 1 = FC Ausente; 2 = FC Alterada $< 50\text{bpm}$ ; 3 = FC Alterada $> 140\text{bpm}$ ; 4 = FC Normal $60 > FC < 140\text{bpm}$ em CÇ entre 2 a 10 anos; 5 = FC Normal $60 > FC < 100$ em CÇ maiores que 10 anos; 6 = FC Normal $85 > FC < 190$ em CÇ de 0 a 23 meses	69.2 __
3. Frequência respiratória: 1 = "Normal 50 a 60rpm em crianças de 2 a 11 meses"; 2 = "Normal $< 40\text{rpm}$ em crianças de 01 a 05 anos"; 3 = "Normal $< 30\text{rpm}$ em crianças de 6 a 8 anos"; 4 = "Normal $16 > R < 20\text{rpm}$ em crianças acima de 08 anos	69.3 __
4. Pressão arterial: 1 = PA (média) 65/41 em recém nascido de 0 a 3 dias; 2 = PA (média) 95/58 em recém nascido de 01 mês a 02 anos; 3 = PA (média) 101/57 em crianças de 2 a 5 anos; 4 = PA (média) 117/75 em crianças com 10 anos ou mais	69.4 __
5. Glasgow: 1 = ECG - 3 a 8 (vermelho); 2 = ECG 9 a 13 (laranja); 3 = ECG 13 a 15 (amarelo); 4 = ECG = 15 (verde ou azul)	69.5 __
6. SpO <sub>2</sub> : _____ 1 = SPO <sub>2</sub> $< 90\%$ ou ausência de movimentos respiratórios (vermelho); 2 = $90 > \text{SPO}_2 < 92\%$ (laranja); 3 = $93 > \text{SPO}_2 < 94\%$ (amarelo); 4 = SPO <sub>2</sub> $> 95\%$ (verde ou azul)	69.6. __

70. Uso de medicações ou medidas adotadas antes de buscar o atendimento: 1.Sim 2.Não											70.__
71. Avaliação da dor (tipo de dor): 1.Cefaleia 2.Dor abdominal 3.Dor torácica 4.Dor torácica tipo visceral 5.Dor em peso 6.Lombalgia											71.__
72. Características da dor: 1.Localizada 2.Com irradiação 3.Dor contínua 4.Dor intermitente											50.__
73. Escala de dor:											73.__
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
75. Discriminador de risco anotado pela pesquisadora: 1. Alteração respiratória 2.Alteração Hemodinâmica 3.Alteração no nível de consciência 4.Dor 5.Alteração hidroeletrólítica											75.__
76. Classificação de risco atribuída pela enfermeira: 1.Vermelho 2.Laranja 3.Amarelo 4.Verde 5.Azul											76.__
77. Procedimentos realizados no serviço de emergência: 1.Apenas consulta 2.Consulta mais procedimento 3.Consulta mais exames 4.Consulta mais procedimentos e exames											77.__
78. Tempo de permanência na emergência (hora de saída): ____ horas e _____ minutos											78.__
79. Destino do paciente após o atendimento no serviço: 1.Altas sem encaminhamento 2.Altas com encaminhamento 3.Transferência para outro serviço 4.Internação em unidade de internação 5.Óbito											79.__
80. Diagnóstico(s) médico: _____											80.__
81. Hora da alta/internação/óbito/transferência da Unidade: _____											81.__
82. Informações adicionais:											

## APÊNDICE P

### DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

#### 3.4.2.1 Variáveis sócio-demográficas

**Iniciais do nome:** identificação do paciente.

**Sexo:** categorizado em masculino e feminino.

**Idade:** identificada na ficha de cadastro da criança, sendo expressa em anos completos e categorizado por faixas etárias (0 – 1m; 1m – 6m; 6m – 12m; 1a – 5a; 5a – 10a; 10 – 17a).

**Peso:** anotado pela equipe de enfermagem, antes da entrada na sala de classificação de risco pela enfermeira, sendo expresso em kilogramas, com dois dígitos após a vírgula e categorizado por faixa de peso (abaixo do adequado – adequado – acima do adequado).

**Procedência:** identificada na ficha de atendimento, categorizada em: Fortaleza dividida nas seis Regionais (I, II, III, IV, V e VI), outras cidades do estado do Ceará e outros Estados.

#### 3.4.2.2 Variáveis clínicas

**Discriminador de risco:** define-se como um conjunto elementos (queixa principal e indicadores de risco) que indicam, de forma clara e simplificada, a existência de um risco OU A probabilidade de ocorrência de ter a condição clínica ou não, no nível de complexidade clínica determinada pelo enfermeiro com uso do guia de ACCR em pediatria na prática clínica. Esse critério de gravidade de urgência é representado por cinco discriminadores (alteração respiratória, comprometimento hemodinâmico, alteração no nível de consciência, dor e alteração hidroeletrólítica).

**Procedimento realizado na emergência:** configura-se como variável categórica que auxilia a identificar o nível de gravidade da criança com base nos desfechos do atendimento, a partir da utilização de recursos para a determinação do diagnóstico médico e tratamento da patologia. Essa variável configura-se como critério de gravidade complementar e foi expressa pela consulta com o médico, administração de medicação e realização de exames durante o atendimento no hospital.

**Destino da criança após o atendimento médico:** É considerada como critério de gravidade complementar, define-se como condição pela qual, o médico determina o fim do acompanhamento ou tratamento da criança na emergência, sendo expressa por encaminhamento para avaliação com especialista, internação na unidade, transferência para outro serviço, alta, evasão, óbito.

**Queixa principal:** declarada pela criança/adolescente ou acompanhante, de preferência escrita entre parênteses, caracterizando a expressão da mãe ou da própria criança ou escrita de conforme identificado no guia. Identificará a prevalência de queixas encontradas no hospital de estudo. Será feita a comparação deste dado entre as duas enfermeiras e entre a pesquisadora e as enfermeiras na avaliação da confiabilidade interobservadores (Pires, 2003). Serão também relacionadas às variáveis sócio-demográficas (peso, idade, sexo, procedência) para caracterizar o perfil clínico dos sujeitos em relação à classificação de risco (VERAS, 2011). Será importante para indicar se a enfermeira seguiu o indicador de risco relacionado à queixa, pois deverá ser associada às condições clínicas escritas pela enfermeira na ficha de atendimento, bem como aos dados de seguimento do tratamento da criança, que de acordo com a proposta do ACCR a avaliação clínica deve ser feita com base na queixa principal (BRASIL, 2008).

**Início, evolução e duração dos sintomas:** declarada pela criança/adolescente ou acompanhante sendo o início categorizado em abrupto ou gradual; a evolução (melhora, permanece o mesmo ou piora do quadro) e a duração em horas, dias ou meses. Essa informação é considerada importante, uma vez que de acordo com a proposta da estratégia de ACCR a avaliação dos pacientes deve seguir o modelo da história natural das doenças que leva em consideração a evolução do agravo e o conhecimento do processo fisiológico das doenças por parte dos profissionais. Essas variáveis indicarão se o guia é capaz de auxiliar o enfermeiro na determinação da classificação do grau de risco (BRASIL, 2008). O dado deverá mostrar se o agravo está evoluindo ou evoluindo, isso permitirá maior facilidade da identificação do grau de risco da criança em relação a visualização da cor que caracteriza o risco no guia.

**Antecedentes mórbidos importantes:** declarada pela criança/adolescente ou acompanhante e categorizada em presente ou ausente. Quando presente auxilia a classificação de risco e indica a necessita de atendimento dessa criança na instituição hospitalar pelo aumento da possibilidade de agravamento. Essa informação será necessária para caracterizar a amostra, relacionar se o agravo está relacionado à condição crônica ou aguda e poderá ser relacionado com sinais e sintomas contidos no guia. Este dado será importante para identificar a prevalência de comorbidades apresentadas nos sujeitos da pesquisa.

**Aparência física e estado emocional:** impressão do enfermeiro com base na experiência clínica e descrita de forma clara e compreensiva (essa informação não deve servir de critério para diminuir o nível de classificação de risco). Essa informação será necessária para caracterizar a amostra. Avaliação com base na opinião da enfermeira, as quais deverão

confirmar-se por meio de dados objetivos (dados vitais) cujos parâmetros devem ser identificados facilmente no guia e registrado na ficha de atendimento. Estes dados serão associados à experiência profissional.

**Uso de medicações ou medidas adotadas antes de buscar o atendimento:** declarada pela criança ou acompanhante e descrita de forma clara e compreensiva. Esta variável será categorizada como medicação para dor, febre, vômitos, desobstrução de vias aéreas, soro caseiro e outros. A presença dessa variável pode diminuir a classificação de risco (menor complexidade) e indica que a criança deverá ser reavaliada com 30 minutos ou 1 hora, para evitar-se agravamento ou erro de classificação. Será importante para avaliar se o agravo está sendo mascarado, e neste caso, será necessário investigar outras queixas e seus respectivos sinais e sintomas com base no guia. O uso de medicações antes do atendimento hospitalar será relacionado à variável desfecho do tratamento da criança e poderá ser usado para identificar sua influência em erro de classificação de risco (VERAS, 2011).

**História de alergias:** declarada pela criança ou acompanhante, descrita em forma destaque na ficha de atendimento e será categorizada em sim, não e a quê? Informação útil para reduzir danos, iatrogenias e comprometer a segurança do paciente. Essa informação deverá reduzir chances de agravamento do estado geral da criança, caso passe despercebida, e influencie de forma negativa, com divergência entre a avaliação do enfermeiro no ACCR e os procedimentos na emergência. Essa variável poderá ser relacionada com os procedimentos realizados na emergência e servirá para identificar a proporção de erro de classificação por parte das enfermeiras observadoras (PIRES, 2003).

**Sinais vitais:** anotado pela equipe de enfermagem, antes da entrada na sala de classificação de risco pela enfermeira. Estas variáveis irão ajudar a definir o nível de risco a ser adotado para criança, com base no guia de classificação de risco. Estes dados caracterizarão a amostra e serão utilizados para identificar a prevalência dos parâmetros de crianças atendidas no hospital campo (BRASIL, 2008).

**Saturação de oxigênio:** anotada pela enfermeira e vai auxiliar a classificação de risco da criança e será categorizada para cada nível de risco presente no guia e conforme as cores. Essa variável caracteriza a amostra e o indicador de risco vias aéreas/respiração.

**Avaliação da dor (escala da dor):** declarada pelo paciente ou acompanhante, de preferência escrita entre parênteses, caracterizando a expressão da própria criança. Essa variável caracteriza a amostra e o indicador de risco dor, e deverá ser anotada conforme as especificações da escala da dor intensa (8-10/10), moderada (4-7/10) e leve a (1-3/10).

**Avaliação do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow):** Deve ser avaliado pela enfermeira e o comprometimento do nível de consciência deverá ser anotado conforme as especificações da ECG disposta no guia severo (escore Glasgow: 3-8); moderado (escore Glasgow: 9-12); leve (escore Glasgow: 13-15). Essa variável caracteriza a amostra e o indicador de risco nível de consciência.

**Avaliação da superfície corporal queimada (escala da SCQ):** Deve ser avaliado pela enfermeira e o comprometimento da superfície corporal queimada deverá ser anotado conforme as especificações da SCQ disposta no guia. Essa variável caracteriza a amostra e o indicador de risco circulação/hemodinâmica.

**Indicador de risco (utilização e frequência):** variável categórica que auxiliará a caracterização das principais condições clínicas presentes na amostra, bem como a prevalência de cada discriminador de risco (alteração respiratória, comprometimento hemodinâmico, alteração no nível de consciência, dor e alteração hidroeletrólítica).

**Sinais de alerta:** identificado pela enfermeira após avaliação clínica da criança e caracteriza-se por qualquer achado importante que possa levar a dano e risco de comprometer a segurança do atendimento a criança no hospital campo. Essa variável caracteriza a amostra e poderá ser fator contribuinte para a redução do tempo de atendimento da criança. Deverá ser associada à tomada de decisão e categorizada em intuitiva ou consciente.

**Classificação de risco:** variável categórica que auxiliará na identificação caracterização do nível de complexidade clínica presentes no hospital campo. Será categorizada para cada nível de risco conforme as cores em vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Deverá ser utilizada para identificar a prevalência das condições clínicas em relação aos níveis de classificação de risco, aos discriminadores de risco, por agravos, entre outros.

*Anexos*

---

ANEXO 1

1ª VERSÃO DO GUIA DE ACCR EM PEDIATRIA

GUIA ABREVIADO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA DE FORTALEZA

RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO/HEMODINÂMICA		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		DOR		ELIMINAÇÃO/IDRATAÇÃO	
Queixa Principal	Sinais e Sintomas	Queixa Principal	Sinais e Sintomas	Queixa Principal	Sinais e Sintomas	Queixa Principal	Sinais e Sintomas	Queixa Principal	Sinais e Sintomas
Código de parada (sinal sonoro)	PCR* Imência de PCR, paciente não responsivo SSVV* ausentes/instáveis (ANEXO A)	Trauma maior	Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração	Código de parada	PCR. Não responsivo. SSVV ausentes TCE (ECG 3 a 8) (ANEXO B)	Trauma maior	Trauma torácico, abdominal ou craniano com dor intensa (8 a 10/10) (ANEXO C)	Desidratação grave (0-6 sinais de desidratação)	Letargia Dificuldade para beber Boca muito seca Olhos muito encoados Fontanela muito deprimida Prega cutânea se desfaz muito lentamente (>10seg) Pulso muito fino e enchimento capilar muito lento (> 5seg)
Insuficiência respiratória	Cianose central, FR* alterada (ANEXO A) Dispneia extrema, SpO2 < 90%, Obstrução de via aérea	Choque	Hipotensão, taquicardia, palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino Pulso carotídeo impalpável	Choque	Alteração do sensorio associado a sinais de choque	Trauma grave	Corar: ECG entre 9 e 13 (ANEXO B), cefaleia intensa, dor cervical	Desidratação moderada COM vômitos (de 3 a 6 sinais de desidratação)	Letargia Muita sede Boca seca Olhos encoados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea se desfaz lentamente (>10seg) Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5seg)
Dispneia, asma prévia, sibilância recorrente	SSVV* normais Estridor, alarínia, angústia respiratória intensa, estertor muscular Passado de asma grave Sat O2 < 92%	Trauma grave	Ferimento extenso com sangramento ativo Amputação SSVV normais (ANEXO A)	Alteração do estado mental	Apitação, Letargia Irritabilidade, sonolência, coma	Trauma grave	Dor moderada a grave (5 a 8/10) (ANEXO C) Fratura com deformidade ou sangramento Amputação SSVV normais (ANEXO A)	Orixaça	Letargia Recusa alimentar, vômito e/ou diarreia, com ou sem febre, com sinais de desidratação (olhos encoados, fontanela deprimida, oligúria, anúria acima de 6 horas)
Anafilaxia	Sensação de garganta fechando, edema de glote	Comprometimento hemodinâmico	Palidez, Sudorese Taquicardia inexplicada Tonteira ao se levantar	Trauma craniano	ECG 9 a 13 (ANEXO B)	Dor torácica	SSVV alterados (ANEXO A)	História de diabetes mellitus	Sinais de desidratação Sudorese (hipoglicemia), Vômito, Pulso anormal, Dor abdominal
		Queimaduras	Queimaduras de 2ª ou 3ª grau 10% > SCQ < 25% ou em áreas críticas (face, perineo) ou circunferenciais (ANEXO D)	Doença psiquiátrica ou comportamental	Alteração do comportamento Apitação extrema Desmaiado	Dor torácica tipo visceral	Associados a sudorese, náusea, dispneia		
		Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe	Hematímese volumosa Hemoptise franca Epistaxe com PA alterada (ANEXO A)	Abstinência grave de álcool ou drogas	Convulsão, alucinações, agitação, tremores	Dor abdominal	Associações: náuseas, vômitos, sudorese Dor intensa (ANEXO C), SSVV alterados (ANEXO A)		
		Infeções graves, seps	SSVV instáveis (ANEXO A) Temperatura > 38,0°C, calaríntos Eritema purpúrico (meningite)			Cefaleia	Intensa incontrolável. Com rigidez na nuca Náuseas ou vômitos Sinais neurológicos focais (parêsis, atisia)		
		Sinais vitais alterados com sintomas	FR, FC e PAS ou PAD (ou > de acordo com a idade) (ANEXO A) T > 38°C ou T < 36°C			Dor intensa	Aguarda, central (abdominal, abdome) (ANEXO C) Luxação, Lombargia traumática ou não, incapacitante, com diminuição da função MML		
Dispneia leve a moderada	Asma com dispneia ao exercício Tosse frequente Asma e SpO2 entre 92 e 94%	Trauma moderado	SSVV normais (ANEXO A) Ferimento menor (pequeno) com sangramento compressível Ferimento extenso por mordedura	Trauma craniano	Sem perda da consciência ECG 14 a 15 (ANEXO B) Náusea ou vômito	Trauma craniano	Cefaleia moderada (ANEXO C) Sem perda da consciência (ANEXO B) Náusea ou vômito	Desidratação moderada SEM vômitos (< 3 sinais de desidratação)	Letargia Muita sede Boca seca Olhos encoados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea se desfaz lentamente (<10seg) Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5seg)
SSVV alterados sem sintomas	FC < 60 ou < 140ipm T > 38,5°C FR alterada (ANEXO A)	Queimaduras	Queimadura de 2ª e 3ª grau em áreas não críticas, SCQ < 10% (ANEXO D) De 1º grau > 10% SCQ ou áreas não-críticas, face, perineo, mãos ou pés De 1º grau em face, perineo, mãos e pés	Convulsão	SSVV normais (ANEXO A) Crise nas últimas 24h ou primeiro episódio, porém curto (<5min)	Trauma moderado	Trauma torácico com dor leve ou moderada e sem dispneia (ANEXO C)	História de Diabetes mellitus	Desidratação acentuada, vômito, dor abdominal Oligúria > 200 ou < 50mg/dl
		História de diabetes mellitus	Glicemia > 300mg/dl ou menor que 50mg/dl	Doença psiquiátrica ou comportamental	Apitação menos intensa, mas consciente Alucinação, desorientação	Dor abdominal	SSVV normais (ANEXO A) Distensão abdominal Retenção urinária Prostração Febre		
		Hemorragia digestiva	Sangramento não atual (últimas 24 horas) SSVV normais (ANEXO A)	Deficiente mental	.....	Dor	Encaqueca Cólica renal		
		Queixas em articulações e partes moles	Articulações ou membros com dor intensa, impotência, calor, edema, eritema, febre Ferida corte-cortusa						
		Sinais vitais alterados sem sintomas	FC < 60 ou > 140ipm, Temperatura > 38,0°C FR > 200ipm (ANEXO A)						
Sintomas gtpais	Dor de garganta intensa (ANEXO C) Dor de ouvido Tosse produtiva Rinorréia purulenta Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A) Malícia	Trauma menor	SSVV normais Mordedura não-extensa	Trauma craniano	Sem perda da consciência, sem vômitos Alerta (ECG = 15) Acidente a mais de 6 horas SSVV normais (ANEXO A)	Trauma craniano	Baixo impacto, sem perda da consciência (ANEXO B) Acidente há mais de 6h e < 10 dias	Vômito E diarreia SEM desidratação	SSVV normais Mucosas úmidas Diurese habitual Tumor de pele normal Evacuação normal < 5 episódios Vômitos < 5 episódios
		Febre	Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A)	Doença psiquiátrica ou comportamental	Pensamentos suicidas Gesticiando mais não agitado Sem risco pra si ou para outrem	Trauma menor	SSVV normais Torácico sem dor de costela ou dispneia Distensão, contusões, torções (fratura possível)		
		Queimaduras e feridas	Queimadura 1º grau, < 10% SCQ, área não crítica (ANEXO D)	Situações especiais	Deficiente físico	Dor abdominal	Aguarda, moderada (ANEXO C) Ausência de prostração		
						Cefaleia	Não-súbita, Não-intensa, Não-encaqueca (ANEXO C)		
						Dor	Lombargia mais intensa (ANEXO C) Atrialgia com limitação sem sinais flogísticos		
Sintomas gtpais	Coiza Queixas leves Dor de garganta Sem sintomas respiratórios SSVV normais (Anexo A)	Trauma menor	Esoações Ferida que não requer fechamento	Doença psiquiátrica	Depressão crônica recorrente Crise social Estado mental normal	Trauma menor	Dor, Contusões, Distensões, Malícia (ANEXO C)	Vômito OU diarreia	SEM desidratação Estado mental normal SSVV normais
		Feridas	Limpa sem sinais sistêmicos de infecção Escaras sem sinais sistêmicos Controle de úlceras crônicas Retirada de pontos Queimadura de 1º Grau, pequena, áreas não-críticas (ANEXO D)			Dor abdominal	Dor aguda, leve (< 4/10) (ANEXO C) Constipação intestinal SSVV normais (ANEXO A)		
						Dor leve a moderada	Torácica superficial, crônica, piora à compressão Lombargia crônica, não traumática Distúria		

\*PCR: Parada cardio-respiratória; IR: Insuficiência respiratória; SSVV: Sinais vitais; FR: Frequência respiratória; FC: Frequência cardíaca; MML: Membros inferiores; TCE: Trauma cranio-encefálico; SpO2: Saturação de oxigênio; ECG: Escala de Coma de Glasgow; SCQ: Superfície corporal queimada; TR0: Terapia de hidratação oral.

## ANEXO 2

## AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA



PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Número do Processo: P168517/2016

Título do Projeto de Pesquisa: **VALIDAÇÃO DO GUIA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA DE FORTALEZA NA PRÁTICA CLÍNICA.**

Pesquisadoras Responsáveis: **JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS E LORENA BARBOSA XIMENES.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 29 de abril de 2016.

*Maria Ivanília T. Timbó*  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

## ANEXO 3

## TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO



**PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**À COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES ESPECIALIZADAS**

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância referente à realização da pesquisa intitulada: **VALIDAÇÃO DO GUIA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA DE FORTALEZA NA PRÁTICA CLÍNICA.**

Seguem as informações sobre o referido estudo:

- Pesquisadora: **JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS;**
- Orientadora: **LORENA BARBOSA XIMENES;**
- Curso: **DOCTORADO EM ENFERMAGEM;**
- Instituição: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ;**
- Local de realização da pesquisa: **CENTRO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA LÚCIA DE FÁTIMA RODRIGUES GUIMARÃES SÁ;**
- Período de coleta de dados: **MAIO A AGOSTO DE 2016.**

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar apresentação oral dos resultados do estudo para a **COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - COGTES** e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca desta Coordenadoria.

Comunicamos que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme sua competência, do presente estudo.

Fortaleza, 29 de abril de 2016.

*Maria Ivanília Tavares Timbó*  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

## ANEXO 4

## APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DO GUIA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA DE FORTALEZA NA PRÁTICA CLÍNICA

**Pesquisador:** JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56143616.4.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.565.336

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo metodológico a ser realizado em um hospital de emergência pediátrica de Fortaleza, conduzido em duas etapas. Primeira etapa: Confiabilidade interobservador do guia de acolhimento com classificação de risco em Pediatria. Segunda etapa: Avaliação do Guia de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria na Prática Clínica com pacientes.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar a confiabilidade interterobservador e validar na prática clínica o guia de acolhimento com classificação de risco em pediatria em um serviço de urgência e emergência pediátrica.

**Objetivo Secundário:**

- Avaliar a confiabilidade do guia de acolhimento e classificação de risco em pediatria, por meio da concordância interobservadores em serviço de urgência e emergência pediátrica.
- Validar o guia de acolhimento e classificação de risco em pediatria na prática clínica de um serviço de urgência e emergência pediátrica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Autores referem risco de constrangimento dos enfermeiros participantes em relação à avaliação do seu conhecimento devido à necessidade de realizarem treinamento prévio para

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1 565.336

utilização do guia durante a coleta de dados. Risco de aumentar o tempo do atendimento da criança no Acolhimento com Classificação de Risco pela alteração da rotina dos enfermeiros. Risco de constrangimento das mães pela presença da pesquisadora.

Benefícios: Segundo os autores, a investigação poderá obter um instrumento, abreviado, confiável e válido, capaz de avaliar a criança em situações de emergência de modo rápido e preciso, minimizando erros de tomadas de decisão e, possibilitando uma assistência humanizada e de qualidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um estudo pertinente, considerando a necessidade de acolhimento e condutas rápidas frente à criança em situações de risco à saúde atendidas em serviço de urgência e emergência.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados. A pesquisadora padronizou o número da amostra e refez o cronograma.

**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_707367.pdf	23/05/2016 20:56:39		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/05/2016 20:55:52	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TESE.pdf	23/05/2016 20:55:27	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PARA_FIEL_DEPOSITARIO.pdf	16/05/2016 16:09:09	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO_ASSENTIMENTO_MENOR_IDADE.pdf	16/05/2016 14:17:57	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.565.336

Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO_MENOR_ID ADE.pdf	16/05/2016 14:17:57	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	16/05/2016 14:16:54	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_UTILIZACA O_DADOS.pdf	15/05/2016 23:06:10	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DA_INSTITUICAO.pdf	15/05/2016 23:01:05	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENFERMEIRAS_E_MAES.pdf	15/05/2016 22:59:24	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
Outros	CARTA_APRECIACAO_CEP.pdf	15/05/2016 22:58:02	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	15/05/2016 22:55:57	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES.pdf	15/05/2016 22:52:36	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/05/2016 22:28:55	JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 30 de Maio de 2016

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br