



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

FERNANDA JORGE MAGALHÃES

**VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO EM PEDIATRIA**

FORTALEZA

2012

FERNANDA JORGE MAGALHÃES

VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO EM PEDIATRIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde.

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

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M166v Magalhães, Fernanda Jorge.
Validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria/ Fernanda Jorge Magalhães. – 2012.
116 f.

Dissertação (Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará.Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,Fortaleza, 2012.
Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Francisca Elisângela Teixeira Lima.

1. Acolhimento 2. Pediatria 3. Estudos de Validação 4. Pesquisaem EnfermagemI.Tít
CDD 610.73

FERNANDA JORGE MAGALHÃES

VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO EM PEDIATRIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

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

Prof.^a Dr.^a Mirna Albuquerque Frota
Membro Efetivo – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

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

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

Ao meu pai e a minha mãe, por terem renunciado muitos sonhos pessoais para realização dos sonhos de suas filhas.

Às crianças e aos adolescentes em situação de urgência e emergência, verdadeira razão de todo meu esforço para concretização deste estudo.

À Enfermagem, profissão a qual escolhi amar e dedicar meu trabalho por toda minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela saúde, pela capacidade de compartilhar a dor do outro, sofrer com ele, cuidar dele, por possibilitar aprender e caminhar até aqui, e daqui por diante...

A Nossa Senhora Aparecida, minha protetora, por todos os momentos de introspecção e agradecimento pelas felicidades de um instante.

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

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

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

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

Aos juízes do presente estudo, os quais desfrutam de enorme experiência profissional quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco, aos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde das crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência. Obrigada pela simpatia e por terem aceitado emitir seus julgamentos sobre a aparência e o conteúdo do Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.

A todas as amigas de Mestrado por compartilharem os anseios, as dificuldades, o carinho e os momentos de alegria no decorrer dessa caminhada, especialmente à Larissa Bento, Débora e Linicarla pelos obstáculos vencidos.

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

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro, sem o qual não poderia ter sido realizado este estudo.

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

A todos que, diretamente ou indiretamente, colaboraram na realização desta pesquisa, o meu muito obrigado!

RESUMO

Dentre as tecnologias destinadas ao cuidado de Enfermagem, destacam-se os protocolos, os quais podem estabelecer critérios favoráveis ao julgamento clínico e à tomada de decisão em situações de urgência e emergência. O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria visa classificar a prioridade de atendimento de crianças e adolescentes a partir do risco de complicações e morte nas unidades de emergência. Teve-se como objetivo geral: validar o Protocolo de ACCR em Pediatria para classificar a prioridade de atendimento de crianças e adolescentes em situações de urgência e emergência. Estudo metodológico desenvolvido a partir da validação de aparência e conteúdo do referido protocolo, com a participação de nove juízes. A coleta de dados foi realizada de março a julho de 2012, sendo emitidas aos juízes carta-convite e instrumento contendo os dados de identificação, os aspectos relativos à aparência do protocolo com seis itens e os aspectos relacionados à validade de conteúdo, divididos em 14 itens gerais do protocolo e a lista de 72 atributos (sinais de alerta com indicadores clínicos), os quais foram avaliados quanto aos critérios de simplicidade, clareza e relevância. Os conceitos dos sinais de alerta, seus antecedentes e consequentes foram estabelecidos a partir da revisão de literatura. Os dados foram organizados em tabelas, quadros e figuras, sendo analisados estatisticamente pelo índice de validade de conteúdo (IVC). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, conforme protocolo nº 325/11. Como resultados, foi possível definir os conceitos, atributos e consequentes dos 30 itens inseridos no protocolo. Quanto à validação por juízes, a aparência foi tida como adequada quanto à simplicidade, clareza e relevância, uma vez que houve IVC acima de 80% em cinco dos seis itens em análise. Quanto ao conteúdo, constatou-se que a avaliação de aspectos gerais e estruturais do protocolo, obteve uma média de 0,837 de IVC. No que se refere à validade de conteúdo, para avaliação dos sinais de alerta, indicadores clínicos, bem como a apropriação e correspondente classificação de risco determinada pelo juiz e a do protocolo em estudo; compreendeu-se de atendimento, os quais foram considerados apropriados aqueles que compreenderem mais de 80,0% de concordância dos juízes, considerando simplicidade, clareza e relevância. O protocolo foi considerado válido quanto à aparência e ao conteúdo para determinar a prioridade de atendimento de crianças e/ou adolescentes em unidades de urgência e emergência.

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

ABSTRACT

Among the technologies for the nursing care we highlight the protocols, which can establish the criteria favorable clinical judgment and decision making in emergency situations and emergency. The Protocol Host with Risk Rating (ACCR) in Pediatrics aims to classify the priority of caring for children and adolescents from the risk of complications and death in emergency rooms. Had as main objective: to validate the protocol in Pediatrics ACCR to classify the priority of caring for children and adolescents in situations of urgency and emergency. Methodological study developed from the validation of appearance and content of the protocol, with the participation of nine judges. Data collection was conducted from March to July 2012, being the judges issued a letter of invitation and an instrument containing identification data, aspects of the appearance of the protocol with 6 items and aspects related to content validity divided into 14 items of general protocol and list of 72 attributes (warning signs with clinical indicators), which were evaluated for the criteria of simplicity, clarity and relevance. The concepts of warning signs, their antecedents and consequences were established from the literature review. The data were organized in tables, charts and figures, and statistically analyzed by content validity index (CVI). The project was approved by the Ethics and Research under protocol # 325/11. As a result, it was possible to define the concepts, attributes and consequences of the 30 items included in the protocol. As for validation by judges, the appearance was seen as adequate as simplicity, clarity and relevance, since there IVC above 80% in 5 of 6 items in question. As for content, it was found that the assessment of general and structural aspects of the protocol, scores a 0.837 CVI. Regarding content validity, to assess the warning signs, clinical indicators, as well as ownership and corresponding risk rating determined by the judge and the study protocol; understood up service, which were considered appropriate to those which comprise more than 80.0% concordance of judges considering simplicity, clarity and relevance. It is concluded that this protocol was considered valid as to appearance and content to determine the priority of caring for children and / or adolescents in emergency care units.

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

RESUMEN

Entre las tecnologías para el cuidado de enfermería, destacamos los protocolos que puedan establecer el criterio favorable el juicio clínico y la toma de decisiones en situaciones de urgencia y emergencia. El servidor de Protocolo de Evaluación de Riesgos (ACCR) en Pediatría tiene como objetivo clasificar la prioridad de atender a los niños y adolescentes contra el riesgo de complicaciones y muerte en las salas de emergencia. Tuvo como principal objetivo: validar el protocolo en Pediatría ACCR para clasificar la prioridad de cuidar a los niños, niñas y adolescentes en situaciones de urgencia y emergencia. Estudio metodológico desarrollado a partir de la validación de aspecto y el contenido del protocolo, con la participación de nueve jueces. La recolección de datos se llevó a cabo entre marzo y julio de 2012, siendo los jueces emitieron una carta de invitación y un instrumento que contiene los datos de identificación, los aspectos de la apariencia del protocolo con 6 elementos y aspectos relacionados con la validez del contenido dividido en 14 artículos del protocolo general y lista de 72 atributos (señales de advertencia con indicadores clínicos), los cuales fueron evaluados por los criterios de simplicidad, claridad y relevancia. Los conceptos de señales de alerta, sus antecedentes y consecuencias se establecieron a partir de la revisión de la literatura. Los datos fueron organizados en tablas, gráficos y figuras, y fueron analizados estadísticamente con el índice de validez de contenido (IVC). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación, según protocolo n ° 325/11. Como resultado, se logró definir los conceptos, atributos y consecuencias de los 30 temas incluidos en el protocolo. En cuanto a la validación por parte de los jueces, la apariencia fue considerada como adecuada, como la sencillez, claridad y relevancia, ya que hay IVC encima del 80% en 5 de los 6 artículos en cuestión. En cuanto al contenido, se constató que la evaluación de los aspectos generales y estructurales de los protocolos, anota un CVI 0,837. En cuanto a la validez de contenido, para evaluar las señales de advertencia, indicadores clínicos, así como la propiedad y la calificación de riesgo correspondiente determinado por el juez y el protocolo de estudio, comprendido el servicio, que se considera apropiado para los que representan más del 80,0% de concordancia de los jueces que consideran sencillez, claridad y relevancia. Este protocolo se consideró válida en cuanto a apariencia y el contenido para determinar la prioridad de atender a los niños y / o adolescentes en las unidades de atención de emergencia.

Palabras-clave: Acogimiento. Pediatría. RiesgoManegement. Estudios de Validación. Investigación Metodológica em Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Etapas de construção e validação de instrumento proposta por Pasquali (1997; 1999).....	31
Figura 2 - Etapas da validação de instrumento de Pasquali (1997, 1999, 2011).....	32
Figura 3 - Etapas da Revisão Bibliográfica, descritas por Gil (2010).....	37
Figura4 - Etapas da Revisão Bibliográfica, descritas por Lobiondo-Wood e Haber (2001).....	38
Figura 5- Etapas da revisão de literatura proposta pelo presente estudo.....	45
Quadro 1 - Sistema de pontuação de especialistas para validação do Protocolo de ACCR em Pediatria.....	51
Quadro 2 - Caracterização dos juízes participantes do estudo.....	53
Quadro 3 – Validação de aparência do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria quanto ao Índice de Validade de Conteúdo.....	75
Quadro 4 - Distribuição dos sinais de alerta modificados conforme sugestão dos juízes.....	82
Quadro 5 – Concordância ou discordância quanto à classificação de risco e o IVC determinado pelo juiz e a do Protocolo de ACCR em Pediatria.....	84
Quadro 6 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza, e relevância dos sinais de alerta da cor Vermelho - Prioridade I do Protocolo de ACCR em Pediatria.....	86
Quadro 7 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza e relevância dos sinais de alerta da cor Vermelho/ Laranja – Prioridade II do Protocolo de ACCR em Pediatria.....	88
Quadro 8 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza e relevância dos sinais de alerta da cor Amarelo - Prioridade III do Protocolo de ACCR em Pediatria.....	90
Quadro 9 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza e relevância dos sinais de alerta da cor Verde - Prioridade IV do Protocolo de ACCR em Pediatria.....	92
Quadro 10 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza e relevância dos sinais de alerta da cor Azul - Prioridade V do Protocolo de ACCR em Pediatria.....	93
Quadro 11 - Distribuição dos sinais de alerta modificados conforme sugestão dos juízes.....	94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da média de concordância do aspecto geral da validade de aparência quanto à simplicidade, clareza e relevância do instrumento.....	78
Gráfico 2- Distribuição da média de concordância dos aspectos gerais e estruturais da validade de conteúdo quanto à simplicidade, clareza e relevância do instrumento.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
ECG	Escala de Coma de Glasgow
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SatO ₂	Saturação de Oxigênio
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS	20
2.1	Geral.....	20
2.2	Específicos.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	Considerações sobre o Acolhimento com Classificação de Risco.....	21
3.2	Acolhimento com Classificação de Risco como tecnologia para Promoção da Saúde ..	24
3.3	O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.....	26
3.4	Validação de Instrumentos de Medida.....	28
3.5	Validação de instrumentos conforme Pasquali (1999, 2011).....	32
4	METODOLOGIA.....	43
4.1	Tipo de estudo.....	43
4.2	Etapas do estudo.....	44
4.3	Coleta de dados.....	54
4.4	Análise e apresentação dos resultados.....	57
4.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	58
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
5.1	Validação de conteúdo.....	60
5.2	Validação por juízes.....	74
6	CONCLUSÕES.....	102
7	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES.....	117
	ANEXOS.....	

INTRODUÇÃO

Amplas são as informações e condições facilitadoras para o julgamento clínico e a tomada de decisão frente às diversas situações no cotidiano do profissional da saúde, destacando-se as situações de urgência e emergência.

O termo emergência se refere às condições de agravo à saúde que implica em risco iminente de morte, necessitando de cuidados especializados imediatos, a fim de evitar a morte ou as complicações graves ao indivíduo; e urgência corresponde à ocorrência imprevista de um agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte que afeta ou põe em perigo a saúde de uma ou de mais pessoas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995; RODRIGUES, 2000).

Diante de tais circunstâncias, os profissionais devem agir rapidamente no cuidado ao paciente, sendo, para isso, necessária a realização de pesquisas, com evidências técnico-científicas, a fim de desenvolver novas tecnologias de saúde que possibilitem o cuidado integral, eficiente e eficaz ao usuário de saúde.

Dentre essas tecnologias, têm-se os protocolos, como documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, com proposta de: tratamento preconizado, posologias recomendadas para cada condição de saúde, mecanismos de controle clínico, acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos, bem como critérios de classificação de risco de complicações e morte, de modo a serem utilizados pela equipe de saúde atuante nas unidades de saúde (BRASIL, 2011).

Para tanto, cita-se o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria, desenvolvido por equipe multidisciplinar, com a finalidade de favorecer a redução de agravos nas filas de espera em unidades de urgência e emergência pediátrica, assim como o atendimento a crianças e adolescentes, conforme riscos de complicações e morte, buscando acesso do usuário ao serviço de saúde com justiça e equidade (MAFRA *et al.*, 2008).

No entanto, tal protocolo necessita ser validado, de modo a buscar por adequações pertinentes às situações clínicas das crianças e dos adolescentes, além da melhoria do instrumento, como condição facilitadora para qualidade da assistência de saúde junto ao processo de classificação de risco e atendimento rápido e eficaz nas emergências pediátricas. Logo, a validação do Protocolo de ACCR em Pediatria é o objeto deste estudo.

Sabe-se que com o compromisso de garantir os três princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, equidade e acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS), desde 2003, propõe que seja incorporada às práticas a

humanização no atendimento ao usuário do SUS, com a finalidade de transformar o modelo da atenção, mediante a valorização dos usuários com vínculos solidários, fortalecimento do trabalho multidisciplinar e criação de redes de atendimento interligadas (MAURER, 2010).

Assim, foi elaborada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, denominada HumanizaSUS, a qual possui, dentre suas ações, o programa de ACCR, criado no período de 2006, este aspecto visa reduzir as filas e o tempo de espera do usuário para atendimento em emergências com ampliação do acesso à saúde; promovendo atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco, assim como garantir informações ao usuário e gestão participativa com educação permanente aos trabalhadores (NEVES, 2006).

Destaca-se, portanto, que o acolhimento favorece a construção da relação de confiança e o compromisso entre as equipes e os serviços, possibilitando alianças com os usuários, trabalhadores e gestores de saúde (BRASIL, 2009). Assim, o ACCR é considerado ferramenta tecnológica do processo de trabalho da equipe de saúde, em especial, dos enfermeiros atuantes em unidades de urgência e emergência, constituindo-se alicerce para melhoria da qualidade da assistência e conquista de utilizar um cuidado resolutivo, com recuperação da saúde e redução dos riscos de complicação (MOTA, 2009).

Vale ressaltar que tal instrumento, também, pode configurar-se como estratégia de promoção da saúde, já que por meio da sensibilização e empoderamento da real situação do usuário, pode utilizar-se de estratégias, como educação em saúde para incluir os antecedentes e/ou conseqüentes de crianças e adolescentes em situação de urgência.

A realização do processo de ACCR em emergências, em especial nas pediátricas, é considerado um desafio, principalmente, por ser estimado como um cenário com sobrecarga de pacientes, resultando em superlotação, caracterizando-se por leitos permanentemente ocupados; pacientes instalados nos corredores; longo tempo de espera, grande pressão para atendimento, assim como o estresse vivenciado pela equipe assistencial (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Nesse contexto, tais serviços constituem-se importantes componentes da assistência à saúde no Brasil, sendo caracterizado pelos altos índices de morbidade e mortalidade infanto-juvenil, como doenças respiratórias, infecções gastrointestinais, violência e abuso infantil, especialmente, na região Nordeste e no Estado do Ceará (BRASIL, 2009). Muitas são as situações em que se faz necessário atendimento à criança e ao adolescente em unidades de urgência e emergência hospitalar.

Dentre as principais causas de atendimento nessas unidades, podem-se citar: asma, pneumonia, diarreia, desidratação, estado convulsivo, intoxicação, processo parasitário e infeccioso, acidente e trauma, as quais integram os maiores agravos nas urgências/emergências pediátricas, podendo, também, contribuir para o aumento do índice de mortalidade infantil (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

Dados do DATASUS registram que em maio de 2012, houve 89.328 casos de atendimento de média e alta complexidade em unidades pediátricas no Brasil, sendo 23.588 na região Nordeste (DATASUS, 2012). Estudo realizado em 2009, com 635 crianças e adolescentes, na cidade de Fortaleza-Ceará, cita as principais causas de atendimento emergencial pediátrico em um hospital de referência, destacando-se febre (24,95%), vômitos com (15,51%), diarreia (11,85%) e dispneia (8,96%) (VERAS *et al.*, 2009).

A partir de tais dados, bem como da elevada vulnerabilidade infantil às condições de saúde, com o propósito de redução da taxa de mortalidade infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs como meta para o desenvolvimento do Brasil obter menos de 15,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2015. Isto equivale a uma redução de 50% em relação à taxa de 1990, a qual se registrava 31,4 óbitos por mil nascidos vivos. No período de 2000 a 2007, houve redução de 27% na taxa de mortalidade infantil no Brasil, ou seja, passou de 27,4 para 20,0 óbitos por mil nascidos vivos. Essa redução também pôde ser observada na região Nordeste, com a redução da taxa de 41,8 óbitos por mil nascidos vivos para 27,8 (BRASIL, 2009).

A fim de alcançar a meta proposta pela OMS e manter a redução da mortalidade infantil, bem como a realização do acolhimento de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência, de forma eficiente e humanizada, uma equipe de profissionais médicos e enfermeiros, do município de Fortaleza-CE, reuniram-se para elaborar o protocolo de ACCR em pediatria, fundamentado no Protocolo de Manchester (Canadá) e no Protocolo do Hospital Odilon Behrens (Minas Gerais), cuja publicação ocorreu em setembro de 2008, com o apoio do MS, HumanizaSUS, Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, dentre outros (MAFRA *et al.*, 2008).

O protocolo foi organizado a partir de diversos estudos desenvolvidos acerca do acesso e acolhimento do usuário aos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 1999; RAMOS; RAMOS, LIMA, 2003; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; LIMA *et al.*, 2007; MARQUES; LIMA, 2007; PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; SOUZA *et al.*, 2008; CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009), bem como sobre a implantação do acolhimento nas unidades de saúde nos diversos níveis de atenção, de modo a favorecer a aplicabilidade de estratégias

para promoção e recuperação da saúde (SCHOLZE *et al.*, 2006; NASCIMENTO; TESSER; POLI NETO, 2008).

O protocolo de ACCR em pediatria é um instrumento baseado em sinais de alerta e indicadores clínicos para possibilitar a classificação por gravidade ou grau de sofrimento; determinando a prioridade do atendimento; diminuindo a superlotação e o tempo de espera. Trata-se, ainda, de um guia de qualificação das equipes multidisciplinares atuantes em emergências pediátricas, tendo como objetivo principal a melhoria do atendimento nas portas de entrada de urgência e emergência pediátricas dos hospitais municipais de Fortaleza (MAFRA *et al.*, 2008).

Diante disso, o protocolo de ACCR em pediatria fundamenta em sinais de alerta (queixa principal) e indicadores clínicos (manifestações clínicas relacionadas à queixa principal), prioriza os critérios clínicos e não a ordem de chegada do público-alvo, crianças e adolescentes, já que, de acordo com a OMS, considera-se criança aquela presente na faixa etária de zero a nove anos e adolescente entre 10 e 19 anos de idade (OMS, 2011).

Como definição dos sinais de alerta, tem-se que são características objetivas, observáveis que representam gravidade, quanto aos indicadores clínicos, também denominados de sintomas, condições subjetivas sensíveis aos agravos (PORTO, 1999; KUPFER *et al.*, 2009)

Após a compreensão e avaliação dos sinais de alerta e indicadores clínicos, por parte dos profissionais da saúde capacitados para classificar o risco, o usuário recebe o indicativo da prioridade, determinado pelo enfermeiro, tendo apoio de um técnico de Enfermagem. Estes se baseiam no referido Protocolo, classificando a necessidade de atendimento da criança e do adolescente, conforme o risco de complicações e morte (BRASIL, 2009).

Nesse momento, o enfermeiro tem papel fundamental na classificação de risco, já que é preciso a capacitação e a determinação das responsabilidades de cada componente da equipe multidisciplinar. Para isso, o protocolo de ACCR em pediatria coloca como principais responsabilidades: receber o paciente e a família, de forma solidária e acolhedora (toda a equipe multidisciplinar); realizar breve avaliação (técnico de Enfermagem capacitado); classificar o paciente em prioridades, usando a padronização do protocolo; registrar e reavaliar quando necessário (enfermeiro); encaminhá-lo ao local de atendimento (enfermeiro ou técnico de Enfermagem); avaliar, diagnosticar e intervir, conforme a classificação da criança e adolescente (médico); e garantir o encaminhamento para unidades de rede de apoio ou unidades de atenção primária, quando necessário, assim como o reconhecimento dos direitos

de cidadania (assistente social) (MAFRA *et al.*, 2008; SILVA, ARIZONO, 2008; BRASIL, 2009).

Vale ressaltar que o enfermeiro, pelas peculiaridades da profissão, é um dos profissionais de saúde que está mais próximo dos usuários, seja em uma unidade de saúde da família, um pronto-atendimento, um serviço de emergência ou uma unidade de internação hospitalar. Fato que confere ao enfermeiro papel central no processo de acolhimento e atuação na avaliação e classificação de risco, reconhecendo as reais necessidades do usuário para direcionar a assistência (DESCOZO, 2009).

Para a realização de tal processo, os critérios de classificação de risco, proposto pelo protocolo são determinados conforme os sinais de alerta e os indicadores clínicos de saúde das crianças ou dos adolescentes. Sendo, para isso, recomendado a ser implantado e realizado por profissionais de nível superior, devidamente treinado mediante a existência de protocolos técnicos e administrativos da unidade (COREN-MG, 2007).

Consoante Mafra *etal.*, (2008), a classificação da prioridade de atendimento deve considerar cinco prioridades de atendimento para o processo de classificação de risco, como: prioridade I – vermelho: atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro; prioridade II – vermelho/laranja: atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro e reavaliação pela enfermeira a cada 15 minutos; prioridade III – amarelo: avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pela enfermeira a cada 30 minutos; prioridade IV – verde: avaliação médica em até uma hora ou reavaliação pela enfermeira a cada uma hora; prioridade V- azul: não urgente, avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito a outra unidade básica de saúde, com contato telefônico prévio e garantia de atendimento.

Perante essas considerações, emergiu o interesse de desenvolver um estudo de validação e adequação de conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria, considerando, assim como Nietzsche (2000), fonte tecnológica da informação, a qual poderá proporcionar embasamento técnico-científico para equipe multiprofissional e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência junto à criança e ao adolescente em unidades de urgência e emergência pediátrica.

Por isso, este estudo justifica-se à medida que busca desenvolver a validação de um construto, o qual, segundo Ribeiro (1995) e Pasquali (1997), considera-se o estudo de validação de tecnologias como atividades, em que os pesquisadores estão envolvidos na identificação do problema, na definição de opções, na condução da unidade de teste e

validação e no processo de avaliação dos resultados. Ou seja, é aquele que mensura o grau de um instrumento, verifica se realmente este mede aquilo que foi concebido para medir.

Assim, inclui-se o protocolo de ACCR em pediatria, como estratégia tecnológica para o cuidado de Enfermagem, sendo considerado instrumento eficiente no apoio à avaliação e classificação de risco de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência. No entanto, tal instrumento ainda não havia sido avaliado com rigor metodológico para validação do construto, quanto à aparência e ao conteúdo, a fim de proporcionar condições técnico-científicas aos profissionais da saúde, para classificação criteriosa e adequada para prioridade de atendimento.

Para isso, a proposta deste estudo foi a validação do protocolo de ACCR em pediatria quanto à aparência e ao conteúdo, utilizando-se de um processo metodológico de validação de instrumentos.

Diante do contexto apresentado, despontou-se o seguinte questionamento: o protocolo de ACCR em pediatria é válido quanto à aparência e ao conteúdo, como tecnologia na classificação de risco de crianças e adolescentes para priorizar o atendimento em unidades de urgência e emergência hospitalar?

Espera-se que a resolução desse questionamento possa favorecer a utilização do protocolo de ACCR, validando os sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde para que a equipe multidisciplinar possa utilizá-lo como recurso tecnológico confiável para prioridade de atendimento em urgência e emergência pediátrica. Além de tentar viabilizar o benefício científico na prática assistencial, com vistas a proporcionar melhor desempenho na busca pelo conhecimento científico, pela melhoria da qualidade do cuidado ao paciente e pelo reforço da importância da pesquisa na prática clínica.

Almeja-se, também, que a validação de aparência e conteúdo dos atributos (sinais de alerta), antecedentes e consequentes das situações de urgência e emergência, presentes no protocolo, possa contribuir para resolutividade e praticidade da avaliação e identificação da prioridade de atendimento a crianças e adolescentes em tais circunstâncias.

A validação do Protocolo de ACCR poderá, portanto, favorecer a utilização deste, como tecnologia favorável na tomada de decisão para identificação eficaz e resolutiva na prioridade de atendimento em pediatria. Tende-se, ainda, a proporcionar o reconhecimento dos antecedentes e consequentes da criança e do adolescente de maneira válida e fidedigna, fornecendo base para o planejamento das ações, individualização da assistência e agilidade no serviço de emergência.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Validar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria para classificar a prioridade de atendimento de crianças e adolescentes em situações de urgência e emergência.

2.2 Específicos

Identificar os conceitos dos atributos (sinais de alerta) presentes no protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria, bem como antecedentes e consequentes;

Validar a aparência e o conteúdo do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco, a partir do nível de concordância dos juízes quanto aos critérios simplicidade, clareza e relevância.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Considerações sobre o Acolhimento com Classificação de Risco

O acolhimento nas práticas de saúde é tido como desafio, sendo considerado como postura e exercício nas ações de atenção e gestões das diversas unidades de saúde.

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

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

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

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

Ao considerar, então, a necessidade de se trabalhar com um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção ao acolhimento e resposta às necessidades de saúde, propõe-se atuação desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento até o tratamento e recuperação durante o atendimento aos usuários com quadros agudos, especialmente nas portas de entrada dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2011).

Para tanto, torna-se prioridade a ampliação do acesso e acolhimento dos pacientes que necessitam dos serviços de urgências e emergências, contemplando a classificação de risco, com intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, apoiando-se com as redes de atenção à saúde. O ACCR, a qualidade e a resolutividade na atenção à saúde constitui a base desse processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

Sabe-se que a classificação de risco nessa rede de assistência tem como objetivo principal priorizar os usuários de saúde conforme a gravidade clínica com que se apresenta no momento de atendimento, com avaliação humanizada e redução do tempo de espera, sendo priorizado por gravidade e não por ordem de chegada (ENFERMAGEM/SA, 2011).

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

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

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

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

Frente à necessidade de organizar a fila de espera nos serviços hospitalares de urgência e emergência, utilizando outro critério de atendimento diferente da ordem de

chegada, o HumanizaSUS adotou como referido o sistema de classificação e avaliação de risco que, somado à diretriz do acolhimento, propõe-se garantir o atendimento de acordo com o grau de risco elevado; fornecer informações sobre o tempo provável de espera e minimizar a desfragmentação do processo assistencial ao proporcionar pactuações entre redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

O primeiro país a desenvolver o sistema ACCR foi a Austrália, na década de 1990. Neste, utilizam-se cinco níveis de classificação de pacientes que, quanto ao tempo de espera para o atendimento, pode variar de zero a 120 minutos (NISHIO; URRUTIA; ARAÚJO, 2008).

No Brasil, o sistema ACCR é realizado por enfermeiros, os quais, por meio da consulta de Enfermagem, classificam os agravos com base em, no mínimo, quatro níveis de classificação ilustrados por cores, sendo cinco na cidade de Fortaleza-Ceará, como preconizado no Protocolo de ACCR em pediatria (BRASIL, 2004; MAFRA *et al.*, 2008).

No caso da cidade de Fortaleza-CE, utilizam-se os cinco níveis da classificação, conforme preconizado pelo protocolo de ACCR em pediatria, caracterizado pelas cores vermelho I, vermelho II/laranja, amarelo, verde e azul. Quanto à consulta de Enfermagem para o ACCR, na tentativa de produzir novas condições de atendimento, o MS preconiza que não é necessária a realização desse processo com todos os pacientes que procuram o serviço de urgência e emergência, já que necessita de condição sistemática (BRASIL, 2004).

No entanto, estudo realizado na unidade de urgência e emergência na cidade de São Paulo dispõe da importância da consulta de Enfermagem para promover a autonomia do enfermeiro, a administração local, considerando o padrão de humanização e de qualidade almejado para o atendimento. Para isso, optou-se por estruturar em tal serviço que os pacientes, mesmo aqueles com agravos não emergenciais, antes do atendimento médico, passassem pelo atendimento de Enfermagem, a fim de autêntica classificação de risco (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Para tanto, pode-se destacá-la como uma estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutive, respaldada por lei que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e tratamento precoce, bem como a prevenção de situações evitáveis, como é o caso de situações de urgência e emergência (QUEIROZ *et al.*, 2010).

Torna-se evidente que a classificação de risco e correspondente priorização do atendimento em serviços de urgência é considerada um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução; prevendo que o usuário seja acolhido por

uma equipe que definirá o seu nível de gravidade e o encaminhará ao atendimento específico de que necessita. Tendo, para isso, a imprescindível qualificação e atualização, específica e continuada, do enfermeiro para atuar no processo de classificação de risco e priorização da assistência à saúde (COFEN, 2012).

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

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

3.2 Acolhimento com Classificação de Risco como tecnologia para a Promoção da Saúde

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

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

A promoção da saúde caracteriza-se como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, a fim de atingir estado de completo bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2002).

O termo promover, conforme Ferreira (2010), refere-se a dar impulso, diligenciar para que se realize, isto é, fazer promoção da saúde. Ou seja, em uma aproximação imediata

do termo, pode-se entender por promoção da saúde toda atuação que tem como objetivo o incremento ou a melhoria da saúde das pessoas. Trata-se da atuação para ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde, na busca pela ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades; com o cerne da proposição de empoderamento individual e coletivo (TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Assim, compreende-se que promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, como também se propõe a incluir transformações nos estilos de vida, buscando melhorias no bem-estar individual e coletivo. Com o desenvolvimento de estratégias e ações efetivas para implementação de políticas públicas com prioridades tomadas de decisão, visando à melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2002).

Consoante à utilização do ACCR como estratégia para promoção da saúde, exigem-se, também, investimentos estruturais na rede de atenção em saúde como um todo. Pois, sem a certeza da garantia do acesso por meio da referência e contrarreferência, os usuários acabam por crer que os serviços de urgência e emergência são, de fato, a única porta de entrada ao sistema de saúde, gerando superlotação e insatisfação no processo de atendimento (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Santos *et al.* (2003) corroboram quando referem que o ACCR configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe que atua no ACCR, a qual se constitui como sujeito do seu processo de trabalho, priorizando o atendimento do usuário por grau de risco e gravidade da doença.

O ACCR como processo de intervenção para melhoria do atendimento em saúde necessita, também, de protocolos ou instrumentos que sirvam de apoio para os profissionais de habilidade técnica a utilizar-se como ferramenta para classificação de risco.

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

Diante disso, com o propósito de promover a saúde através da utilização do ACCR, o MS e a Secretaria de Saúde de Fortaleza-CE elaborou instrumento para

classificação de risco do adulto e para a pediatria. Assim, tem-se como foco deste estudo o Protocolo de ACCR em Pediatria, o qual é considerado instrumento tecnológico para classificar os risco de crianças e adolescentes atendidos em unidades de urgência e emergência pediátrica da cidade de Fortaleza, Ceará, e sua região metropolitana.

3.3 O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria

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

Nesse instrumento, a ordem de chegada é substituída por uma avaliação da criança e do adolescente, realizada pelo enfermeiro, auxiliado por um técnico de Enfermagem, com base em sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde elaborados e propostos por tal protocolo.

A equipe de classificação recebe o público-alvo, crianças e adolescentes acompanhadas por seus responsáveis, de forma acolhedora e humanizada, realiza avaliação breve dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde, de modo a classificar em prioridades de atendimento. Para isso, utiliza-se do referido protocolo padronizado, registra a avaliação e encaminha o mesmo ao local de atendimento, conforme condição clínica.

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

A classificação da prioridade de atendimento no protocolo dispõe-se de cinco cores as quais são: vermelho, vermelho/laranja, amarelo, verde e azul determinando tempo de espera de zero, quinze, trinta e sessenta minutos e sem limite de tempo, respectivamente, para atendimento, já que corresponde às condições clínicas que possibilitam aguardar ou serem encaminhadas a outros locais com garantia de atendimento. Essa avaliação deverá ser sistemática e dinâmica, podendo alterar a classificação, de acordo com os sinais de alerta e os

indicadores clínicos apresentados por crianças e adolescentes, devendo ser comunicado qualquer atraso (MAFRA *et al.*, 2008).

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

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

Ao adentrar a unidade de atendimento à criança ou ao adolescente junto ao seu responsável, esta/e é prontamente acolhido por tal equipe, podendo receber intervenção imediata ou ser encaminhado à sala de classificação de risco, já que depende das condições clínicas que o usuário apresenta-se no momento de chegada. A identificação da gravidade é procedida por marca colorida no boletim da emergência, conforme cada instituição. As pessoas em situação de urgência serão conduzidas à avaliação através da avaliação do enfermeiro, aquelas que procurarem por especialidades serão encaminhados aos respectivos setores (MAFRA *et al.*, 2008).

O protocolo dispõe, ainda, de diversos sinais de alerta (queixa clínica principal) e indicadores clínicos de saúde que corresponde às manifestações clínicas associadas à queixa principal. Para isso, utilizam-se cores indicando a classificação de risco, sendo subdivididos nas cinco cores correspondentes, já referidas anteriormente.

Inclui, ainda, fluxogramas de atendimento e anexos com padrão de sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial), descreve a ECG, escala de dor, avaliação da superfície corporal queimada, relação das redes de atendimento e, um mapa da prefeitura de Fortaleza com os riscos de e redes de apoio de saúde nas micro áreas da cidade. Tais componentes podem favorecer a avaliação por gravidade ou sofrimento

do usuário, assim como facilitar os encaminhamentos a outros serviços de atendimento aumentando o acesso ao serviço de saúde.

3.4 Validação de Instrumentos de Medida

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

O conceito de validade é abordado como o grau em que um instrumento mostra-se apropriado para mensurar o que supostamente ele deveria medir. Assim, quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si que está sendo validado, mas o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Quando um instrumento é válido reflete verdadeiramente o conceito que deve medir (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

Dentre os exemplos de tecnologia validada, pode-se citar Pires (2003), o qual traduziu para o português e validou um instrumento para a triagem de pacientes em serviço de emergência. Bem como tantas outras pesquisas, como de Freitas (2010), Joventino (2010), Alexandre e Coluci (2011), os quais validaram instrumentos para a assistência de Enfermagem, adotando métodos de validação de forma conjugada. Essa conjugação decorreu de preceitos psicométricos de Pasquali (1997; 1999; 2011).

O modelo de validação de Hoskins (1989) para verificar a validade e confiabilidade dos Diagnósticos de Enfermagem é composto por três etapas denominadas de análise de conceito, validação por especialista e validação clínica. Na análise de conceito, pretende-se examinar a estrutura e a função do conceito, o qual contém atributos ou características que o fazem único em relação aos outros. A validação por especialistas caracteriza-se pela obtenção das opiniões de especialistas sobre o instrumento elaborado na etapa anterior. Para validação clínica, objetiva-se testar se os itens desenvolvidos na análise de conceito e validados por especialistas são sustentados por dados clínicos.

A psicometria é considerada uma teoria de medida de instrumentos, para isso, tem sido utilizada dentro de um contexto restrito, referindo-se a testes psicológicos e escalas psicométricas que insere uma discussão em torno da utilização de símbolos matemáticos no estudo científico dos fenômenos naturais (PASQUALI, 2011).

Para estudo aprofundado do modelo de validação de Pasquali (1997), utilizando-se a teoria de medida psicométrica, tem-se a necessidade de definir os sinais de alerta e indicadores clínicos de situação de urgência e emergência contidas no protocolo de ACCR em pediatria, os quais são utilizados durante o processo de validação, como: traço latente, sistemas, propriedades e magnitude.

Quanto ao traço latente, pode-se referir que tem definição ambígua ou controversa, podendo ser considerada variável hipotética, variável fonte, fator, construto, conceito, estrutura psíquica, traço cognitivo, processo cognitivo, processo mental, estrutura mental, habilidade, aptidão, traço de personalidade, processo elementar de informação, componente cognitivo, tendência, atitude, entre outros. Sendo encarado como o processo psicológico do objeto de estudo, representado como comportamentos (escalas, testes, instrumentos e outros) (PASQUALI, 1997; 2011).

Assim, pode-se entender como traço latente, do presente estudo, a validação do protocolo de ACCR em pediatria como objeto de interesse científico. Sendo este, também, considerado instrumento com um conjunto de comportamentos reais de crianças e adolescentes em situação de risco e com complicações em unidades de urgências e emergências pediátricas.

No que concerne ao sistema, verifica-se a representatividade do objeto de interesse, também chamado de objeto psicológico, considerado em vários níveis, dependendo do interesse do pesquisador. O sistema pode ser classificado como universal ou local, em que naquele há a estrutura psicológica total do ser humano, e os sistemas locais, os vários subsistemas de interesse. Constitui-se sistema como o objeto imediato de interesse de um delineamento de estudo e não é uma entidade ontológica monolítica e unívoca (PASQUALI, 1997).

Neste estudo, o sistema pode ser entendido como a validade de conteúdo, de critério e de construto do Protocolo de ACCR em Pediatria, bem como a sua importância no âmbito hospitalar, em especial em unidades de urgência e emergência pediátrica. A fim de que a validade desse instrumento possa contribuir para uma adequada classificação de risco contemplando o grau de sofrimento e prioridade de atendimento, podendo favorecer a redução de risco de complicações e morte de crianças e adolescentes nas filas de espera para atendimento à saúde.

Quanto à propriedade, consideram-se os atributos do sistema, que são os vários aspectos e domínios que o caracterizam. A psicometria assume esses atributos como o foco imediato de observação ou medida. Assim, a estrutura psicológica apresenta atributos do tipo

processos cognitivos, processos emocionais, processos motores e outros (PASQUALI, 1997; 2011).

Essas propriedades ou atributos do sistema podem ser considerados os sinais de alerta e os indicadores clínicos de saúde de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência presentes no Protocolo de ACCR em Pediatria, além da aparência do instrumento, das orientações de utilização, dos anexos e fluxogramas pertinentes ao conteúdo do protocolo.

Esses instrumentos psicológicos apresentam magnitude, ou seja, dimensões a serem mensuradas, quantificadas, com propriedade numérica. Portanto, a magnitude refere-se à condição de mensuração dos componentes do objeto, que ocorre com quantidades definidas e diferentes de indivíduo para indivíduo, correspondendo à propriedade numérica de ordem crescente (PASQUALI, 1997; 2011).

Dentre as etapas indicadas por Pasquali (1999) para a construção, aferição dos parâmetros de validade e fidedignidade do instrumento, tem-se a psicometria, dividida em três grandes polos, denominados de procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos).

O primeiro polo refere-se à explicitação da teoria que deve fundamentar o construto ou objeto psicológico para o qual se deseja desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização do construto em itens (PASQUALI, 1999).

Sabe-se que o polo teórico compreende as seis primeiras etapas para a construção de instrumentos de medida: sistema psicológico, propriedade do sistema, dimensionalidade do atributo, definição do construto, operacionalização do construto e análise teórica dos itens. As três primeiras etapas se relacionam à teoria propriamente dita para fundamentar a construção do instrumento; a quarta etapa contempla tanto a teoria quanto a definição do que constará na construção do instrumento; e as duas últimas etapas referem-se à construção propriamente dita do instrumento e à análise dos itens como válido e confiável para utilização adequada do instrumento.

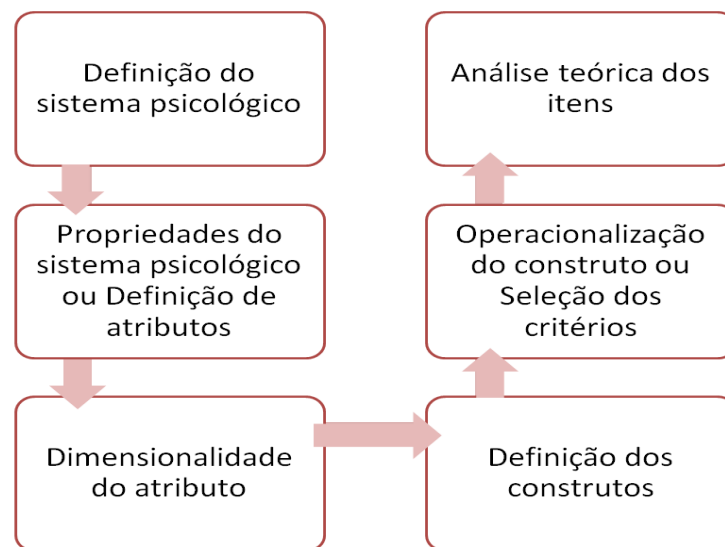
Para o polo empírico, tem-se a definição das etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto e da coleta válida da informação para proceder à avaliação psicométrica do objeto. Neste aspecto, no polo empírico (experimental), definem-se as etapas e técnicas de planejamento da aplicação, aplicação e coleta do instrumento para testar sua validade e confiabilidade.

No polo analítico (estatístico), estabelecem-se os procedimentos de análise estatística sobre os dados do instrumento, visando à obtenção de um instrumento válido, preciso e, se for o caso, normatizado. Esse polo é composto por quatro etapas:

dimensionalidade do instrumento, análise empírica dos itens, fidedignidade do instrumento e normatização (PASQUALI, 1999).

Conforme Pasquali (2011), o processo de validação de um instrumento está inserido na sexta etapa do polo teórico, denominada de análise dos itens, conforme demonstrado na Figura 1 que se compõe das etapas do polo teórico da construção e validação do instrumento.

Figura 1- Etapas de construção e validação de instrumento proposta por Pasquali (1997; 1999). Fortaleza, 2012.



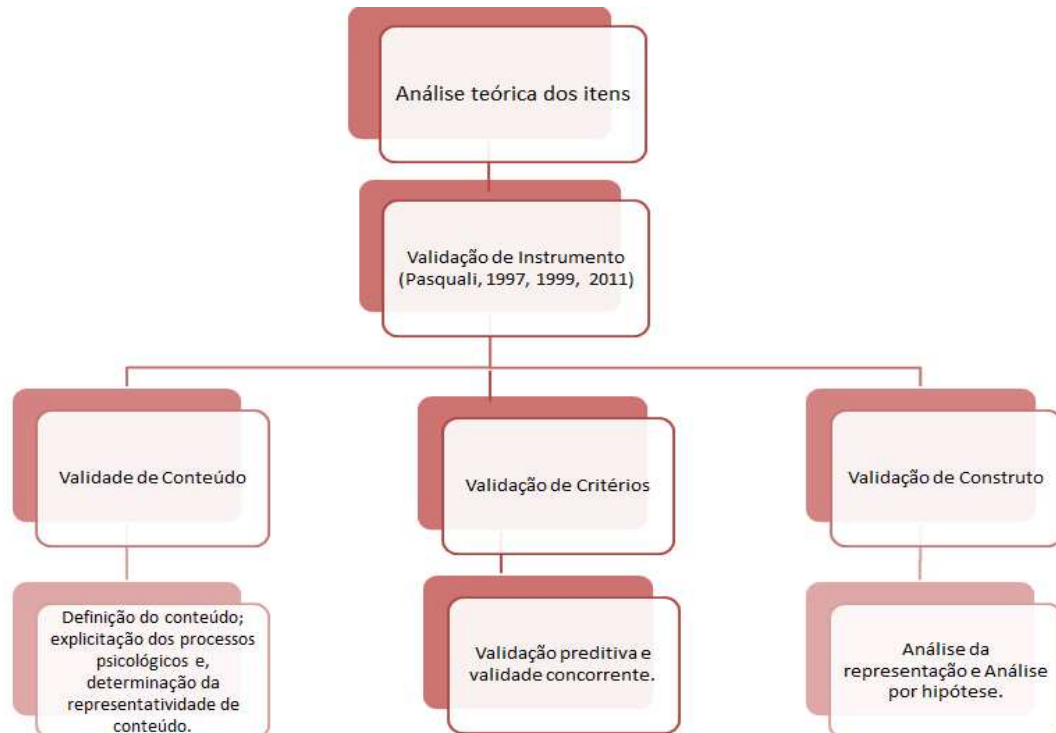
Fonte: Elaborada pela própria autora (2012).

A validação implica uma preocupação quanto à precisão, a dita calibração do instrumento de medida. Diz respeito ao fato de a medida demonstrar congruência entre o traço latente e sua representação (comportamento), refere-se, também, à demonstração de adequação (legitimidade) da representação do instrumento (PASQUALI, 2011).

Para isso, têm-se as técnicas que visam à validade de conteúdo, de critério e de construto, como demonstrado pela Figura 2, a qual dispõe inicialmente da sexta etapa do polo teórico para construção e validação do instrumento, utilizando-se da validade de conteúdo, com a definição do conteúdo a ser evidenciado, seguido da explicitação dos processos psicológicos e da representatividade do conteúdo do instrumento.

Logo após, segue com a validade de critério que concerne à validação preditiva e concorrente. Outro tipo de validade refere-se à validade de construto, compondo-se pela análise da representação e hipótese do instrumento de medida (PASQUALI, 1997; 2011).

Figura 2 - Etapas da validação de instrumento de Pasquali (1997, 1999, 2011). Fortaleza, 2012.



Fonte: Elaborada pela própria autora (2012).

Diante disso, este estudo constará da validade de conteúdo, contendo a validação de aparência e conceito, a fim buscar solucionar o objeto de estudo. Para isso, tem-se a necessidade de descrever tais tipos de validação, conforme a seguir.

3.5 Validação de instrumentos conforme Pasquali (1999, 2011)

3.5.1 Validade de conteúdo

A validade de conteúdo, para Pasquali (1997, 2011), aplica-se quando os traços eram considerados válidos, na medida em que seu conteúdo corresponde ao conteúdo dos traços teoricamente definido pela teoria psicológica em questão. Ou seja, torna-se válido quando os itens do instrumento constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínios).

Sabe-se que quando um investigador está desenvolvendo um instrumento ou construto e surgem questões de validade de conteúdo, a preocupação está em se o instrumento de medida e os itens que contém são representativos para o que se pretende medir (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

No protocolo em estudo, foi verificado se sua aparência e seu conteúdo foram considerados válidos e adequados para avaliação do risco de complicações e morte, bem como a determinação oportuna para a prioridade de atendimento das crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência. Vale ressaltar a importância da explicitação relativa a cada tópico contido nos itens que compõe a aparência do instrumento, bem como disponibilizados como atributos que são os denominados de sinais de alerta e os indicadores clínicos de saúde.

Para viabilizar a validade de conteúdo, torna-se preciso a especificação dos testes que comportam a definição dos atributos, como definição do conteúdo, explicitação dos processos psicológicos (objetivos) a serem avaliados e determinação da proporção relativa de representação no teste de tópico do conteúdo (PASQUALI, 2011).

Esses atributos podem ser garantidos a partir da realização de sete passos principais: definição do domínio cognitivo, do universo do conteúdo, da representatividade de conteúdo, elaboração de tabela de especificação, construção do teste, análise teórica dos itens e empírica dos itens.

O primeiro passo (definição do domínio cognitivo) deve ser seguido a partir da definição dos objetivos ou dos processos psicológicos que se quer avaliar (PASQUALI, 2011). De acordo com Lobiondo-Wood e Haber (2001), o pesquisador começa por definir o conceito a ser estudado.

Por isso, neste estudo, o conteúdo a ser estudado refere-se ao conceito de cada sinal de alerta contido no protocolo de ACCR em pediatria, assim como seus antecedentes (condição clínica que chega a ser um fator de risco para uma situação de emergência), atributos (indicadores clínicos de saúde) e consequentes (complicações devido a espera por atendimento) de crianças e adolescentes atendidos em unidade de urgência e emergência.

Para a definição do universo do conteúdo, é preciso definir e delimitá-lo em divisões e subdivisões, tais como a aparência do protocolo, com observações anexas e fluxogramas de atendimento para a classificação de risco, os sinais de alerta e os indicadores clínicos de saúde.

Na representatividade de conteúdo, esclarece-se a relevância com que cada um dos itens aparece no conteúdo.

Quanto à elaboração de tabela de especificação, relaciona-se ao conteúdo com os processos cognitivos a avaliar, como também a importância relativa a ser dada a cada unidade. Para isso, estabelece-se o conceito dos sinais de alerta do protocolo a partir da literatura pertinente à temática.

O quinto passo para validade de conteúdo corresponde à construção do teste, a qual obedece a elaboração dos itens que irão representar o teste (PASQUALI, 2011). Para isso, cabe enfatizar que este passo já foi contemplado, ou seja, o Protocolo já possui itens que o representam.

Na análise teórica dos itens, considerado o sexto passo, verifica-se a compreensão das tarefas, é realizada por juízes e visa estabelecer a compreensão dos itens (análise semântica) e a pertinência dos itens que se pretende medir (PASQUALI, 1997, 2011).

No caso da análise semântica, os juízes são sujeitos da própria população que se quer construir o instrumento, preocupa-se se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população meta e, para evitar deselegância na formulação dos itens, devendo ser feita também com amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população meta (para garantir a validade aparente do instrumento). Para a análise do conteúdo do instrumento, os juízes devem ser peritos na área do construto, pois tem a tarefa de ajuizar se os itens estão referindo ou não ao traço em questão, consiste em avaliar se o item constitui uma representação adequada (PASQUALI, 2011).

Essa metodologia é utilizada corriqueiramente para verificação da equivalência semântica dos fenômenos de escalas ou instrumentos de medidas que passam pelo processo de tradução e retradução (*back-translation*) de versões em línguas diferentes da original. Tal análise considera e classifica a heterogeneidade sociocultural do local a ser aplicado o instrumento, bem como a equivalência funcional dos itens em avaliação, além das definições como tendo exatamente o mesmo significado, quase o mesmo significado ou significado diferente (AMARAL *et al.*, 2011).

Neste aspecto, o protocolo de ACCR em pediatria não se aplica para realização de tal etapa, já que se trata de um instrumento já construído e adaptado a realidade local da cidade de Fortaleza-CE. Além de ser composto por um conteúdo com sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde, com termos técnicos de saúde fundamentais para o conhecimento dos enfermeiros, acadêmicos de Enfermagem e técnicos de Enfermagem. Podendo, assim, ser válido semanticamente para um estrato mais baixo de habilidade, assim como aqueles de maior habilidade.

O sétimo e último passo da teoria psicométrica contempla a análise empírica, ou experimental, dos itens na qual se determina o nível de dificuldade e discriminação dos itens (PASQUALI, 1997, 2011). Esta técnica pode ser denominada por outros autores como validação clínica de instrumentos de saúde, a qual dispõe de testes de confiabilidade para verificação da aplicabilidade clínica de escalas ou instrumentos de medida. Porém, tal

técnica de validação será contemplada junto ao protocolo de ACCR em pediatria em um estudo futuro.

Diante de tais aspectos e da confirmação de realização dos passos para a técnica de validação de conteúdo, segue-se com a validação de critérios de acordo com os preceitos de Pasquali (1997, 1999, 2011).

- Análise de conceito: definição do domínio cognitivo

A análise de conceito é a primeira etapa a ser cumprida para validação de conteúdo, nesta, utiliza-se a definição de atributos característicos de um determinado conceito correspondente ao instrumento em avaliação (PASQUALI, 2011).

Para essa análise, podem-se englobar a revisão da literatura e a construção do conhecimento, de modo a permitir o desenvolvimento de um modelo teórico para explicar o motivo pelo qual certas características devem estar presentes, quando ocorre determinado fenômeno (HOSKINS, 1989).

No caso deste estudo, o conceito a ser analisado refere-se aos sinais de alerta contidos como atributos do protocolo de ACCR em pediatria, considerando estes como itens fundamentais para avaliação e classificação de risco das crianças e adolescentes atendidos em unidades de urgência e emergência.

Para realização desta primeira etapa na validação de conteúdo, foi realizada ampla revisão da literatura, em livros, jornais e periódicos publicados. Seguindo as fases propostas por Gil (2002), associadas às etapas propostas por Lobiondo-Wood e Haber (2001). Tais etapas são evidenciadas, ainda, como método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e em Enfermagem; e então proporcionam o cumprimento dos conceitos do ACCR em pediatria, seus antecedentes, atributos e consequentes.

A revisão de literatura consiste em uma revisão sistemática e crítica das literaturas especializadas mais importantes publicadas a respeito de um tópico específico (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A concretização de uma revisão crítica de literatura torna-se necessária a partir da divulgação do conhecimento e utiliza-se de banco de dados em relação a um assunto, conceito ou problema específico, anunciando um conhecimento novo que pode conduzir ao desenvolvimento, validando ou aperfeiçoando teorias; o qual revela questões de pesquisa apropriadas para disciplina e expressão, para novas descobertas de pesquisas que podem motivar mudanças na prática clínica (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A revisão de literatura proposta por Lobiondo-Wood e Haber (2001) é considerada, ainda, essencial para realização de todo o processo da pesquisa quantitativa. A partir dessa perspectiva, a revisão é ampla e sistemática, bem como profunda, mas em geral não exaustiva. É considerada compilação e avaliação crítica da literatura especializada e publicada (conceitual e de banco de dados) em periódicos, monografias, livros, bem como materiais especializados (banco de dados), impressos e acessados por computador não publicados (teses de doutorado e dissertações de mestrado), materiais audiovisuais e comunicações pessoais (apresentações de conferência e entrevistas).

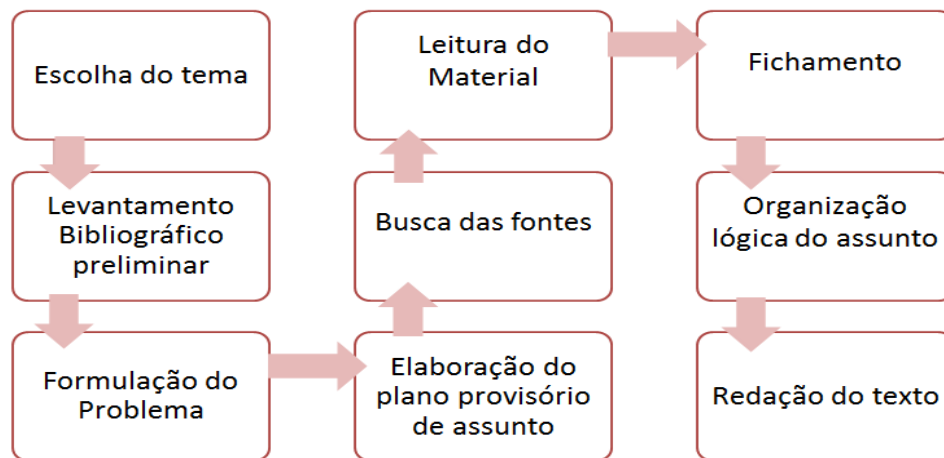
Em conformidade com Gil (2010), a revisão bibliográfica desenvolve-se ao longo de uma série de etapas, tais como: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração de um plano provisório do assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto. A realização destas etapas depende de diversos fatores, como a natureza do problema, nível de conhecimento que o pesquisador dispõe sobre o assunto, grau de precisão que se pretende conferir a pesquisa, entre outros.

Lakatos e Marconi (2001) consideram que a revisão de literatura, também denominada de revisão bibliográfica, corresponde ao tipo de pesquisa que abrange toda a bibliografia já tornada pública, referente ao tema em estudo, tendo como finalidade pôr o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito e filmado sobre o assunto.

Portanto, diante de tais definições, foi utilizado no presente estudo o termo revisão de literatura, em concordância com as fixações determinadas por Lobiondo-Wood e Haber (2001), no que se refere a uma revisão sistemática, em que se utiliza a crítica-reflexiva de publicações importantes sobre o assunto, ou seja, realizou-se busca de publicações sobre os sinais de alerta e indicadores clínicos de situação de urgência/emergência presentes no Protocolo de ACCR em Pediatria.

A fim de realizar busca mais abrangente e reflexiva sobre as definições dos atributos, antecedentes e consequentes presentes no Protocolo de ACCR em Pediatria, propôs-se, neste estudo, a associação das etapas descritas por Gil (2010) e as referidas por Lobiondo-Wood e Haber (2001), conforme descritas nas Figuras 3 e 4, respectivamente. Vale ressaltar que a escolha destes autores ocorreu em virtude de apresentarem detalhamento metodológico de cada etapa.

Figura 3 - Etapas da Revisão Bibliográfica, descritas por Gil (2010). Fortaleza, 2012.



Fonte: Elaborada pela própria autora (2012).

Diante da proposta de Gil (2010), verifica-se que a escolha do tema pode ser considerada como fácil tarefa, devendo ser relacionada, o quanto possível, com o interesse do pesquisador.

Para o levantamento bibliográfico preliminar, o autor sugere que seja realizada logo após a escolha do tema, de modo a facilitar a formulação do problema. Quanto à formulação do problema, verifica-se a especificação dos objetivos, podendo representar longa etapa. Para isso, são necessárias várias revisões e reflexões críticas quanto à clareza e relevância do problema de pesquisa.

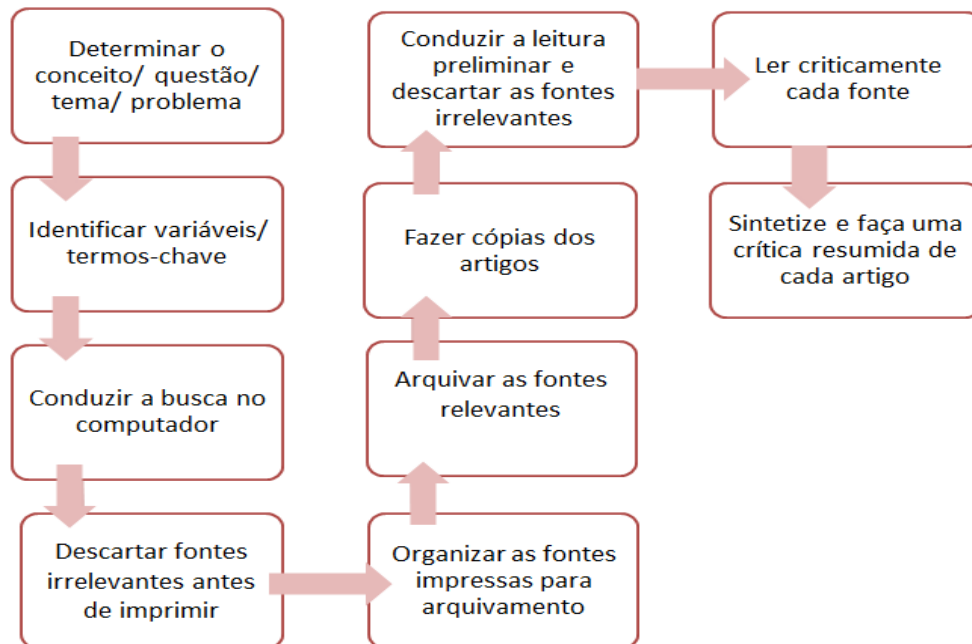
A elaboração do plano provisório de assunto consiste em uma organização sistemática das diversas partes que compõem o objeto de estudo. No tocante à busca das fontes, refere-se que o pesquisador se dirija diretamente ao local, como bibliotecas, ou se utilize de sistemas de busca em bases de dados pela Internet.

Na leitura do material, verifica-se a importância de uma leitura exploratória do assunto, seletiva, analítica e interpretativa. Para o fichamento, faz-se a seleção dos pontos principais à medida que se realiza a leitura da fonte de pesquisa, devendo ser as anotações com frases próprias. Logo após, parte-se para organização lógica do assunto, com vistas a atender aos objetivos ou hipóteses formuladas no início da pesquisa e, por fim, realiza-se a redação do texto.

Lobiondo-Wood e Haber (2001) estabelecem como etapas para revisão de literatura a determinação de um conceito, questão, tema ou problema; seguida de identificação de variáveis ou termos-chave; busca de literatura no computador, podendo descartar as fontes

irrelevantes antes de imprimi-las; assim como organização das fontes impressas para arquivamento, além da realização de cópias dos artigos na íntegra. Propõe-se, então, a leitura preliminar, descartando fontes irrelevantes; realização da leitura crítica de cada fonte e, ao fim, sintetizá-las de modo a realizar, posteriormente, uma crítica resumida de cada artigo. Sendo tais etapas descritas pela Figura 4, a seguir.

Figura 4- Etapas da Revisão Bibliográfica, descritas por Lobiondo-Wood e Haber (2001). Fortaleza, 2012.



Fonte: Elaborada pela própria autora (2012).

Portanto, compreende-se que para Lobiondo-Wood e Haber (2001), a determinação do conceito, da questão, tema ou do problema é analisada como estratégia concentrada na vivência da prática assistencial do pesquisador, sendo necessário verificar se a Enfermagem tem resposta para suas indagações.

Para identificação de variáveis ou termos-chave, sugere-se a ajuda do bibliotecário, assim como a leitura de manuais de base de dados. Ao conduzir a busca pelo computador, percebe-se a importância de o enfermeiro-pesquisador utilizar bancos de dados específicos da sua profissão (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Quanto ao descarte de fontes irrelevantes antes de imprimi-las, propõe-se que seja lido o resumo, marcando apenas os que se ajustam à temática. Para organização das fontes e arquivamento, orienta-se que seja de acordo com o tipo de revista/periódico e ano, relendo os resumos para determinar os artigos selecionados relevantes. Na concretização de cópia dos

artigos, tem-se como estratégia uma quantidade relevante de artigos, incluindo as referências e atentando para a clareza da identificação da revista/ periódico.

Na leitura preliminar e descarte de fontes irrelevantes, deve-se verificar a importância de uma leitura crítica. Assim como, na leitura mais aprofundada, busca-se por sintetizar e criticar cada fonte de dados. Para finalizar, torna-se necessária a síntese crítica resumida de cada artigo, ou seja, a análise do artigo, de modo a realizar uma crítica-reflexiva sobre as descrições do tema em estudo.

Em presença de tais considerações e da realidade do tema em escolha, ou seja, das definições dos sinais de alerta e indicadores clínicos de situação de urgência/emergência presentes no Protocolo de ACCR em Pediatria, percebeu-se a necessidade de realizar ampla revisão de literatura, em livros, obras de referência, teses e dissertações, assim como em periódicos científicos publicados embases de dados.

Para definição de tais informações, segue-se a categorização dos estudos, tendo o revisor o objetivo de organizar e sumarizar tais aspectos de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo, devendo abranger informações, como amostra do estudo (sujeitos), objetivos, metodologia empregada, resultados e principais conclusões de cada estudo.

Na avaliação dos estudos, ocorre o emprego de ferramentas que favoreçam a garantia de validade da revisão, ou seja, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente, de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diversos estudos.

A interpretação dos dados corresponde à discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. A última etapa corresponde à apresentação da revisão/síntese do conhecimento, a qual consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor, assim como os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

Nesse contexto, o estudo abordará a associação das referidas etapas, com aquelas propostas por Gil (2010), incluindo busca sistemática e crítica, utilizando diversas formas de fontes de literatura como livros, teses e dissertações, além de artigos científicos encontrados nas bases de dados na Internet, a fim de definir os sinais de alerta e indicadores clínicos de crianças e adolescentes em situação de urgência/emergência, como descrito no Protocolo de ACCR em Pediatria.

- Validação de aparência.

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

Trata-se de uma avaliação superficial realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento. Por conseguinte, não deve ser usada como critério isolado, pois neste tipo de validade não são conferidas propriedades de medida (PASQUALI, 1997).

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

- Validade de critério

Concebe-se como validade de critério o grau de eficácia que ele tem em predizer um desempenho específico de um sujeito, que deve ser medido por meio de técnicas que são independentes do próprio instrumento que se deseja validar. Esse tipo de validade distingue-se em dois tipos: validade preditiva, quando os dados sobre o critério são coletados após a coleta de informação sobre o teste; e validade concorrente, quando as coletas forem realizadas mais ou menos simultaneamente (PASQUALI, 1997, 2011).

Portanto, a diferença fundamental é basicamente uma questão de tempo que ocorre entre a coleta da informação pelo instrumento a ser validado e a coleta da informação sobre o critério (PASQUALI, 2011).

De acordo com Lobiondo-Wood e Haber (2001), a validade relacionada com critério indica a segunda medida que avalia o mesmo conceito sob estudo. Por isso, quando um coeficiente de correlação apresenta-se como alto, indica que há concordância entre duas medidas.

Neste estudo, foi utilizada avaliação de cinco critérios de avaliação dos juízes para verificar a validade dos itens presentes no protocolo. Para Pasquali (1997, 1999 e 2011), têm-se 12 critérios principais para serem avaliados no processo de psicometria: critério comportamental, de objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio. Assim no presente estudo,

optou-se pela utilização de três critérios que melhor fundamentavam a validação de aparência e de conteúdo do protocolo: simplicidade, clareza e relevância.

O critério de simplicidade corresponde à expressão única da ideia, em que os itens introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas que normalmente podem confundir o respondente. Na clareza, as frases presentes no protocolo devem ser curtas, simples, inteligíveis, inequívocas, não usar gírias, com linguajar típico da população-meta, o qual é considerado melhor afirmar a negatividade do que negar uma afirmação. No critério de relevância, a expressão contida no instrumento deve ser condizente com o atributo (PASQUALI, 2011).

- Validade de construto

Para Paquali (1997; 2011), a validade de construto ou conceito é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos, já que se constitui em verificar a hipótese de legitimidade da representação comportamental dos traços latentes.

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

Trata-se da mensuração de um atributo ou qualidade, a qual não tenha sido definida operacionalmente, podendo ser trabalhada sob dois ângulos, como a análise da representação comportamental do construto, análise por hipótese, curva de informação da Teoria de resposta ao Item, além do falsete estatístico do erro de estimação da Teoria Clássica dos Testes (PASQUALI, 2011).

Quanto ao erro de estimação, a Psicometria procura legitimar a validade de um instrumento em um conceito de erro de estimação. Este se baseia na ideia de se computar o erro mínimo que se pode cometer ao predizer o escore de um teste e a partir do escore de um teste paralelo. Na análise da representação comportamental do construto, tem-se a análise da consistência interna e análise fatorial. Além disso, propõe-se a análise por hipótese que se fundamenta no poder de um instrumento ser capaz de discriminar ou predizer um critério externo com validade convergente e discriminante (PASQUALI, 2011).

Vale enfatizar que tais análises do instrumento serão propostas para um estudo posterior, com busca na validação clínica do protocolo de ACCR em Pediatria, com avaliação

da confiabilidade do instrumento para a prática assistencial da classificação da prioridade de atendimento a crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo do tipo metodológico, com destaque para avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos, o qual tem como objetivo a avaliação e elaboração de instrumentos, de modo a torná-los confiáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Este estudo visa, também, analisar um processo ou implementação, além de buscar por informações de caráter descritivo e pelo funcionamento de um novo procedimento, analisando o alcance e o impacto de seus resultados e metas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2001).

Para Contrandriopoulos *et al.* (1997), o estudo metodológico pretende utilizar sistematicamente os conhecimentos, organizando uma nova intervenção ou melhorando uma já existente, podendo, ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou método de medição. LoBiondo-Wood e Haber (2001) caracterizam esse tipo de estudo pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados que visam definir o construto ou comportamento a ser medido, formulando itens da ferramenta, desenvolvendo instruções para usuários e respondentes, além de testar a sua confiabilidade.

Entendem-se como estudo de validação de tecnologias as atividades em que os pesquisadores estejam envolvidos na identificação do problema ressaltando, a condução da unidade de teste, na validação e no processo de avaliação dos resultados (RIBEIRO, 1995).

Dessa maneira, a presente proposta tenciona a validação do Protocolo de ACCR em Pediatria, contendo sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde de crianças e adolescentes em situação de risco, como material e método para se tornar uma tecnologia para a classificação desses usuários de saúde, de acordo com a prioridade de atendimento, grau de sofrimento, de complicações e risco de morte.

Pretendeu-se com a validação do Protocolo melhoria no processo de classificação de crianças e adolescentes em situação de risco, favorecendo a prioridade de atendimento por gravidade, risco de complicações e morte, além de proporcionar o aperfeiçoamento da assistência de Enfermagem, fortalecendo seu julgamento crítico, a tomada de decisão, com atividade planejada e sistemática; além de estimular os enfermeiros a inovarem sua prática com uso de tecnologias válidas e adequadas para o cuidado.

Para realização de tal processo, de acordo com a Resolução da diretoria colegiada nº 210, o qual trata do regulamento técnico das boas práticas para a fabricação de medicamentos, estase reporta sobre a importância do processo de validação, considerado

atodocumentado, capaz de atestar que qualquer procedimento, processo, equipamento, material, operação ou sistema realmente conduza aos resultados esperados (ANVISA, 2003).

Perante tais considerações, este estudo se valeu da utilização das etapas de análise de conteúdo proposto por Paquali (1997; 2011), com ênfase na análise de conteúdo do conceito dos atributos, antecedentes e consequentes das situações clínicas de urgência e emergência pediátrica, bem como validação de aparência do protocolo de ACCR em pediatria por juízes.

4. 2 Etapas do Estudo

4.2.1 Validação de conteúdo

Esta etapa compõe-se pela análise do conceito dos sinais de alerta contidos no protocolo de ACCR em pediatria, o qual foi realizado a partir de revisão de literatura, com preceitos de Gil (2002) e Lobiondo-Wood e Haber (2001), descritos anteriormente como referencial teórico-metodológico.

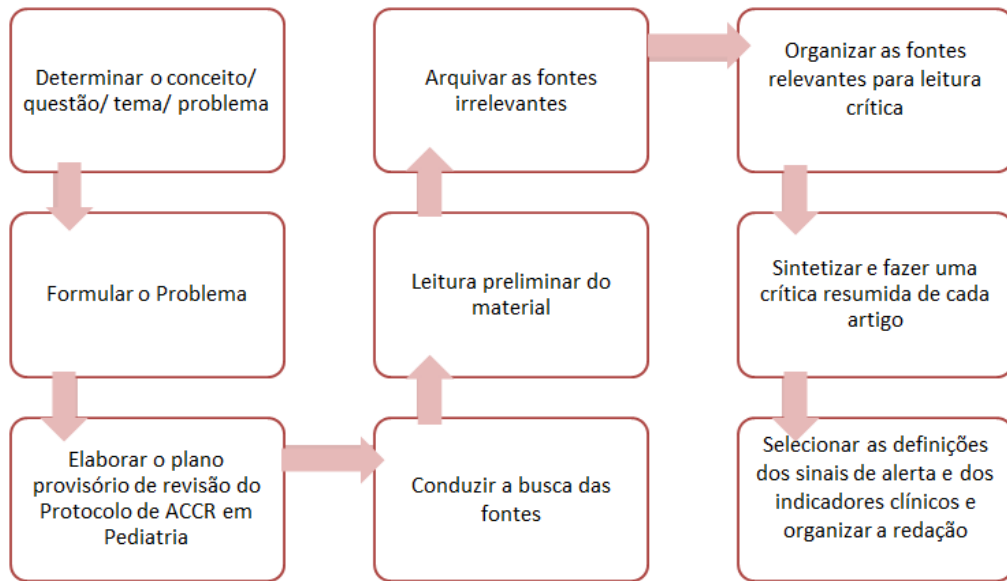
Além dessa etapa, foi procedida à validação de conteúdo e aparência dos itens que fazem parte do protocolo de ACCR em pediatria, sendo nesta etapa realizado o julgamento pelos juízes ou peritos no assunto.

- Construção dos conceitos dos atributos, antecedentes e consequentes.

Para esta etapa, desenvolveu-se revisão de literatura, utilizando um protocolo de procedimento operacional padrão (POP) para coleta de dados durante a realização da revisão de literatura, contendo itens, como determinação da questão norteadora; objetivo da revisão; formulação do problema; estratégias para condução da busca na literatura; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; análise dos dados e interpretação dos resultados, finalizando com a apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Apêndice A).

A utilização desse POP de revisão de literatura em diversos tipos de fontes de literatura, como livros, obras de referências, tese, dissertações e em base de dados, intenciona ampliar o âmbito da pesquisa e, dessa forma, minimizar possíveis vieses sobre os conceitos dos sinais de alerta presentes no protocolo de ACCR em pediatria, assim como seus antecedentes e consequentes em crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência, conforme Figura 5.

Figura 5- Etapas da revisão de literatura proposta pelo presente estudo. Fortaleza, 2012.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

As etapas propostas neste estudo, para realização da revisão de literatura, foram: determinação da questão norteadora ou problema; seguindo-se da formulação do problema, com elaboração de um plano provisório de revisão do protocolo de ACCR em Pediatria (POP de revisão de literatura), dando início a busca pelas diversas fontes; realizando a leitura preliminar do material, arquivando as fontes irrelevantes, com organização das fontes relevantes para a leitura crítica; sintetizando e realizando crítica resumida de cada artigo. Ao final, foram selecionados os conceitos de cada sinal de alerta presente no protocolo, com os antecedentes e consequentes das crianças e adolescentes em situação de risco.

Para formulação do problema, a questão norteadora foi: qual o conhecimento produzido acerca dos sinais de alerta dispostos no protocolo e presentes em crianças e adolescentes em situação de urgência e emergências? Tendo como objetivo, dessa etapa, identificar o conceito, disponível na literatura, dos atributos (sinais de alerta) contidos no protocolo de ACCR em pediatria, contemplando os antecedentes e consequentes, quando possível.

A resolução dessa questão norteadora pôde proporcionar a compreensão sobre o conceito de cada atributo contido no protocolo de ACCR em pediatria, alcançando, também, os principais indicadores clínicos de saúde relacionados às queixas clínicas de crianças e adolescentes em situação de risco.

Tais aspectos trazem como relevância a utilização de tal processo como ferramenta válida e confiável para o julgamento clínico e a tomada de decisão adequada dos profissionais

da saúde para a determinação da prioridade de atendimento, conforme o grau de sofrimento e morte na pediatria.

Além disso, com a determinação de tais conceitos, pôde-se concluir a validação de conceito, de modo a beneficiar a compreensão de cada sinal de alerta e dos indicadores clínicos como condições a favorecer a recuperação da saúde em tempo hábil, com agilidade nos procedimentos, a partir dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde, possibilitando a prevenção de agravos e complicações nas filas de espera, assim como a prevenção de agravos e recuperação da saúde de tais indivíduos.

Para a busca dos estudos primários, utilizaram-se livros, teses, dissertações e obras de referências, bem como as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*(PubMed-MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*(CINAHL) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

No tocante à base de dados Pubmed-MeSH, Lilacs e Cinahl, utilizou-se a terminologia preconizada por tais bases, como descritores controlados e não controlados, porém na base *Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine* (MeSH), valeu-se a língua inglesa.

Os descritores foram determinados nos idiomas português, inglês e espanhol, cujos descritores controlados estão expostos, respectivamente: *pediatria/pediatrics/pediatría*, *acolhimento/user embracement/acogimiento* e *triagem/triage/triaje*; e como descritores nãocontrolados, teve-se: *classificação de risco/risk management/riesgomanegement*. Tais descritores foram associados aos sinais de alerta contidos no protocolo, como código de parada; trauma; trauma craniano; escala de coma glasgow; alteração do estado mental; choque; comprometimento hemodinâmico; sinais vitais; convulsão; doença psiquiátrica ou comportamental; doença psiquiátrica; abstinência grave de álcool e drogas; insuficiência respiratória; dispneia, asma prévia, sibilância recorrente; dispneia leve a moderada; sintomas gripais; cefaleia; dor; dor leve a moderada; dor; dor torácica; dor abdominal; hemorragia digestiva; hemopitise, epistaxe; sangramento vaginal; gravidez superior a 20 semanas; desidratação; vômitos incoercíveis; queimaduras; feridas; infecções; sepse; febre; imunossupressão; diálise/transplante; história de *diabetes mellitus*; intoxicação exógena; anafilaxia; queixas em articulações e partes moles; hemiparesia aguda; maus tratos e violência sexual; neonato; criança.

Para os critérios de inclusão dos estudos, foram verificados estudos que abordavam os conceitos dos sinais de alerta em pediatria e que respondiam à questão norteadora desta

etapas e disponibilidade nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão, tiveram-se: editoriais e cartas ao editor.

Vale mencionar que a busca pelos livros que continham o conceito de ACCR em pediatria foi realizada pessoalmente nas bibliotecas de três universidades da cidade de Fortaleza-CE (Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza), bem como na Biblioteca Pública Governador Menezes Pimentel. Para as teses e dissertações, foi acessado o site da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Biblioteca Digital Brasileira de tese e dissertações (BDBTD), assim como o site da Biblioteca digital de teses e dissertações da USP e a Biblioteca digital de teses e dissertações da UFC.

Essa busca foi realizada pelo acesso pessoal da pesquisadora nas bibliotecas da cidade de Fortaleza-Ceará, bem como o acesso *on-line* pelo navegador livre e de multi-plataforma *Mozilla Firefox*, o qual favorece o acesso ao Portal Periódico CAPES, o qual oferece livre exploração dos textos completos de artigos selecionados de mais de 21.500 revistas internacionais, nacionais e estrangeiras, assim como diferentes bases de dados.

Quanto aos artigos que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados, no período da coleta de dados, foram buscados no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), conforme recomendações de Pompeo, Rossi e Galvão (2009). O acesso ao portal de periódicos ocorreu na biblioteca do centro de ciências da saúde da Universidade Federal do Ceará.

O acesso em cada base de dados foi efetuado em um único dia, no período de fevereiro a abril de 2012, através do cruzamento de descritores controlados e não controlado, conforme o sinal de alerta em estudo. Após identificação dos artigos encontrados, foram salvos os títulos e os resumos no documento do *Microsoft Office Word* para evitar que ao acessar em outro dia ocorresse mudança na quantidade de artigos. Em seguida, foram lidos todos os títulos e resumos para conhecer os artigos que atendiam aos critérios de inclusão.

Como estratégia para coleta de dados, foi utilizado instrumento contendo todos os sinais de alerta presentes no protocolo em ordem de aparecimento no protocolo, uma coluna para incluir os conceitos, antecedentes e consequentes de cada sinal de alerta, assim como outra coluna para abranger as referências utilizadas.

Após o levantamento dos artigos e dos diversos tipos de literatura, foi realizada leitura do título e do resumo; após estes responderem à questão norteadora, foram lidos de maneira profunda e minuciosa, para que a pesquisadora aplicasse de forma adequada os critérios de inclusão e exclusão e percebesse a definição de cada sinal de alerta, dos seus antecedentes e consequentes em análise.

Portanto, foi realizada busca de 30 itens descritos no instrumento, a fim de sintetizar e condensar as informações pertinentes ao conceito de cada sinal de alerta presente no instrumento.

A amostra final desta revisão de literatura foi constituída por 43 arquivos, sendo distribuídos em: 25 artigos completos, setelivros, duasdissertações, duasteses e setemanuais do Ministério da Saúde. A Tabela 1 representa os artigos selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos, a partir das bases de dados em análise.

Tabela 1 - Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados LILACS, PubMed e CINAHL, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, 2012.

	LILACS	PubMed	CINAHL	Total
Produção encontrada	5	115	4	124
Não aborda a temática do estudo	1	87	2	90
Repetido	1	3	1	5
Não é artigo de pesquisa	-	4	-	4
Total selecionado	3	21	1	25

Fonte: Elaborada pela própria autora (2012).

Dos artigos selecionados, todos foram publicados em periódicos de procedência internacional. Quanto às bases de dados, 21 artigos foram identificados no PubMed, três no LILACS e um na CINAHL. Em relação ao tipo de revista nas quais foram publicados, somente um pertencia a uma revista de Fisioterapia, três a uma revista de Enfermagem com QualisCAPES A2, quatro em revistas de Psicologia e 17 em revistas médicas, principalmente de áreas específicas como pediatria e perinatologia.

Para análise detalhes conceitos, foram consideradas a partir de uma avaliação crítica-reflexiva das pesquisadoras sobre a relação real e a conceitual de cada atributo presente no protocolo, bem como as sugestões e considerações dos juízes a partir da análise de conteúdo dos atributos presentes no protocolo de ACCR em Pediatria. Os dados foram organizados de forma descritiva a partir da ordem de aparecimento do protocolo, evidenciando os sinais de alerta, os antecedentes e os consequentes.

Posteriormente, foi iniciada etapa de validação por juízes, a qual aborda a validade de aparência e conteúdo do instrumento.

4.2.2 Validação por juízes

A realização desta etapa consistiu na verificação da adequação do conteúdo e da aparência dos componentes presentes no Protocolo de ACCR, por juízes em ACCR e/ou saúde da criança e do adolescente, contribuindo, assim, para conclusão da etapa de análise de conceito.

Os juízes foram captados por meio do recurso de busca da “amostragem tipo bola de neve”, que consiste na seleção de sujeitos, por meio de indicação ou recomendação de sujeitos anteriores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Com confirmação dos critérios para juízes do estudo, por meio de avaliação do *Curriculum Lattes*, na plataforma do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A bola de neve teve início por conhecimento prévio da pesquisadora de um juiz que defendeu a dissertação relacionada à construção de uma tecnologia de Enfermagem no processo de ACCR em pediatria, sendo confirmada a inclusão no estudo pela avaliação do *Curriculum Lattes*.

Para Rubio *et al.* (2003) e Capellari (2007), a validação por meio da análise de juízes é relevante, pois tais *experts* expressam para o pesquisador informações fundamentais para condução da validação de conteúdo, tendo em vista que provêm uma retroalimentação construtiva sobre a qualidade da medida, bem como oferecem sugestões concretas para seu aperfeiçoamento.

Quanto ao número ideal de especialistas para o processo de validação de conteúdo, a literatura é diversa. Rubio *et al.* (2003) recomendam de seis a vinte juízes. Lynn (1986) e Westmoreland *et al.* (2000) afirmam que o número irá depender da acessibilidade e disponibilidade por parte dos juízes. Para tanto, Lynn (1986) recomenda um número mínimo de cinco e máximo de dez. Para Pasquali (1999) e Bertonecello (2004), o número de juiz deve ser seis. Lynn (1986) e Bojo *et al.* (2004) ressaltam que quanto maior o número de juízes, maior a chance de discordância e que caso o painel destesseja inferior a três, há a necessidade da concordância total sobre os itens.

Portanto, diante de tais considerações, para este estudo, foram seguidas as propostas de Pasquali (1999) e Rubio *et al.* (2003), os quais sugerem números de seis a vinte sujeitos; para tanto, optou-se por um número ímpar de especialistas, pelo fato de essa condição evitar o empate de opiniões e possibilitar a decisão majoritária. Então, para este estudo, foi utilizado um número de no mínimo sete especialistas.

Como parâmetro para seleção dos juízes, na validação aparência e de conteúdo dos componentes do Protocolo de ACCR em Pediatria, foi utilizada amostragem intencional, a

qual, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o pesquisador seleciona intencionalmente os sujeitos conhecedores dos atributos do instrumento de pesquisa.

Tal método é considerado, por Polit, Beck e Hungler (2004), como vantajoso quando se tem um instrumento recém-criado, como é o caso do protocolo de ACCR, o qual ainda é pouco utilizado na prática clínica, já que teve sua elaboração em 2008, como citado.

- Critérios para a seleção dos juízes

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

Para Grant e Davis (1997), é importante o uso de critérios para selecionar os especialistas, como: história de publicações em revistas de referência; apresentações em congressos nacionais e realização de pesquisas sobre o assunto em foco, a fim de proporcionar maior fidedignidade da verificação da validade de aparência e conteúdo do instrumento.

O tempo de atuação clínica é empregado como indicador de experiência, haja vista sua influência no estilo de tomada de decisão. Segundo alguns autores, os profissionais especialistas apresentam raciocínio clínico distinto daqueles com menos experiência, considerando o tempo mínimo de dois anos para quem está no intervalo entre iniciante e especialista (SIMMONS *et al.*, 2003).

Para o presente estudo, foram utilizados como critérios de seleção: ser mestre ou doutor na área da saúde; ter desenvolvido dissertação sobre emergência pediátrica e/ou ACCR; ter desenvolvido tese sobre emergência pediátrica ou ACCR; ter trabalho publicado em periódicos relacionado à emergência pediátrica nos últimos cinco anos; participar de grupos/projetos de pesquisa que envolva a temática atenção à criança em situação de emergência; ser docente de nível superior na área da saúde da criança; e ter no mínimo dois anos de experiência profissional na área de emergência pediátrica.

Para compor a amostra, os especialistas precisaram alcançar pontuação igual ou superior a cinco até 14 pontos (FEHRING, 1994), conforme os critérios apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Sistema de pontuação de especialistas para a validação do Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza/2012.

Critérios	Pontos
Ter grau de doutor na área da saúde	2
Ter grau de mestre na área da saúde	1
Ter desenvolvido dissertação/ tese sobre emergência pediátrica e/ou ACCR	1
Artigo publicado em periódicos relacionado à emergência e/ou ACCR nos últimos cinco anos	3
Participar de projetos de pesquisa relacionado à emergência e/ou ACCR nos últimos cinco anos	1
Prática clínica de no mínimo de dois anos na área em unidade de urgência e emergência	3
Ter no mínimo dois anos de experiência profissional na área de ACCR em pediátrica	3

Fonte: Elaborada pela própria autora (2012).

Os critérios foram escolhidos de modo a caracterizar a seleção de profissionais capacitados e qualificados, a fim de verificar criticamente o conteúdo e a aparência do Protocolo de ACCR em Pediatria. Portanto, a escolha por ser mestre ou doutor na área da saúde contribui para obtenção de um nível de pós-graduação elevado e criterioso sobre as condições metodológicas, assim como uma duração mínima de dois anos para conclusão do curso, em caso de mestrado, e de no mínimo três anos em caso de doutorado.

O item ter desenvolvido dissertação e tese sobre emergência pediátrica e/ou ACCR e refere-se à importância de um conhecimento aprofundado sobre o assunto estudado, como pode ter acontecido mediante o desenvolvimento da dissertação, assim como tese, única no caso do doutorado.

No que se refere a ter trabalho publicado em periódicos relacionado à emergência pediátrica nos últimos cinco anos, percebe-se a significância de estar em contínua busca pelo conhecimento, além de contribuir para o crescimento da pesquisa na área da saúde e, em especial, da pediatria, podendo favorecer a modificação da prática assistencial em saúde.

Para o item participar de grupos/projetos de pesquisa que envolva a temática atenção à criança em situação de emergência, verifica-se a relevância de compartilhar o conhecimento em reuniões grupais, assim como o favorecimento das produções científicas sobre o tema em estudo.

No que concerne a ser docente de nível superior na área da saúde da criança, pretendeu-se com esse critério encontrar profissionais mais rigorosos e com conhecimento específico e bem delineado sobre a temática de saúde da criança, além de métodos teórico-práticos, que podem contribuir para a melhor adequação do protocolo de ACCR em Pediatria.

Quanto a ter no mínimo dois anos de experiência profissional na área de emergência pediátrica, pretende-se encontrar profissionais que vivenciam a assistência com

situações de urgência/emergência cotidianamente, o qual poderá contribuir para a modificação plausível e adequada para a utilização no ambiente clínico do protocolo de ACCR em pediatria.

Para tanto, foram atribuídas pontuações a tais itens, de modo a contemplar condições que possam favorecer a verificação e adequação dos atributos do protocolo com a finalidade de validá-lo como tecnologia a favorecer a prioridade de atendimento a crianças e adolescentes em situação de urgência/emergência hospitalar.

Assim, foram selecionados quinze juízes, que corresponde a 100% + 1, além da recomendação de Pasquali (1999), o qual sugere o mínimo de seis especialistas. Considerou-se esse acréscimo necessário, visto que há muitos juízes que não aceitam participar e/ou não retornam às solicitações de participação como juízes em estudo de validação.

Ressalta-se que os quinze juízes selecionados atingiram a pontuação superior a cinco, segundo os critérios estabelecidos, podendo indicar que os juízes são peritos em acolhimento com classificação de risco, já que sua tarefa no estudo consistiu em avaliar se os itens presentes no protocolo de ACCR em pediatria estavam adequados ou não ao processo de ACCR em pediatria. Uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes serviu de critério de decisão sobre a pertinência do item na escala (PASQUALI, 1999). Os itens que não atingirem essa meta foram descartados ou reestruturados do instrumento, conforme pertinência e sugestões dos juízes.

Dentre esses quinze juízes selecionados e convidados a participar do estudo, dois recusaram e quatro não retornaram o instrumento de avaliação. Assim, nove juízes aceitaram participar do estudo como *experts* e atenderam ao convite, avaliando os itens do protocolo de ACCR em pediatria, mediante formulário específico (Apêndice B) para esse fim.

A partir da confirmação da participação do juiz na presente pesquisa, foi estabelecido prazo de 15 dias para devolução do instrumento de avaliação devidamente preenchido. Caso não houvesse retorno dos instrumentos, foi fornecido prazo de mais 15 dias com o envio de e-mail para lembrá-lo da participação no estudo.

Destaca-se que esse prazo foi estendido diversas vezes. Assim, somente após 90 dias, foi possível finalizar a coleta de dados com os juízes e proceder à fase de análise discursiva e estatística dos dados.

- Caracterização dos juízes

Inicialmente, tem-se a descrição da caracterização dos nove juízes que participaram da análise do protocolo de ACCR em pediatria. Os profissionais participantes eram do sexo feminino. A idade variou de 35 a 55 anos, tendo como média de idade 43,5 anos. Quanto à formação, cinco juízes (55, 5%) eram enfermeiras e três (33, 3%) eram médicas, quanto ao tempo de formação, este variou de 3 a 29 anos, cuja média foi 15,6 anos.

Os juízes participantes dessa validação referiram experiência em pediatria e neonatologia, bem como avaliação da classificação de risco de 2 a 4 anos, com média de 2,5 anos. Vale salientar que a classificação de risco nas unidades de saúde pública de Fortaleza-CE teve início em 2008, por isso trata-se de considerada experiência para participação na validação do referido protocolo. Uma (11,1%) juíza apresentava como maior titulação doutorado em Enfermagem médico-cirúrgico, quatro (44,4%) possuíam mestrado e as outras quatro (44,4%) participante possuíam pós-graduação *lato sensu*, destas, três (33,3%) tinham especialização e/ou residência médica em pediatria e uma (11,1%) em urgência e emergência.

A seguir, no Quadro 2, demonstram-se os dados de caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo os critérios de pontuação para validação do Protocolo de ACCR em Pediatria.

Quadro 2 - Caracterização dos juízes participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2012.

Critérios	N	%
Ter grau de doutor na área da saúde	1	11,1
Ter grau de mestre na área da saúde	4	44,4
Ter desenvolvido dissertação/ tese sobre emergência pediátrica e/ou ACCR	3	33,3
Artigo publicado em periódicos relacionado à emergência e/ou ACCR nos últimos cinco anos	6	66,6
Participar de projetos de pesquisa relacionado à emergência e/ou ACCR nos últimos cinco anos	5	55,5
Prática clínica de no mínimo de dois anos na área em unidade de urgência e emergência	9	100
Ter no mínimo dois anos de experiência profissional na área de ACCR em pediátrica	8	88,8

Fonte: Elaborada pela própria autora (2012).

Diante de tais dados, percebeu-se que após a análise do instrumento de caracterização dos juízes, constatou-se que dois atingiram a pontuação máxima (14 pontos), no sistema de classificação dos juízes adaptados, seis obtiveram 10 pontos e um conseguiu sete pontos, demonstrando que todos atingiram a pontuação mínima determinada por Fehring (1994) de no mínimo cinco pontos.

Após seleção dos juízes, foi realizada análise confirmatória dos critérios de inclusão com a análise do *curriculum lattes* para confirmação do preenchimento dos critérios. Em seguida, foi entregue o material para validação do protocolo de ACCR em pediatria, individualmente, o qual se constou de convite formal por carta (Apêndice B), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para juízes (Apêndice C), questionário de caracterização dos juízes (Apêndice D), *check-list* para validação do protocolo de aparência e de conteúdo (Apêndice E e F, respectivamente) e o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria (Anexo A).

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados com os juízes foi realizada de março a julho de 2012, sendo emitidas cartas-convite para participação deste estudo, pessoalmente ou por e-mail, conforme preferência do juiz. Sendo enviados 10 convites por e-mails e cinco convites pessoalmente.

No primeiro contato, foi realizada identificação do pesquisador e esclarecidos os objetivos da pesquisa. Após o aceite, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e questionário semiestruturado de validação dos juízes, embasados na literatura pertinente sobre processo de validação e nas experiências de profissionais que trabalham com ACCR em pediatria.

Vale ressaltar, que previamente o instrumento foi submetido à apreciação e análise por três especialistas, que não fizeram parte da amostra deste estudo, considerando a importância de um teste-piloto para possíveis adequações do instrumento de validação de conteúdo e aparência do protocolo de ACCR em pediatria.

Como preconizado por Polit, Beck e Hungler (2004), quando orientam no sentido de que o teste-piloto visa testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do “universo” ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa alcance um falso resultado. Na opinião de Streiner e Norman (1998), o teste-piloto talvez seja a melhor maneira de garantir a compreensão dos itens do instrumento a serem validados.

O questionário semiestruturado para validação do protocolo de ACCR em pediatria foi composto de três componentes:

- 1) Apresentação e orientação sobre o estudo, bem como instruções para o preenchimento do instrumento de validação de aparência e conteúdo;

2) Dados de identificação do juiz, com questões referentes à sexo, idade, titulação, tempo de formação, atuação na área e produção científica, formação acadêmica e pós-graduação, experiência profissional na assistência com o ACCR e em pediatria, assim como experiência em docência e participação em congresso de pediatria ou autoria em trabalhos científicos com temática relacionada à pediatria e/ou urgência e emergência;

3) *Check List* da validação de aparência e conteúdo com a lista de sinais de alerta e indicadores clínicos de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergências presentes no protocolo, para que os juízes identificassem a apropriação e classificação de risco, bem como a distribuição dos critérios de simplicidade, clareza e relevância de cada item do protocolo.

Ao final de cada item avaliativo, os juízes puderam justificar suas respostas e fornecer sugestões, quando conveniente, sendo devidamente analisadas e aderidas quando pertinentes.

4.3.1 Instrumento para Validação de Aparência

A validade aparente ou de rosto é considerada um tipo intuitivo de validade em que se solicita aos profissionais do serviço ou sujeitos da pesquisa para lerem o instrumento e avaliarem se o conceito reflete o que o pesquisador pretende mensurar. Esse procedimento pode ser útil para o desenvolvimento da ferramenta em relação à determinação da legibilidade, clareza e relevância do conteúdo do instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para tanto, a validação aparente tem o objetivo de verificar se o instrumento responde, em uma visão geral, às questões da pesquisa em estudo. No caso desta pesquisa, a validação aparente tem como finalidade verificar se as condições estruturais e organizacionais do protocolo de ACCR em pediatria representam adequação quanto aos referidos critérios de simplicidade, clareza e relevância para prática assistencial da equipe multiprofissional junto à classificação de risco dos usuários em situação de urgência e emergência pediátrica.

O instrumento de coleta de dados foi composto por seis itens de avaliação. Dentre estes, podem-se citar: designer, cores, formatação dos símbolos (letras, figuras, fluxograma e anexos), quantidade de páginas, disposição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde e organização dos aspectos estruturais. Nesse instrumento, o juiz pôde avaliar a simplicidade, clareza e relevância de cada item utilizando a escala de likert, assim como havia a possibilidade de sugerir alterações, conforme Apêndice E.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, com entrega do instrumento a cada juiz selecionado. Conforme preconiza Pasquali (1999), nesta etapa, duas preocupações devem tomar conta do pesquisador: verificar se os itens eram compreensíveis para o estrato da população-meta de menor habilidade e garantir a chamada “validade aparente”, fazendo a mesma verificação com uma amostra de maior habilidade.

4.3.2 Instrumento para Validação de Conteúdo

O instrumento para coleta de dados na validação de conteúdo foi dividido em duas partes principais: a primeira está relacionada à avaliação do conteúdo geral e estrutural do protocolo que determina a avaliação de aspectos, como o grupo de desenvolvimento, população alvo e grupo de risco a quem se destina, objetivos globais, critérios de classificação, resultados esperados, competências necessárias à equipe, organização do processo de atendimento, avaliação do paciente, modelo de documentação e os cinco critérios de classificação de risco a partir da prioridade de atendimento (Vermelho I, Vermelho II/Laranja, Amarelo, Verde e Azul).

A segunda parte foi elaborada, contendo componentes de avaliação da apropriação dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde para o protocolo; a indicação da prioridade de atendimento por classificação de risco de cada item, utilizando as cores preconizadas pelo instrumento; assim como a avaliação quanto aos critérios de simplicidade, clareza e relevância do conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria, utilizando-se a Escala de Likert como nível de suporte.

O conteúdo do protocolo foi determinado a partir da apresentação dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde das crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência. Quanto aos sinais de alerta, estes foram apresentados em blocos de análise, conforme a divisão sugerida pelo protocolo, os indicadores clínicos foram apresentados em subitens de seus respectivos sinais de alerta, correspondendo, assim, a 72 blocos, com itens de análise do conteúdo do instrumento.

Tais critérios de avaliação dos juízes forneceram os escores quanto ao grau de concordância entre estes para os itens em avaliação. Nesse instrumento o juiz, também, poderia sentir-se à vontade para opinar, de maneira a fornecer o conceito a tal sinal de alerta e/ou indicador clínico de saúde, de acordo com o conhecimento, inclusive sugestões que foram posteriormente analisadas pelas pesquisadoras.

Para determinar o grau de concordância entre os juízes sobre o conteúdo do protocolo, utilizou-se como nível mínimo de 80% de consentimento entre estes. Os itens que

obtiveram percentuais abaixo disso, conforme determinado por Pasquali (1997; 1999), foram reformulados com base nas sugestões dos juízes e retornaram para reavaliação.

As sugestões oferecidas foram discutidas e analisadas para serem acatadas, se consideradas favoráveis e pertinentes à utilização do protocolo de ACCR como tecnologia de Enfermagem válida para priorizar o atendimento de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência hospitalar.

Para tanto, essa etapa correspondente à validade de conteúdo com análise de aparência e conteúdo de tal ferramenta, preconizados por Pasquali (1999), foi verificada a pertinência dos itens psicológicos que compõem o instrumento a ser avaliado, a partir de uma avaliação numérica, com acompanhamento de dados estatísticos para verificar a adequada pertinência do protocolo de ACCR em pediatria.

4.4 Análise e apresentação dos resultados

Para análise dos dados, foram utilizadas medidas descritivas de porcentagem e média quanto à caracterização dos juízes, com as variáveis quantitativas, como idade, tempo de ensino e tempo de experiência com o acolhimento com classificação de risco em pediatria. Sendo armazenados em um banco de dados feito no *Microsoft Excel/2010* e processados e analisados de forma descritiva. A planilha gerada no *Excel/2010* foi exportada para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0*, a fim de obterem as análises estatísticas descritivas e inferenciais.

A avaliação do protocolo de ACCR em pediatria foi dividida em quatro aspectos: o item está apropriado ou não; correspondência adequada da prioridade de atendimento com o item exposto como sinal de alerta e indicadores clínicos correspondentes; item avaliado quanto à simplicidade, clareza e relevância; bem como, o item em aberto para sugestões e justificativas da avaliação do item do protocolo de ACCR em pediatria. Para isso, valeu-se de uma ferramenta de medição, a escala do tipo Likert, com cinco níveis de suporte: 1- Ruim, 2- Insuficiente, 3- Regular, 4- Boa, 5- Excelente.

A análise de concordância geral de cada aspecto foi realizada pela aceitação entre os juízes sobre determinados aspectos do instrumento, sendo considerado adequado quando assinalaram nível de suporte quatro ou cinco. No caso dos sinais de alerta e de seus indicadores clínicos, bem como os aspectos estruturais e organizacionais do protocolo de ACCR em pediatria, foram mensurados mediante o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC), o qual mostra a frequência relativa de itens equivalentes. O qual foi calculado pela fórmula a seguir:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de itens concordantes dos juízes}}{\text{Total de itens do Protocolo}}$$

Neste estudo, foi aceito como concordância ideal um índice preestabelecido de IVC igual ou superior a 0,80, em que o valor zero indica nenhuma concordância e o valor um representa total concordância, ou seja o IVC igual a um indica concordância plena. Entretanto, não significa que os juízes concederam os mesmos escores em suas avaliações, mas que há uma relativa harmonia entre os escores de um juiz em relação aos escores dos demais (ORÍÁ, 2008).

A apresentação dos resultados foi dada através de figuras, tabelas e gráficos conforme recomendada por Gil (2010), em que dispõe de que nos estudos de natureza quantitativa, o tratamento estatístico dos dados, tem-se apresentação, geralmente, em forma de figuras elaboradas manualmente ou com o auxílio de computadores. Marconi e Lakatos (2010) caracterizam as tabelas e gráficos como bons auxiliares na organização e apresentação dos dados, uma vez que facilita, ao leitor, a compreensão e a interpretação rápida da massa de dados, podendo apreender importantes detalhes e relações.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo respeitou os princípios da Resolução nº 196/ 96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, tendo oparecer favorável para o seu desenvolvimento, sob protocolo nº 325/11 (Anexo B).

Por se tratar de estudo desenvolvido com seres humanos, todos os juízes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo as informações sobre o objeto de estudo da pesquisa, sobre a participação do sujeito, do direito de se retirar da pesquisa sem nenhum ônus ou danos, da garantia de total sigilo e do direito do pesquisador quanto à divulgação dos dados em trabalhos e eventos científicos, além de conter assinatura do pesquisador e do sujeito autorizando sua aceitação em participar da pesquisa.

O anonimato foi garantido e asseguradas a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, garantindo a utilização das informações em benefício das pessoas e

utilizadas apenas no âmbito deste estudo. Para tanto, usaram-se siglas para identificar os juízes (J1, J2, ..., J9).

É importante ressaltar que o projeto foi analisado pelo setor de Educação Permanente da SMS, da cidade de Fortaleza-Ceará, garantindo, assim, a autorização para realização da presente pesquisa, quanto à utilização do protocolo de ACCR em pediatria, já que tal instrumento foi elaborado por diversos autores em conjunto com a SMS (Anexo C).

Cabe ressaltar que a pesquisadora se comprometeu na divulgação e apresentação dos resultados no meio acadêmico através de publicações técnico-científicas, bem como junto a SMS para a reformulação dos aspectos de aparência e conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Validação de Conteúdo

5.1.1 Análise de Conceito

Apriori foi realizada busca na literatura sobre os conceitos de cada sinal de alerta descrito no protocolo de ACCR em pediatria. Porém, esses itens se repetem conforme a prioridade de atendimento, por isso, para análise de conceito foi apresentado em 30 sinais de alerta, como já referido anteriormente.

Percebeu-se que a maioria dos artigos foi publicado em periódicos médicos, isto pode ser compatível com a questão norteadora da revisão de literatura, do presente estudo, já que trata-se de uma busca por conceitos dos sinais de alerta presente no protocolo.

Ao ponderar a revisão literária, corrobora-se com Ávila *et al.* (2012) quando recomenda sobre a importância do conhecimento pela equipe multiprofissional dos conceitos de cada sinais de alerta presente em crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência, por meio de ações simples, como criação de grupos de estudo, incluindo diversos profissionais (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), buscando o envolvimento destes para uma assistência com mais qualidade e humanizada, no que se refere a assistência à criança e ao adolescente em situação de risco.

Para análise de conceito, tem-se a apresentação dos conceitos dos sinais de alerta do protocolo de ACCR em pediatria, a qual favoreceu o aprofundamento do conhecimento quanto aos atributos no que concerne ao conceito, antecedentes e consequentes relacionados à classificação de risco e às complicações frente a essas condições clínicas. Conforme exposto nos parágrafos a seguir, por ordem alfabética.

- **Abstinência grave de álcool e drogas:** pessoas que bebem de forma excessiva, quando diminuem o consumo ou se abstêm completamente, podem apresentar um conjunto de sintomas e sinais, denominados Síndrome de Abstinência do Álcool. Como antecedentes, têm-se vários fatores que influenciam o aparecimento e a evolução dessa síndrome, entre eles: a vulnerabilidade genética, o gênero, o padrão de consumo de álcool, as características individuais biológicas e psicológicas e os fatores socioculturais (LARANJEIRA *et al.*, 2005).

Além destes, têm-se, ainda, como antecedentes os transtornos depressivos e ansiosos, assim como os transtornos de personalidade como transtornos do humor, de ansiedade e de personalidade antissocial, dentre outras psicopatologias. Como consequentes, é

possível verificar fatores de vulnerabilidade para o risco de suicídio com história prévia de tentativa e/ou de ideação suicida e a dificuldade no controle de comportamentos violentos (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012).

- **Alteração do Estado Mental:** caracteriza-se quando o paciente apresenta nível de consciência deprimido, agitado e/ou desorientado quanto ao tempo e/ou espaço (JARVIS, 2002). Dentre as principais queixas de alteração do estado mental da criança e adolescente, têm-se como antecedentes dificuldades escolares, transtornos comportamentais, emocionais, dentre outros. Como consequentes, têm-se: agressividade, ocasionando risco a si ou a outrem (RONCHI; AVELLAR, 2010).

- **Anafilaxia:** é uma reação de hipersensibilidade aguda potencialmente fatal, que envolve a liberação de mediadores dos mastócitos, basófilos e recrutamento de células inflamatórias. Anafilaxia inclui sintomas e sinais, isolados ou combinados, que ocorrem em minutos ou em até poucas horas da exposição ao agente causal. Pode ser de intensidade leve, moderada ou grave. Na maioria dos casos a anafilaxia é de intensidade leve, mas tem o potencial de evoluir para fatalidade. A evolução é usualmente rápida, atingindo pico em 5-30 minutos, raramente pode perdurar por vários dias (ANAFILAXIA, 2012).

Os principais antecedentes e agentes causais da anafilaxia são: medicamentos, agentes diagnósticos, alimentos e veneno de insetos. São identificados como fatores de risco capazes de afetar a incidência de episódios anafiláticos: sexo, idade, via de administração do agente desencadeante, constância da administração do agente desencadeante, tempo desde a última reação, *status* econômico e estação do ano. A anafilaxia é mais grave em pacientes com asma. Quanto mais rápido for o tempo de instalação após contato com o agente desencadeante, maior o potencial de gravidade da crise (BERND, 2006).

Como consequentes, pode-se ocorrer parada cardiorrespiratória causada por broncoespasmo grave (principalmente em pacientes asmáticos) ou por edema das vias aéreas superiores levando à sufocação (PASTORINO *et al.*, 2011).

- **Cefaleia:** experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (NANDA, 2012). Neste caso, localizada na cabeça. É um dos sintomas mais frequentes na infância, apresentam amplo espectro de antecedentes etiológico, desde causas benignas, como a cefaleia que ocorre na vigência de febres, até causas de prognóstico reservado como tumores cerebrais e malformações vasculares. Dentre estes extremos, encontra-se a migrânea, que é a cefaleia crônica mais frequente na infância, a qual apresenta características e prognóstico próprios. O

aspecto temporal é fundamental no reconhecimento do tipo de cefaleia, devendo iniciar a anamnese por este aspecto (CEFALEIA, 2012).

Como conseqüentes da cefaleia, citam-se as alterações no desenvolvimento psicológico, rendimento escolar e interação social na infância. Além de alterações neurológicas, oculares, diminuição da acuidade visual, vômitos persistentes com aumento na frequência ou de início recente, desaceleração da velocidade de crescimento, dentre outros (PUCCINI; BRESOLIN, 2003).

- **Choque e comprometimento hemodinâmico:** é considerado uma síndrome clínica caracterizada por alterações circulatórias e metabólicas de natureza evolutiva. Acredita-se que reflete em uma inadequação do organismo em suprir os tecidos com uma quantidade adequada de sangue saturado de oxigênio (GARCIA; PIVA; MARTHA, 1999).

Em crianças e adolescentes, essa síndrome acompanha um antecedente principal como o quadro de sepse, constituindo síndrome de resposta inflamatória sistêmica. Bem como em decorrência de alterações em um dos três componentes básicos da circulação: o volume circulante, a bomba cardíaca ou o tônus vascular, que podem falhar nos mais diferentes graus de combinação (GARCIA; PIVA; MARTHA, 1999).

Como conseqüentes em crianças e adolescentes com histórico de choque ou comprometimento hemodinâmico são as alterações arteriais como hipotensão sistêmica, a despeito de um débito cardíaco normal ou aumentado, podendo provocar insuficiência adrenal, entre outras alterações teciduais (CASARTELLI *et al.*, 2003).

- **Código de Parada:** é utilizado para demonstrar parada cardiorrespiratória (PCR). Esta é considerada a cessação súbita, inesperada e catastrófica da circulação sistêmica, atividade ventricular útil e ventilatória em indivíduo sem expectativa de morte naquele momento, não portador de doença intratável ou em fase terminal (TALLO *et al.*, 2012).

A PCR na pediatria raramente é um evento súbito, sendo, tipicamente, secundária a um período prolongado de falência respiratória ou circulatória (MELO; VASCONCELOS; TONELLI, 2004).

Na pediatria, a PCR raramente é um evento súbito, sendo, tipicamente, secundária a um período prolongado de falência respiratória ou circulatória. Por isso, tais eventos são considerados antecedentes a este sinal de alerta (MELO; VASCONCELOS; TONELLI, 2004). Quanto aos conseqüentes, pode-se citar o ritmo cardíaco terminal com bradicardia e progressão para assistolia cardíaca (REIS *et al.*, 2001).

- **Convulsão:** a crise convulsiva decorre de uma descarga elétrica excessivamente sincrônica, ou seja, de uma despolarização dos neurônios. As convulsões dos recém-nascidos

(RN) diferem consideravelmente das que ocorrem nas crianças mais velhas e as dos pré-termos diferem das convulsões que ocorrem nos RN a termo. Os recém-nascidos a termo raramente apresentam convulsões tônico-clônicas generalizadas (MARCOTTO, 2004).

Essa crise convulsiva pode ter como antecedentes pontos fundamentais, os quais são: baixa faixa etária, hipertermia e predisposição genética. Sabidamente, o cérebro imaturo apresenta especial predisposição para crises epiléticas devido ao desequilíbrio entre mecanismos excitatórios e inibitórios. Dados epidemiológicos indicam maior incidência de epilepsia em familiares da criança com crise febril, indicando que mecanismos genéticos provavelmente estejam envolvidos, embora um modelo de herança ainda não tenha sido identificado. Como conseqüentes da convulsão na infância, têm-se as dificuldades no desenvolvimento adequado, alterações neurológicas e comportamentais de criança e adolescente (LIBERALESSO, 2011).

- **Diálise/transplante:** diálise é o processo de depuração do sangue, no qual a transferência de solutos e líquidos ocorre por meio de uma membrana semipermeável (o peritônio) que separa dois compartimentos, ou seja, trata-se de um procedimento que tem por objetivo eliminar as substâncias nocivas do organismo (SILVA; SILVA; VIANA, 2009). A diálise tem como principal antecedente a insuficiência renal aguda ou crônica, com esta patologia a criança e/ou adolescente passa a depender obrigatoriamente de terapêuticas que assumem a função corporal perdida (Hemodiálise ou Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua), procedimentos estes que prolongam, mas que também alteram bastante a qualidade de vida (BELLOD; ROMÃO; JACQUEMIN, 1997).

Crianças em diálise têm como conseqüentes a convivência com tubos entrando e saindo da pele, assistem o seu sangue circulando fora do corpo e aprende que é necessária a presença de uma máquina, suporte de vida externo, para o bom funcionamento do organismo. Além de disfunção crônica, incluindo condições físicas, deficiências no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, doença mental e limitação nas suas atividades diárias (CASTRO; PICCININI, 2002).

O transplante de órgãos é um tratamento complexo devido a antecedentes como as doenças em estágio terminal, dentre as principais, podem-se citar doenças renais, hepáticas e cardíacas. Esse tratamento se tornou, nos últimos anos, uma opção válida de tratamento para um grupo determinado de pacientes que podem ser beneficiados em tempo de sobrevivência para melhorar a qualidade de vida. Sabe-se que os pacientes podem ter uma boa resposta a este procedimento cirúrgico se a indicação for adequada, em diferentes tipos de órgãos sólidos, como rim, fígado, coração, pulmão. Para algumas crianças com doenças crônicas de

vários tipos, o transplante oferece a única oportunidade de sobrevivência (CASTRO; JIMÉNEZ, 2012).

Destaca-se que diálise e transplante não são sinais de alerta, mas procedimentos terapêuticos para pacientes com insuficiência renal.

- **Diarreia, vômito, desidratação grave:** a diarreia é definida como evacuações frequentes ou fezes amolecidas e/ou líquidas. O vômito é a expulsão súbita, pela boca, do conteúdo do estômago. Podendo ter como antecedente algum tipo de infecção intestinal, verminose ou até alterações do metabolismo gastrointestinal da criança e do adolescente, como é o caso das síndromes fisiológicas ou psicológicas (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

A diarreia aguda é causa frequente de busca por atendimento de urgência. Complicada com desidratação grave, a qual configura condição de emergência, uma vez que pode ter como consequentes o choque hipovolêmico e mesmo o óbito em poucas horas na ausência de intervenção adequada (hidratação venosa), principalmente nas crianças de baixa idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Os antecedentes mais comuns de desidratação são infecções gastrointestinais por rotavírus, *Escherichia coli* enterotoxigênica e epidemias por *vibrio cholerae*. O grau de desidratação é classificado de acordo com sinais e sintomas que refletem a quantidade de líquido perdido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Nos primeiros estágios de desidratação, não há sinais ou sintomas, os quais aparecem com a evolução da desidratação. Inicialmente, estes incluem: sede, agitação ou comportamento irritado, diminuição do turgor da pele, olhos encovados e fontanela deprimida (em crianças) (FELICIANO; KOVACS, 1998).

Na desidratação grave, estes efeitos tornam-se mais pronunciado e o paciente pode desenvolver evidência de choque hipovolêmico, incluindo: consciência diminuída, falta de produção de urina, extremidades úmidas e pulso fraco (o pulso radial pode ser indetectável), pressão arterial baixa ou indetectável, e cianose periférica. O óbito pode ocorrer se não iniciada a reidratação rapidamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

- **Dispneia, asma prévia, sibilância recorrente:** é o termo usado para designar a sensação de dificuldade respiratória, experimentada por pacientes. Têm-se como antecedentes: acometimentos por diversas moléstias e indivíduos sadios em condições de exercício extremo. Ela é um sintoma muito comum na prática médica, sendo particularmente referida por indivíduos com doenças dos aparelhos respiratório e cardiovascular. E como consequente, tem-se que este sinal de alerta é o principal fator limitante da qualidade de vida

relacionada à saúde de pacientes pneumopatas crônicos (MARTINEZ; PADUA; FILHO, 2004).

Indivíduos com asma costumam queixar-se e ter antecedentes de “sufocação” e “aperto no peito”. É um termo inapropriado, usado para designar a queixa de chiado no peito e a presença de sibilos em pacientes com insuficiência cardíaca esquerda e sintomas de dispneia. Como antecedentes tem-se: contato com fumo, com poeira doméstica, pólen, pelos de animais, alterações climáticas, irritantes químicos, gripe, resfriado, entre outros (WALEY; WONG, 2006). Como consequentes, podem-se encontrar alterações pulmonares como insuficiência respiratória, enfisema pulmonar, pneumotórax, entre outros (MARTINEZ; PADUA; FILHO, 2004).

Sibilância é uma condição para que haja presença de sibilos na ausculta pulmonar, os quais são ruídos característicos da asma brônquica, semelhante a um assobio agudo. É um sintoma comum na infância e queixa frequente nos consultórios de pediatras e especialistas. Geralmente, tem como antecedentes: hiperresponsividade brônquica, porém pode estar presente em qualquer situação que leve ao estreitamento das vias aéreas e sua consequência pode ser a asma ou alterações na árvore brônquica pulmonar (SOLE, 2008).

- **Doença psiquiátrica ou comportamental:** o transtorno de conduta é um termo que congrega crianças, cujos sinais, sintomas e comportamentos mais afligem aos demais que o cercam (pais, parentes, professores, companheiros de mesma idade) que a si próprios. Podendo se manifestar como antecedentes os comportamento disruptivo e/ou coexistir (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos do aprendizado, transtornos afetivos, esquizofrenia, dentre outros) (FRANCISCO; ASSUMPÇÃO, 2009).

Os efeitos negativos das doenças psiquiátricas e comportamentais, como consequentes, podem ocorrer tanto a curto como a longo prazo. Em curto prazo estão relacionados os distúrbios físicos e psicológicos, queixas clínicas repetidas e mal definidas, como cefaleia, dor abdominal e de garganta, náuseas, vômitos, anorexia, enurese, distúrbios escolares, tristeza e insônia. Com relação aos efeitos a longo prazo, são escassos os estudos que afirmam que algumas destas crianças poderão ser mais violentas e/ou até cometer crimes. Os adolescentes poderão ter dificuldades de interação social, devido à rejeição dos colegas, gerando timidez, isolamento, depressão reativa, estresse de desordem, agressividade, ansiedade, distúrbio gástrico, dores idiopáticas, perda de autoestima, medo de expressar emoções, problemas de relacionamento, abuso de drogas e álcool, automutilação e até suicídio (ALMEIDA; SILVA; CAMPOS, 2008).

- **Dor Torácica:** experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Tem início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível (NANDA, 2012). Neste caso, localizada na região torácica.

A dor torácica em crianças e adolescentes é uma queixa frequente e preocupante para os próprios, famílias e profissionais de saúde, em virtude da conhecida associação, no adulto, entre este sintoma e doença cardíaca ou morte súbita. Apesar de múltiplos antecedentes causais serem possíveis em crianças, são raras as situações de doença orgânica grave que se apresentam com dor torácica (FELIZ, 2001).

São numerosos os antecedentes (causas possíveis) de dor torácica em uma criança. Dentre elas, encontram-se algumas patologias potencialmente graves ou fatais, que devem ser prontamente reconhecidas e tratadas. No entanto, ao contrário do que se passa em adultos, estas representam uma minoria, as causas cardíacas, nomeadamente, não ultrapassam os 4 a 6% na maioria das séries (FELIZ, 2001).

Dentre as principais causas, têm-se: respiratórias, que em crianças com dor torácica, sem história prévia de asma e mesmo sem sintomatologia sugestiva, a realização de uma prova de esforço pode levar ao diagnóstico de asma de esforço (WIENS *et al.*, 1992). As musculoesqueléticas podem ser citadas devido ao traumatismo torácico resultante de contusão da parede torácica, fratura de costelas e mesmo hemotórax ou pneumotórax. As causas digestivas de dor torácica podem relacionar-se com alterações esofágicas, devido à localização do tubo digestivo (FELIZ, 2001).

Frequentemente, dentro deste grupo, principalmente em crianças pequenas, um corpo estranho de localização intraesofágica; a história pode ser sugestiva e a disfagia, sialorreia e recusa alimentar, assim como gastrite, úlcera ou, mais raramente, colecistite, podem ter um importante componente de dor torácica ou abdominal com irradiação torácica. Os mecanismos pelos quais uma doença cardíaca em crianças pode causar dor torácica são, essencialmente, desequilíbrio entre a oferta e as necessidades de oxigénio do miocárdio, alteração do débito cardíaco e inflamação do pericárdio ou pleura adjacente (FELIZ, 2001).

Como conseqüentes da dor torácica, pode-se ter contusão pulmonar e pneumotórax associada à lesão rara que são as rupturas de via aérea (VENTURA, 2005).

- **Dor torácica tipo visceral:** a dor visceral difere das dores oriundas de outros tecidos, não somente por sua origem, como também pelas respostas evocadas e as sensações produzidas. A dor visceral é mal localizada, com uma origem que parece situar-se em uma

zona cutânea e frequentemente nos tecidos vizinhos profundos (p.ex.: músculos) (SUDBRACK, 2002).

A dor visceral é aquela que é percebida quando os estímulos nocivos atuam em terminações sensitivas, específicas, situadas nas vísceras e no peritônio visceral. As vísceras maciças têm como antecedente a dor somente quando suas cápsulas são distendidas (como nos processos tumorais) ou quando existe um processo inflamatório parenquimatoso. A dor proveniente de vísceras ocas está tipicamente associada a uma distensão luminal, dependendo, também, de um processo inflamatório (MENEGHELLI, 2003).

A dor visceral pode ter como consequente um estado de hiperalgesia da pele, dos tecidos profundos e das respostas emocionais e autônomas intensas, assim como contrações musculares tônicas (SUDBRACK, 2002; MENEGHELLI, 2003).

- **Dor torácica súbita (em pontada):** assim, como a dor torácica, é uma experiência sensorial e emocional desagradável de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (NANDA, 2012), surge subitamente e em pontada. Esse tipo de dor na pediatria pode ter como antecedente a embolia pulmonar como causa rara, mas, devido à gravidade, deve ser considerada quando acompanhada de tosse, dispneia e/ou hemoptise, particularmente em adolescentes a tomar contraceptivos orais (FELIX, 2001).

A radiografia de tórax é o exame de primeira linha para confirmação de uma causa respiratória para a dor. Outros exames mais específicos podem ser necessários ocasionalmente, como prova de esforço, tomografia axial computadorizada, ecografia torácica e cintigrafia pulmonar (FELIX, 2001). Sem consequentes aparentes definidos na literatura, porém Giacomazzi, Lagni e Monteiro (2006), com maior risco de desenvolver complicações pulmonares e cardíacas.

- **Dor abdominal:** experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Tem início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível (NANDA, 2012). Neste caso, localizada na região abdominal.

No caso de dor abdominal recorrente, tem-se como definição um quadro de pelo menos três episódios de dor, de intensidade suficiente para interferir nas atividades habituais da criança, por um período de pelo menos três meses (CAMPOS; NAISH; APLEY, 1958).

Como antecedentes de tal sinal de alerta, podem-se citar os seguintes: constipação intestinal funcional, refluxo gastroesofágico, infecção do trato urinário, nefrolitíase, doença péptica, parasitose intestinal, anormalidades anatômicas dos tratos gastrintestinal e urinário e outros (CAMPOS; NAISH; APLEY, 1958).

Como consequentes, podem-se ter: casos de crianças e adolescentes desnutridas, manifestações psíquicas, depressão mental, apatia, irritabilidade e alterações no cabelo, ficando secos, quebradiços, opacos, finos, descolorados e deixando de crescer naturalmente. Além disso, têm-se, também, alguns quadros clínicos de crianças com falta de interesse na relação social (BARBOSA *et al.*, 2005).

- **Escala de Coma de Glasgow (ECG):** é uma escalaneurológica de avaliação inicial e contínua do nível de consciência de uma pessoa após um traumatismo craniano. Os aspectos de avaliação é abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, cuja pontuação varia de 3 a 15. Seu valor também é utilizado no prognóstico do paciente e é de grande utilidade na previsão de eventuais sequelas (JARVIS, 2002).

Na aplicação da ECG, o total de 15 pontos indica condição neurofisiologicamente normal no que se refere ao nível de consciência, com verificação de condições fisiológicas como abertura ocular, resposta verbal e motora do paciente. Tratando-se de vítimas de traumatismo cranioencefálico (TCE), os escores de 13 a 15 pontos são considerados um indicador de trauma leve, 9 a 12 pontos trauma moderado e as vítimas com escore igual e menor que oito são considerados portadores de TCE grave (UDEKOUS *et al.*, 2004).

No entanto, essa escala sofreu algumas alterações para a população pediátrica, já que a comunicação verbal e a resposta motora aos estímulos dolorosos podem ser dificultadas dependendo da idade da criança (TATMAN *et al.*, 1997).

Para uma escala de Glasgow baseado no neonato, uma alternativa seria a avaliação da resposta aos estímulos auditivos. Outros aspectos que podem causar dificuldades são as respostas motoras, cujas crianças com menos de nove meses de idade não podem consistentemente localizar um estímulo doloroso e aqueles com menos de 18 meses não obedecem a comandos porque a sua linguagem receptiva não é suficientemente desenvolvido. Por isso, foi modificada avaliação da resposta verbal como presença de caretas, bem como retirada espontânea ao toque durante estímulos dolorosos (KIRKHAM; NEWTON; WHITEHOUSE, 2008).

O coma é um estado patológico caracterizado por perda de consciência e por ausência de reação aos estímulos externos (visuais, auditivos, olfativos e táteis), com conservação das funções respiratória e cardiovascular, que podem estar reduzidas ou perturbadas (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Cabe enfatizar que o sinal de alerta presente no referido protocolo é a Escala de Coma de Glasgow, a qual não é um sinal de alerta, mas um método de avaliação do nível de consciência, por isso não há como obter dados, na literatura condizente com os antecedentes e

os consequentes. Podendo destacar um tipo de antecedente para utilização da ECG algum tipo de TCE.

- **Feridas:** pode-se considerar como integridade da pele prejudicada, caracterizada por destruição de camada da pele, invasão de estruturas do corpo ou rompimento da superfície da pele (NANDA, 2012). Em neonatos e crianças, uma ferida aberta pode ter como principal antecedente a injúria traumáticas, como: pressão do oxímetro, inadequada fixação da cânula orotraqueal, sondas e cateteres, remoção incorreta de adesivos e fixações, além de acidentes da infância e automobilísticos, injurias químicas por extravasamento de soluções hipertônicas ou vesicantes e as infecções por celulite entre outras, propiciando a ações de bactérias como *Pseudomonas Aeruginosa* (TAYAR; PETERLINI; PEDREIRA, 2007).

Esse sinal de alerta, com os diferentes tipos de ferida e lesões, tem como consequentes: atendimentos e internações hospitalares, resultando em alta demanda aos serviços de saúde e em sofrimento para as vítimas e seus familiares, além de elevados custos diretos e indiretos e de sequelas, que comprometem a qualidade de vida das crianças e/ou adolescentes que sofreram esses eventos (MARTINS; ANDRADE, 2005).

- **Gravidez superior a 20 semanas:** a adolescência é o momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade, para a aprendizagem do corpo e, muito frequentemente, para a decisão sobre as potencialidades reprodutivas, sendo tal situação o antecedente da gravidez na adolescência, a qual muitas vezes possui complicações potencializadas pela idade precoce, resultando em atendimentos em unidades de urgência e emergência pediátrica (HUBNER, 2000).

A gravidez na adolescência, habitualmente mal vigiada, tem sido associada à maior morbidade materna e fetal, podendo interferir negativamente no desenvolvimento pessoal e social, sendo considerada como um problema de saúde pública. As complicações, ou consequentes mais associadas com a gravidez na adolescência são: pré-eclâmpsia, anemia, infecções, parto pré-termo, complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais, bem como as consequências associadas à decisão de abortar (RODRIGUES, 2010).

Quanto ao parto prematuro, sabe-se que a sua etiologia não é bem conhecida. Muitos fatores de risco clássicos, como infecções, partos múltiplos, hipertensão induzida pela gravidez, tabagismo materno e uso de drogas ilícitas na gravidez, trabalho extenuante, baixo índice de massa corpórea, ganho de peso insuficiente na gravidez, reprodução assistida, colo uterino curto, intervalo intraparto curto, baixa escolaridade, raça negra e história anterior de nascimento pré-termo (BEHRMAN; BUTLER, 2007).

- **Hemiparesia aguda:** é uma diminuição da força muscular. Como antecedentes, pode-se citar a paralisia cerebral, visto que podem apresentar diminuição da força muscular, da propriocepção e coordenação no membro superior envolvido (ASSIS *et al.*, 2007).

Diversos fatores são considerados consequentes da hemiparesia e interferem no funcionamento motornormal do paciente, assim como alterações no mecanismo de reflexo postural, no sequenciamento anormal da ativação muscular, presença da espasticidade, perda da força muscular, destreza e coordenação. Além de uma posição de assimetria postural, com distribuição de peso menor sobre o lado afetado e consequente transferência do peso corporal para o lado não afetado (COSTA; BEZERRA; OLIVEIRA, 2006).

- **Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe:** hemorragia digestiva é um sangramento no trato gastro intestinal superior e/ou inferior. A úlcera duodenal pode ser considerada antecedente clínico, que inclui hemorragia digestiva alta, perfuração e obstrução. Sua frequência relativa é maior entre crianças, possivelmente pelo diagnóstico tardio. O retardo no diagnóstico pode ser ainda maior quando o sintoma presente é a dor abdominal em comparação à hematêmese (KAWAKAMI *et al.*, 2004).

Hemoptise é a expectoração sanguínea ou sanguinolenta através da tosse, proveniente de hemorragia na árvore respiratória. É comum em várias doenças cardíacas e pulmonares (SILVA; SILVA; VIANA, 2009), assim tais doenças podem ser os antecedentes deste sinal de alerta. Como consequentes da hemoptise volumosa, independente do tratamento instituído, pode apresentar altas taxas de morbidade e mortalidade. Os critérios utilizados para caracterizar a hemoptise como maciça são variáveis, baseados fundamentalmente no volume de sangue eliminado em um determinado período, que varia de 100 ml a 600 ml ou mais, em 24 horas, além de envolver risco maior de obstrução das vias aéreas e inundação alveolar (MARSICO *et al.*, 2003).

Epistaxe é uma hemorragia nasal, considerada a mais frequentada das hemorragias, devido à intensa vascularização e fragilidade da mucosa nasal e à exposição da área a traumas e agentes irritantes. Geralmente, é de pequena intensidade, originária da porção mais anterior da cavidade nasal, a qual cede espontaneamente, na maioria dos casos. Pode apresentar-se em grande quantidade quando de natureza arterial, provindo da parte mais posterior das cavidades nasais, necessitando de socorro de urgência (GODOY *et al.*, 2003).

Como antecedentes da epistaxe, podem-se citar: trauma, infecções de vias aéreas superiores, inalação de ar frio e seco, quadros alérgicos nasais, introdução de corpos estranhos na fossa nasal, inalação de irritantes químicos (cocaína, vapores de metais pesados) e a

presença de perfuração septal ou desvio de septo, bem como presença de tumores de cabeça. Vale ressaltar que a epistaxe não possui consequentes de relevância (BALBANI *et al.*, 1999).

- **História de Diabetes Mellitus (DM):** o diabetes tipo I ou insulino dependente caracteriza-se pela deficiência do hormônio insulina. Ocorre em pacientes jovens, que passam a necessitar de reposição parenteral de insulina diariamente para se manter em boas condições de saúde (PILGER; ABREU, 2007).

O DM tipo I é decorrente de uma alteração no sistema imunológico, assim pode-se considerar que o principal antecedente é a hereditariedade, devido a uma deficiência nas células beta do pâncreas, gerando dificuldade na quebra de glicose na corrente sanguínea (WALEY; WONG, 2006).

Dentre os antecedentes do DM tipo, II têm-se: hereditariedade, peso ao nascer, obesidade na infância e adolescência, sedentarismo e mudança nos hábitos alimentares, frequentemente com dietas hipercalóricas e hipergordurosas, sendo importante fator de risco para o desenvolvimento da síndrome metabólica, associada às doenças cardiovasculares na maturidade (GABBAY; CESARINI; DIB, 2003).

As consequências do DM tipo I e II incluem problemas, tanto a curto, como a longo prazo. As complicações em curto prazo estão relativamente bem definidas e são atribuíveis a anomalias no metabolismo da gordura e da glucose. A hiperglicemia a longo prazo (crônica) pode ser clinicamente silenciosa, causando sintomas típicos ou levando às emergências com risco de morte, bem como problemas nos olhos, rins, pés, vasos sanguíneos, assim como no sistema nervoso (SEABRA, 2012).

- **Imunossupressão:** é o ato de reduzir a atividade ou eficiência do sistema imunológico, é correspondente ao aumento do número de substâncias que atuam nas reações imunitárias do organismo (SILVA; SILVA; VIANA, 2009). Apesar das imunodeficiências serem doenças relativamente raras em pediatria, nos últimos anos, têm-se aumentado os casos, quer pelo número crescente de crianças com imunodeficiências com antecedentes como a corticoterapia prolongada, quimioterapia ou pela infecção do vírus da imunodeficiência humana, além do aparecimento de novas imunodeficiências primárias (VIEIRA; MARQUES, 2007).

Como consequentes, têm-se a presença de infecções de repetição e o uso rotineiro das imunoglobulinas séricas nas crianças e adolescentes com tais riscos de baixa imunidade (JESUS *et al.*, 2007).

- **Infecções graves, sepse:** infecção grave é o fenômeno microbiológico caracterizado por uma resposta inflamatória à presença de micro-organismos ou à invasão de

tecidos normalmente estéreis do hospedeiro por esses microrganismos ou a multiplicação de um agente infeccioso dentro do organismo, que pode ser sintomática ou assintomática. A sepsé é a infecção sistêmica (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Como antecedentes da infecção, podem-se citar: febre, hipercoagulação e hipotensão periférica, que derivam da liberação sistêmica de mediadores inflamatórios pelas células de defesa e células endoteliais. As infecções podem ter como conseqüentes algumas doenças crônicas e até o óbito (TURRINI; SANTO, 2002).

- **Insuficiência Respiratória (IR):** é a incapacidade de fornecer adequadamente oxigênio às células do organismo e de remover delas o dióxido de carbono, há perda da função pulmonar, podendo ser aguda ou crônica (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

A criança é particularmente suscetível a desenvolver IR, pois existem diversos fatores inter-relacionados que favorecem essa evolução, os quais são denominados de antecedentes, como as peculiaridades anatômicas e características fisiológicas e imunológicas da criança e do adolescente (PIVA *et al.*, 1998).

Como conseqüente de tal sinal de alerta, podem-se obter dados como: taquipneia, hipoventilação, hipóxia e hipoxemia podendo provocar danos irreparáveis em diversos órgãos, principalmente no cérebro (PIVA *et al.*, 1998).

- **Intoxicação exógena:** a aguda pode ser definida como a conseqüência clínica e/ou bioquímica da exposição aguda às substâncias químicas encontradas no ambiente (ar, água, alimentos, plantas, animais peçonhentos ou venenosos etc.) ou isoladas (pesticidas, medicamentos, produtos de uso industrial, produtos de uso domiciliar etc.) (SCHVARTSMAN; SCHVARTSMAN, 1999). Assim, pode-se considerar como antecedente o acesso das crianças a essas substâncias tóxicas.

As intoxicações exógenas se apresentam como um dos principais acidentes envolvendo crianças e respondem por aproximadamente 7% de todos os acidentes em crianças menores de cinco anos e estão implicadas em cerca de 2% de todas as mortes na infância no mundo (LOURENÇO; FURTADO; BONFIM, 2008).

Como conseqüentes, podem-se perceber alterações, como rubor de face, mucosas secas, hipertermia, taquicardia, midríase, retenção urinária, agitação psicomotora, alucinações e delírios (SCHVARTSMAN; SCHVARTSMAN, 1999).

- **Neonato:** é relativo a recém-nascido, compreende o período do nascimento até o 28º dia de vida (SILVA; SILVA; VIANA, 2009). Cabe informar que esta condição não possui antecedente ou conseqüente disposto na literatura em análise, visto que não se trata de sinal de alerta, mas de fase da vida.

- **Queimaduras:** são lesões na pele, resultantes da ação direta ou indireta do calor excessivo sobre o tecido orgânico, exposição a corrosivos químicos ou radiação, contato com corrente elétrica ou frio extremo, sendo exemplos de antecedentes do sinal de alerta. Constituem-se em um dos tipos de trauma mais graves e uma das principais causas de morte não intencionais em crianças (BERNZ, 2009).

As queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade de acometimento tecidual, em primeiro, segundo ou terceiro grau. O primeiro atinge camada mais externa da pele, a epiderme, tendo como consequente a dor e o eritema local. Todas as estruturas responsáveis pela reepitelização são preservadas, havendo reepitelização total, sem cicatriz, em três a seis dias (MÉLEGA, 2002).

A queimadura de segundo grau tem sido classificada como superficial e profunda, e sua evolução dependerá da graduação de profundidade e ocorrência ou não de complicações, sendo as infecções uma das causas mais frequentes de piora, tanto no âmbito tóxico quanto no sistêmico. Esse processo poderá ser mais demorado e necessitar de maior intervenção, dependendo da profundidade e extensão da queimadura, aprofundar-se na coexistência de infecção local (FERREIRA, 2003).

No terceiro grau, têm-se lesões profundas, atingindo todas as camadas da pele. Neste grau os consequentes principais são o comprometimento de fibras musculares e tecidos ósseos subjacentes podem ser acometidos. Não apresentam sintomatologia dolorosa e não reepitelizam, havendo perda dos anexos epidérmicos e das terminações nervosas epidérmicas e dérmicas. O prognóstico varia de reservado a ruim devido à perda funcional e estética local (CARLUCCI *et al.*, 2005).

- **Sintomas gripais:** a gripe é uma infecção respiratória, cujas manifestações são: febre, calafrios, suor excessivo, tosse seca que podem durar mais de duas semanas, dores musculares e articulares com duração de três a cinco dias, fadiga com mais de duas semanas para desaparecer, mal-estar, dor de cabeça, nariz obstruído e irritação na faringe. É considerada altamente contagiosa e ocorre mais no final do outono, inverno e início da primavera. (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Como antecedentes, tem-se a disseminação do vírus *Influenza* pelo contato direto entre as pessoas. Ou seja, quando a pessoa gripada espirra, tosse ou fala, gotículas com o vírus ficam dispersas no ar por um tempo suficiente para ser inaladas por outra pessoa. Pode se disseminar também pelo toque (mão contaminada com o vírus) do doente na mão de um indivíduo sadio que, ao levar a mão à boca ou ao nariz, se contamina (PECHIRRA, 2012).

Tem como consequentes: abstinência à escola, ausência dos pais no trabalho, além de pneumonia, asma e outras infecções respiratórias agudas como sinusite, otite e bronquite (BENIGUI, 2002).

- **Trauma:** é definido como o conjunto de qualquer lesão em tecido, órgão ou alguma parte do corpo. Pode ter como antecedente um agente físico de etiologia, natureza e extensão variadas e predominantemente de origens externas e evitáveis (NETO; GOMES, 2001).

Como consequentes do trauma na infância, podem-se citar: o internamento por problemas clínicos, cirurgias pós-traumática e por vezes acompanhamento psicológico quando tais traumas são decorrentes de violência (FERREIRA, 2005).

Vale ressaltar que os cuidados domiciliares e a educação em saúde junto aos pais e cuidados são estratégias fundamentais para prevenção e minimização de agravos de crianças vítimas de algum tipo de trauma.

- **Trauma craniano:** o trauma craniano (TC), também denominado de traumatismo cranioencefálico, é considerado por TC aberto ou fechado. Como antecedentes pode-se citar algum tipo de trauma na face ou crânio, bem como quedas e lesões por violência. Como consequentes, têm-se: evidências de envolvimento cerebral, demonstrado por alteração do nível de consciência (sonolência, letargia, confusão mental ou coma) ou sinais de déficit neurológico focal, podendo deixar sequelas neurológicas ou incapacidade motora ou física (SANCHES; PAIDAS, 1999).

Um TC é leve quando a criança ou o adulto apresenta, ao exame inicial pós-TC, um escore da ECG entre 13 e 15 pontos, sem que tenha ocorrido perda da consciência e sem anormalidades neurológicas. São considerados TC moderado quando apresentam escores de ECG de 9 a 12, os quais já apresentam um alto risco para sequelas neurológicas, como transtornos cognitivo-comportamentais. O TC grave inclui pontuação de oito a três, podendo apresentar como seqüela a incapacidade motora ou física, fazendo com que tanto os casos de TC moderado e grave sejam sempre hospitalizados (SANCHES; PAIDAS, 1999).

5.2 Validação por juízes

Em relação à validade de conteúdo, foi solicitada aos juízes a avaliação de cada atributo (sinal de alerta com os indicadores clínicos) do protocolo considerando a aparência e o conteúdo contido no protocolo, a partir da avaliação pelos seguintes critérios: simplicidade, clareza e relevância do instrumento. Além disso, os juízes deveriam avaliar se os atributos

estariam apropriados para a inclusão no Protocolo de ACCR em Pediatria, assim como se a prioridade de atendimento correspondente estaria adequada à referida no protocolo.

Desse modo, foi realizada validade aparente e de conteúdo do protocolo. A seguir estão apresentados os resultados da validade de aparência, um subtipo da validade de conteúdo.

5.2.1 Validade de aparência

A validade de aparência foi descrita a partir da análise dos juízes quanto à mensuração da homogeneidade de concordância deles quanto aos sinais de alerta e aos indicadores clínicos de saúde das crianças e adolescentes em situação de risco presentes no instrumento, utilizando-se do IVC, bem como pela avaliação quanto aos critérios de simplicidade, clareza e relevância. A avaliação do IVC dos seis itens da validade de aparência conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 – Validação de aparência do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria quanto ao Índice de Validade de Conteúdo. Fortaleza-CE, 2012.

N	Itens da Validade de Aparência	IVC
1	Designer	0,888
2	Cores	1,0
3	Formatação dos símbolos (letras, figuras, fluxograma e anexos)	0,888
4	Quantidade de páginas	0,888
5	Disposição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde	0,555
6	Organização dos aspectos estruturais	0,888

Fonte: Elaborada pela própria autora (2012).

No que se refere ao IVC dos seis itens da validade de aparência, percebeu-se que o protocolo foi considerado muito adequado, já que houve um IVC médio de 0,851. Sendo este tido como excelente, uma vez que os juízes atribuíram nota ao protocolo em estudo muito próximos de um, correspondente à máxima concordância de adequação da aparência do instrumento, como representado no Quadro 3.

No entanto, houve algumas considerações referidas pelos juízes, a fim de favorecer a melhoria da aparência do protocolo. Para isso, verificou-se adequações nos itens quatro e cinco, denominados respectivamente de quantidade de páginas e de disposição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde, respectivamente.

Tais juízes referiram dificuldade de localização de determinados sinais de alerta e indicadores clínicos pelo excesso de páginas (item quatro). Sendo sugerido e acatado a

retirada de alguns termos, como alguns apontadores, como atenção, cuidado e observação, a fim de reduzir o número de páginas e melhorar a disposição dos itens, podendo estes serem incluídos como condição de indicador clínico correspondente ao critério de prioridade de atendimento.

Cabe, ainda, enfatizar que no item cinco, foi possível constatar um IVC de 0,555, o que refere necessidade de adequações e reformulações. Para tanto, os juízes referiram a necessidade de melhor disposição dos sinais de alerta, em especial, quanto a alguns indicadores clínicos deslocados, o que poderiam ser incluídos em determinados sinais de alerta descritos no protocolo, como o “Paciente Típico da Prioridade I”, “Criança” e “Neonato”, os quais, de acordo com os juízes, deveriam ser necessário que seus subitens fossem realocados em indicadores clínicos dos critérios de classificação de risco.

Diante desse contexto, é possível verificar ainda a concordância entre os juízes e suas respectivas sugestões para adequação e melhoria da aparência do protocolo de ACCR em pediatria, conforme a Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição da validade de aparência quanto à simplicidade, à clareza e à relevância do Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-CE, 2012.

Itens da Validade de Aparência	Simplicidade		Clareza		Relevância	
	N	%	N	%	N	%
Designer	7	77,7	6	66,6	7	77,7
Cores	8	88,8	7	77,7	9	100
Formatação dos símbolos (letras, figuras, fluxograma e anexos)	8	88,8	6	66,6	9	100
Quantidade de páginas	5	55,5	8	88,8	8	88,8
Disposição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde	6	66,6	6	66,6	6	66,6
Organização dos aspectos estruturais	7	77,7	6	66,6	8	88,8

Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

Como demonstrado na Tabela 2, a simplicidade representou 76% de concordância para os juízes, isso talvez devido à discordância e referida necessidade de ajustes quanto à quantidade de páginas do protocolo, conforme referido anteriormente.

Quanto à clareza percebeu-se média de 72% de concordância entre os juízes, isso talvez porque a maioria dos aspectos analisados como os itens de designer, formatação de símbolos, disposição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde, bem como a

organização dos aspectos estruturais do protocolo merecem ajustes, a fim de melhorar a perceptibilidade do protocolo e favorecer a utilização com qualidade e eficácia.

Para a relevância, obteve-se média de 87% de concordância, ou seja, alto nível de aceitação da importância do protocolo para a prática da classificação de risco de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência. Diante disso, verificou-se a uniformidade de concordância entre os juízes para relevância do protocolo na prática assistencial na emergência pediátrica.

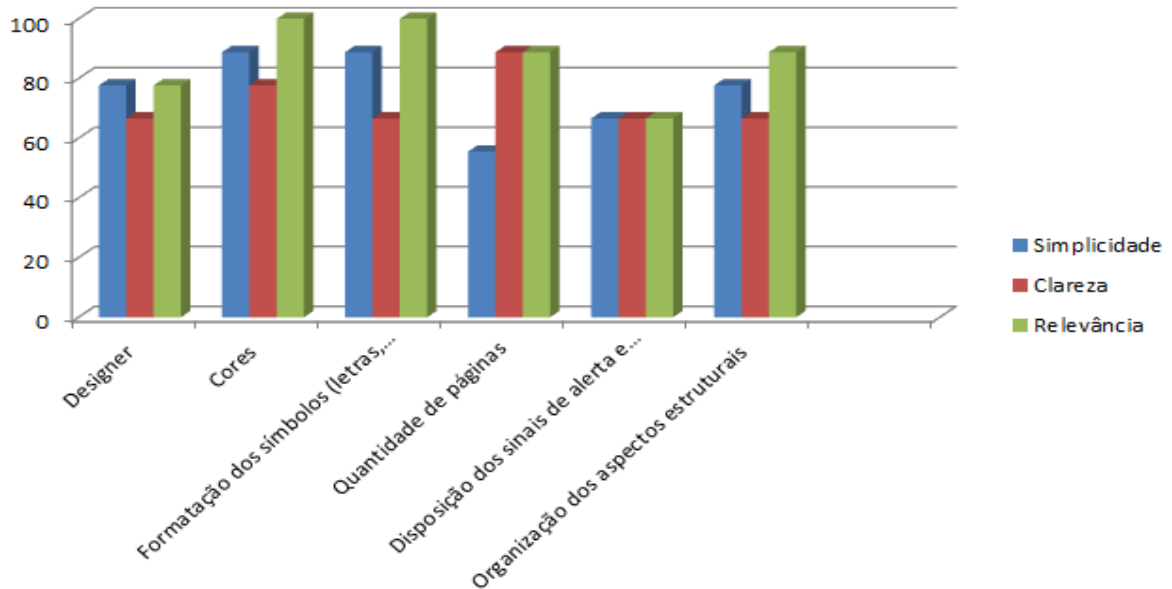
No que concerne à aparência das cores e da formatação dos símbolos, verificou-se que obtiveram média de 88,8% e 85,1%, respectivamente, quanto aos três critérios em análise. Este fato corresponde à alta concordância dos juízes para o protocolo em análise. Porém, houve importante sugestão de cinco juízes que perceberam a necessidade de ajustes em dois fluxogramas contidos no protocolo.

Quanto à disposição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde, verificou-se baixo nível de concordância nos três critérios, isso talvez pela necessidade referida pelos juízes para revisar alguns sinais de alerta e seus respectivos indicadores clínicos de saúde. Tais juízes sugeriram a alteração de um indicador clínico de saúde para tornar-se sinal de alerta, bem como redefinir a classificação de risco, sendo modificados alguns sinais de alerta na disposição da gravidade da queixa e suas manifestações clínicas relacionadas.

Outro aspecto exposto nesse item foi a importância de verificar a relevância de alguns itens dispostos com indicadores clínicos de saúde como não comuns às crianças e aos adolescentes em situação de urgência e emergência.

Para demonstrar a média de concordância entre os juízes para os aspectos gerais de validade de aparência, tem-se o Gráfico 1 que demonstra a simplicidade, clareza e relevância dos itens: designer, cores, formatação dos símbolos (letras, figuras, fluxograma e anexos), quantidade de páginas, disposição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde e organização dos aspectos estruturais.

Gráfico 1- Distribuição da média de concordância do aspecto geral da validade de aparência quanto à simplicidade, clareza e relevância do instrumento. Fortaleza-CE, 2012.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

Diante da exposição do Gráfico 1, foi possível constatar distribuição da média de concordância de alta relevância do protocolo quanto à aparência com quatro dos seis itens em avaliação com mais de 80% de concordância quanto à relevância. No entanto, foi possível perceber que o item disposição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde obteve média de aproximadamente 66,6% de concordância entre os juízes, sendo sugeridas considerações para ajustes e melhoria da aparência do protocolo de ACCR em pediatria.

5.2.3 Validade de conteúdo

Para a primeira parte da validade de conteúdo, teve-se a avaliação de aspectos gerais e estruturais do protocolo, utilizando-se o IVC e a avaliação da concordância entre os juízes com o mínimo de 0,8 e 80%, respectivamente, de aceitação da adequação do conteúdo do protocolo. Para isso, foi verificada média de 0,837 de IVC, conforme Quadro 4.

Tal média de IVC pode ser estipulada como alta taxa de concordância, já que de acordo com Alexandre e Coluci (2011), recomenda-se taxa não inferior a 0,78 de IVC ou para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, sugerem concordância mínima de 0,80. Sugerindo, portanto, adequada concordância quanto aos itens organizacionais do conteúdo do protocolo.

Quadro 4 – Validação de aparência do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria quanto ao Índice de Validade de Conteúdo. Fortaleza-CE, 2012.

N	Itens da Validade de Conteúdo	IVC
1	Grupo de desenvolvimento	0,555
2	População alvo e grupo de risco a quem se destina	0,888
3	Objetivos globais	0,888
4	Critérios de classificação	0,777
5	Resultados esperados	0,888
6	Competências necessárias à equipe	1,0
7	Organização do processo de atendimento	0,777
8	Avaliação do paciente	0,888
9	Modelo de documentação	0,888
10	Vermelho-prioridade I→ Ressuscitação, atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro, cuidado de Enfermagem contínuo.	0,777
11	Vermelho/laranja-prioridade II→ Emergência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pela enfermagem a cada 15 minutos.	0,777
12	Amarelo – prioridade III→ Urgência, avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pela enfermagem a cada 30 minutos.	0,888
13	Verde – prioridade IV→ Menor urgência, avaliação médica em até uma hora ou reavaliação a cada uma hora.	0,888
14	Azul – prioridade V→ Não urgente, avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito q outro centro de saúde com contato prévio e garantia de atendimento.	0,555

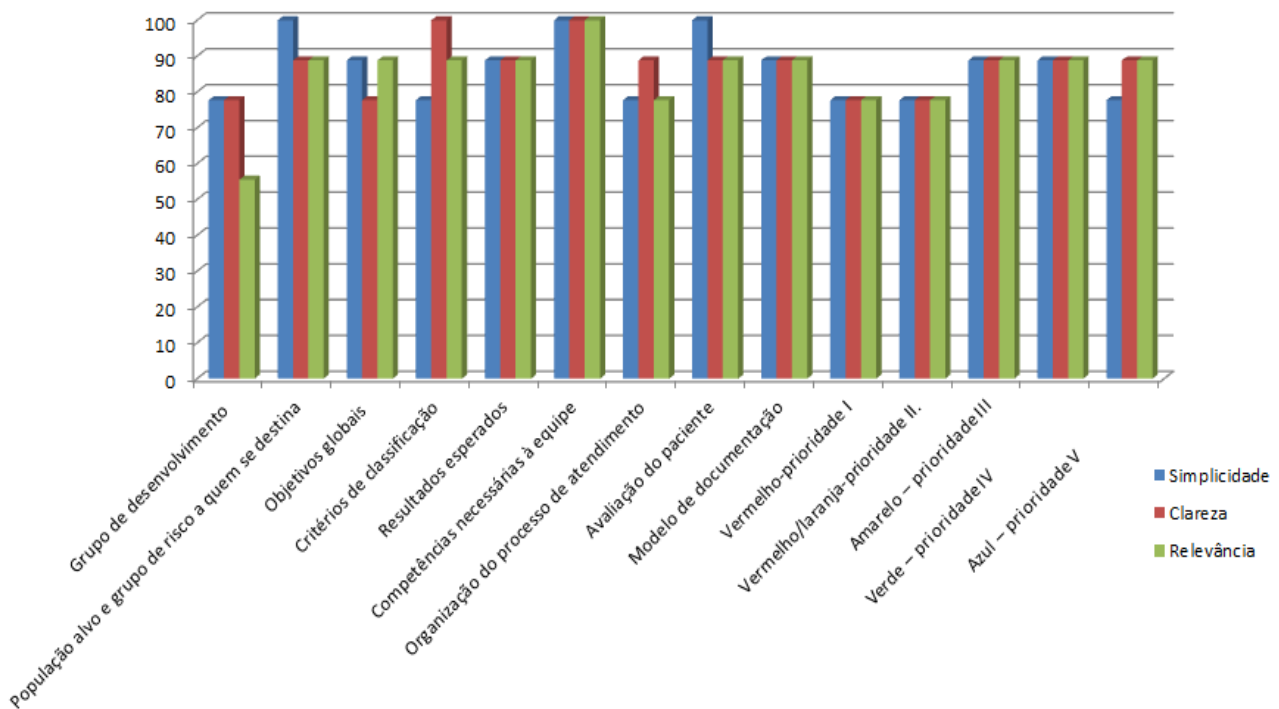
Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

A partir da avaliação do Quadro 4, pôde-se perceber que 57% dos itens em avaliação foram tidos como adequados com IVC maior ou igual a 0,8, o que proporciona adequação do conteúdo referente à estrutura e organização do processo de ACCR em Pediatria. Cabe enfatizar que apenas o item competências necessárias à equipe foi tida como excelente com IVC de 1.

Porém, é possível observar que alguns itens obtiveram IVC de 0,777: critérios de classificação; organização do processo de atendimento; vermelho-prioridade I→ Ressuscitação, atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro, cuidado de Enfermagem contínuo; e vermelho/laranja-prioridade II→ Emergência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pela enfermagem a cada 15 minutos. Bem como os itens: grupo de desenvolvimento e azul – prioridade V→ Não urgente, avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito q outro centro de saúde com contato prévio e garantia de atendimento, os quais obtiveram IVC 0,555, sendo necessárias reformulações necessárias à melhoria do conteúdo presente no protocolo.

Tais aspectos foram evidenciados, também a partir do Gráfico 2, o qual dispõe sobre o nível de concordância dos juízes quanto à adequação do protocolo a partir da avaliação dos critérios de simplicidade, clareza e relevância.

Gráfico 2- Distribuição da média de concordância dos aspectos gerais e estruturais da validade de conteúdo quanto à simplicidade, clareza e relevância do instrumento. Fortaleza-CE, 2012.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

Quanto à concordância entre os juízes para validade de conteúdo dos aspectos gerais e estruturais do protocolo, pôde-se perceber, conforme Gráfico 2, também alto nível de concordância, ou seja, 71,5% dos itens em avaliação com mais de 80% de concordância da adequação quanto à simplicidade, clareza e relevância.

No que se refere ao Grupo de Desenvolvimento do Protocolo, percebeu-se que houve 77,7% de concordância quanto à simplicidade e clareza, bem como 55,5% para relevância. Isto talvez porque 70% dos juízes referiram a necessidade de inclusão dos acadêmicos de Medicina e Enfermagem para utilizarem o protocolo, a fim de classificar a prioridade de atendimento a crianças e adolescentes em situação de risco.

Outro aspecto referido na avaliação desse item foi a revisão da inclusão dos técnicos de Enfermagem e funcionários administrativos, já que estes não possuem

conhecimento técnico-científico suficiente para utilizar o protocolo como ferramenta fidedigna para classificar o risco de complicações e morte nas filas de espera em unidades de urgência e emergência.

Quanto à análise do item Vermelho I-prioridade I → Ressuscitação, atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro, cuidado de Enfermagem contínuo e Vermelho/laranja-prioridade II → Emergência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pela enfermagem a cada 15 minutos; pôde-se verificar 77,7% de concordância entre os juízes, já que houve sugestão de unir esses dois tipos de critérios em apenas um vermelho, ou seja, 44,4% dos juízes indicaram escolher apenas um tipo de vermelho para classificar a maior prioridade de atendimento, sendo retirado o item Vermelho-prioridade II e reunindo todos os sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde no Vermelho-prioridade I.

No entanto, tal sugestão não foi acatada, já que a maioria dos instrumentos de classificação de risco nacionais e internacionais, sejam de pediatria ou de adultos, utiliza os dois tipos de vermelho, os quais caracterizam gravidade com prioridade de atendimento médico, mas há indicadores diferenciados para atendimento imediato com risco de morte (Vermelho-prioridade I) e outros que podem aguardar até 15 minutos (Vermelho/laranja-prioridade II).

Foi indicado, ainda, nesse item de avaliação que houvesse adequação da definição do item 10 (Vermelho I) com a realidade do ambiente hospitalar brasileiro, pois segundo os juízes, na maioria das unidades de urgência e emergência de Fortaleza e do Ceará, não há equipamentos de sinalização sonora, por isso deve ser retirada tal condição na definição da classificação de risco Vermelho-prioridade I.

No entanto, tal aspecto também não foi acatado, já que a instituição deve adaptar-se às condições de urgência e emergência hospitalar. Ou seja, é importante que as instituições de saúde se adequem e incluam o sinal sonoro para acionar a equipe de saúde de plantão para atuar no atendimento de crianças e/ou adolescentes com risco de morte, com entrada na unidade hospitalar.

No que concerne ao item Vermelho II /Laranja, 55,5% dos juízes propuseram a reformulação e complementação da frase “reavaliação pela enfermagem a cada 15 minutos” para “reavaliação pela enfermeira a cada 15 minutos e/ou quando necessária”. A qual foi acatada, a fim de melhorar a clareza do conteúdo do protocolo.

Vale salientar que outros em aspectos foram sugeridas reformulações, mesmo com o alto nível de concordância entre os juízes para tais itens. Diante disso, pôde-se

referenciar a necessidade de adequação do conteúdo dos seguintes itens: disposição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde o qual obteve o maior número de sugestões para as alterações de conteúdo, sendo acatadas todas elas, já que foram consideradas pertinentes após leitura crítica reflexiva sobre o assunto e comparação rigorosa com os diferentes protocolos e escalas de classificação de risco de crianças e adolescentes em situação de emergência.

Como alteração para esse aspecto, percebeu-se a necessidade de alteração do sinal de alerta “Dor torácica súbita”, sendo este incluído como indicador clínico de saúde no sinal de alerta “Dor torácica” contida na classificação vermelho/laranja prioridade II. Outra alteração acatada foi a substituição do sinal de alerta “Código de Parada” por “Parada Cardiorrespiratória”, do sinal “Trauma Maior e Menor” por “Trauma Grave e Leve” e do “ECG” por “Alteração do Estado Mental”, os quais obtiveram 55,5% de concordância para ser modificados.

Para o item Objetivos Globais, percebeu-se que não houve adequada concordância quanto à clareza de tal conteúdo, por isso sugerido a retirada do primeiro objetivo operacional do instrumento que corresponde à construção de tal ferramenta, sendo acatado, de modo que tal protocolo já foi construído e isto não corresponde ao objetivo do protocolo.

Para o item organização do processo de atendimento, verificou-se a necessidade de melhoria na clareza, em especial, na descrição criteriosa e adequada quanto aos papéis do enfermeiro, do médico e do assistente social de modo separadamente. Assim como indicar a avaliação da classificação de risco e a determinação da prioridade de atendimento, não por toda a equipe de Enfermagem, mas pelo enfermeiro atuante na unidade de ACCR. Outro aspecto referido foi a necessidade de substituição do termo “cidadão” para “paciente, criança e/ou adolescente”, sendo acatada a colocação dos termos “crianças e/ou adolescentes”. Tais considerações foram referidas por 44,4% dos juízes, porém foi realizada reflexão crítica e acatadas determinadas posições.

Considerando a segunda parte da validade de conteúdo, a qual consiste na avaliação dos sinais de alerta, indicadores clínicos, bem como a apropriação e correspondente classificação de risco determinada pelo juiz e a do protocolo em estudo. Para isso, foram avaliados os itens existentes no protocolo subdividido pelas cores de prioridade de atendimento, os quais foram considerados apropriados àqueles que compreenderem mais de 80,0% de concordância dos juízes, considerando simplicidade, clareza e relevância.

No que se refere à apropriação de cada item quanto ao conteúdo do protocolo e à necessidade de incluí-los para avaliar adequadamente o risco de complicações e morte, bem como favorecer a classificação da prioridade de atendimento, percebeu-se que 100% dos 72

itens avaliados nessa etapa foram tidos pelos nove juízes como apropriados, ou seja, houve mais de 80% de concordância para apropriação de cada item à proposta de tal instrumento.

Foi avaliada, também, a concordância dos juízes quanto ao critério de classificação, ou seja, a adequação da prioridade de atendimento determinada pelo juiz e a classificação determinada pelo protocolo. Para isso, foi avaliada a cor determinada pelo juiz para tal sinal de alerta e seus respectivos indicadores clínicos de saúde, comparando-os com a determinação do risco pelo protocolo de ACCR em pediatria.

No que concerne à determinação da classificação de risco dos sinais de alerta pelos juízes, verificou-se que 97,2% dos atributos conferiram igual classificação a atribuída pelo protocolo de ACCR em pediatria. Para os sinais de alerta código de parada, insuficiência respiratória, dispneia leve a moderada, sintomas gripais (azul), vômito ou diarreia, feridas, diálise/transplante, paciente típico prioridade I obtiveram 100% de concordância quanto à classificação preconizada pelo protocolo, conforme Quadro 6.

Quadro 5a – Concordância ou discordância quanto à classificação de risco e o IVC determinado pelo juiz e a do protocolo de ACCR em pediatria. Fortaleza-CE, 2012.

Sinal de Alerta	Concorda	Discorda	IVC
Abstinência grave de álcool e drogas	7	2	0,996
Alteração do estado mental	8	1	0,836
Anafilaxia	6	3	0,905
Cefaleia (Vermelho II)	7	2	0,906
Cefaleia (Verde)	8	1	0,985
Choque	8	1	0,876
Código de parada	9	-	0,820
Comprometimento Hemodinâmico	6	3	0,991
Convulsão	8	1	0,899
Criança	8	1	0,987
Desidratação Grave	7	2	0,961
Desidratação moderada com vômitos incoercíveis	6	3	0,961
Desidratação moderada sem vômitos	8	1	0,957
Diálise/ Transplante	9	-	0,874
Dispneia leve a moderada	9	-	0,734
Dispneia, asma, Sibilância recorrente	8	1	0,949
Doença psiquiátrica	2	7	0,961
Doença Psiquiátrica ou comportamental (Vermelho II)	7	2	0,988
Doença Psiquiátrica ou comportamental (Amarelo)	6	3	0,986
Doença Psiquiátrica ou comportamental (Verde)	7	2	0,901
Dor (Amarelo)	8	1	0,754
Dor (Verde)	4	5	0,955
Dor Abdominal (Vermelho II)	7	2	0,969
Dor Abdominal (Amarelo)	7	2	0,862
Dor Abdominal (Verde)	7	2	0,959
Dor Abdominal (Azul)	8	1	0,957
Dor intensa	7	2	0,975
Dor leve a moderada	8	1	0,912
Dor Torácica (Vermelho II)	6	3	0,943
Dor Torácica (Amarelo)	1	7	0,917
Dor Torácica (Verde)	4	5	0,857
Dor Torácica súbita	8	1	0,976
Escala de Coma de Glasgow (3-8)	8	1	0,906
Febre	8	1	0,927
Febre em lactente	6	3	0,933
Feridas	9	-	0,981
Gravidez >20 semanas	7	2	0,900
Gravidez superior a 20 semanas	6	3	0,989
Hemiparesia aguda	6	3	0,991
Hemorragia Digestiva	6	3	0,884
Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe	8	1	0,923
História de Diabetes Mellitus (Vermelho II)	7	2	0,954

Quadro 5b – Concordância ou discordância quanto à classificação de risco e o IVC determinado pelo juiz e a do protocolo de ACCR em pediatria. Fortaleza-CE, 2012.

História de Diabetes Mellitus (Amarelo)	7	2	0,958
Imunossupressão	7	2	0,941
Infecções graves, sepse	7	2	0,923
Insuficiência Respiratória	9	-	0,973
Intoxicação exógena	9	1	0,889
Maus tratos e violência sexual	7	2	0,965
Neonato	8	1	0,973
Outras Situações	9	-	0,944
Paciente típico da prioridade I	9	-	1,0
Queimaduras (Vermelho II)	5	4	0,992
Queimaduras (Amarelo)	8	1	0,980
Queimaduras e feridas	8	1	0,982
Queixas em articulações e partes moles	8	1	0,943
Sangramento vaginal/dor abdominal inferior e pélvica	8	1	0,933
Sinais vitais alterados com sintomas	8	1	0,946
Sinais vitais alterados sem sintomas	5	4	0,908
Sintomas Gripais (Verde)	7	2	0,901
Sintomas Gripais (Azul)	9	-	0,944
Situações Especiais (Amarelo)	7	2	0,970
Situações Especiais (Verde)	7	2	0,953
Trauma craniano (Vermelho II)	7	2	0,689
Trauma craniano (Amarelo)	6	3	0,888
Trauma craniano (Verde)	5	4	0,856
Trauma grave	7	2	0,958
Trauma maior (Vermelho I)	8	1	0,864
Trauma menor (Verde)	8	1	0,713
Trauma menor (Azul)	8	1	0,901
Trauma moderado	7	2	0,934
Vômitos e Diarreia Sem Desidratação	8	1	0,981
Vômitos ou Diarreia	9	-	0,914

Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

De maneira geral, percebe-se que houve concordância entre a classificação de risco determinada pelo protocolo e a referida pelos juízes. Isto propõe adequação da determinação do critério de classificação e a realidade prática e pela experiência vivenciada pelos juízes. Para os sinais de alerta doença psiquiátrica e dor abdominal (amarelo), percebeu-se uma divergência entre o que era determinado pelo protocolo e a classificação adequada considerada pelos juízes. Quanto à doença psiquiátrica, constatou-se que este atributo se colocava como prioridade V (azul) e os juízes ao analisar incluíram na prioridade IV (verde). Quanto à dor abdominal (Amarelo), foi determinada pelos juízes como prioridade II

(Vermelho/laranja), o que anteriormente era tida como prioridade III (amarelo). As avaliações dos juízes conferem maior prioridade de atendimento às crianças e/ou aos adolescentes que apresentarem tais sinais de alerta com os indicadores clínicos correspondentes. Sendo acatadas tais modificações, já que se percebeu a real necessidade de prioridade de atendimento conforme sugestões dos juízes.

Além disso, foi analisado estatisticamente o IVC de cada um dos 72 itens da validade de conteúdo do protocolo, correspondendo a uma média de 0,924, considerando, portanto, alta concordância entre os juízes. Conforme representado no Quadro 6, o que se distribui com os sinais de alerta em ordem alfabética e aqueles sinais repetidos foi organizado em ordem decrescente da prioridade de atendimento.

Compreende-se, ainda, a concordância dos juízes quanto aos critérios de simplicidade, clareza e relevância do conteúdo proposto pelo protocolo.

Quadro 6 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza, e relevância dos sinais de alerta da cor Vermelho - Prioridade I do protocolo de ACCR em pediatria. Fortaleza-CE, 2012.

Sinais de alerta do Vermelho I	Simplicidade	Clareza	Relevância
	%	%	%
Código de parada	88,8	77,7	100
Trauma maior	88,8	77,7	100
Choque	100	88,8	88,8
Escala de Coma de Glasgow	77,7	77,7	88,8
Insuficiência respiratória	100	100	100
Desidratação grave	100	100	100
Gravidez > 20 semanas	100	100	100
Paciente típico da prioridade I	100	100	100

Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

Ossinaisde alerta “Código de Parada” e “Escala de Coma de Glasgow” foram considerados o de menor concordância, a pesar de possuírem concordância de 86%, houve necessidade, por parte dos juízes, para ajustes de tais sinais. No sinal “Código de Parada”, existiu 100% de concordância quanto à relevância, porém houve importante sugestão para alterar o termo, já que a maioria dos juízes (66,6%) referiu que tal termo não reproduzia simplicidade ou clareza quanto à condição clínica da criança e do adolescente. Para isso, foi acatada a substituição deste termo por “parada cardiorrespiratória”, bem como a retirada do indicador clínico “iminência de parada”, sendo substituído por “sinais de choque”.

Para o sinal de alerta “choque”, cinco (55,5%) dos juízes sugeriram modificação do indicador clínico “ventilação ou oxigenação ineficaz” para “ventilação ou oxigenação ineficaz com SatO₂ menor de 90%”, com aprovação da sugestão.

Quanto ao sinal de alerta “Escala de Coma de Glasgow”, 55,5% dos juízes sugeriram a retirada desse termo, já que não defini queixa principal da criança ou adolescente em situação de urgência e emergência. Portanto, foi sugerida alteração pelo termo “Alteração do Estado Mental”.

Para os sinais de alerta trauma maior na prioridade I e menor na prioridade II, foram sugeridas suas substituições por trauma grave e leve, respectivamente, a fim de uniformizar tais termos com os conceitos apresentados na análise de conceito do protocolo. Além disso, sugeriram a inclusão de indicadores clínicos, como amputação de membros no sinal de alerta trauma maior.

Quanto aos sinais de alerta dispostos no critério de classificação Vermelho/Laranja – Prioridade II, pôde-se verificar 100% (29) dos itens em análises tiveram alta concordância quanto à simplicidade, clareza e relevância, conforme exposto no quadro 8.

Os sinais de alerta “Alteração do Estado Mental”; “Dispneia, asma prévia, sibilância recorrente”; “Infecções graves, sepse”; “Febre em lactente” e “Maus-tratos e violência sexual” obtiveram 100% de concordância, sendo designados termos simples, claros e relevantes para a validade de conteúdo do Protocolo de ACCR em Pediatria.

O Quadro 8 apresenta a distribuição da concordância entre os juízes no que se refere aos sinais de alerta presentes na cor Vermelho II/ Laranja.

Quadro 7 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza e relevância dos sinais de alerta da cor Vermelho/ Laranja –Prioridade II do Protocolo de ACCR em Pediatria. Fortaleza-CE, 2012.

Sinais de alerta do Vermelho II/ Laranja	Simplicidade	Clareza	Relevância
	%	%	%
Alteração do Estado Mental	100	100	100
Trauma craniano– ECG 3-8	88,8	88,8	100
Trauma Grave	77,7	77,7	88,8
Neonato	100	100	100
Comprometimento hemodinâmico	100	88,8	88,8
Desidratação moderada com vômitos incoercíveis	100	100	100
Queimadura	88,8	88,8	88,8
Dor torácica	100	88,8	88,8
Dor torácica tipo visceral	77,7	77,7	88,8
Dor torácica súbita (em pontada)	88,8	88,8	88,8
Intoxicação exógena	100	100	100
Dor abdominal	88,8	88,8	88,8
Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe	88,8	88,8	100
Hemiparesia aguda	88,8	88,8	88,8
Dispneia, asma prévia, sibilância recorrente	100	100	100
Anafilaxia	100	100	88,8
Sangramento vaginal/ dor abdominal inferior e pélvica	100	100	100
Infecções graves, sepse	100	100	100
Febre em lactente	100	100	100
Criança	100	100	100
Doença psiquiátrica ou comportamental	88,8	88,8	88,8
História de Diabetes Mellitus	88,8	88,8	88,8
Cefaleia	88,8	88,8	88,8
Dor intensa	88,8	88,8	88,8
Maus-tratos e violência sexual	100	100	100
Abstinência grave de álcool e drogas	88,8	88,8	88,8
Sinais vitais alterados com sintomas	88,8	88,8	88,8
Imunossupressão	100	88,8	100
Gravidez superior a 20 semanas	88,8	88,8	88,8

Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

Na apresentação dos sinais de alerta da cor Vermelho II/Laranja,pôde-se perceber que todos os itens obtiveram média de concordância acima de 80%, sendo contatado, de modo geral, adequado conteúdo contido nesta classificação de risco.

No entanto, alguns juízes aduziram considerações de adequação, a fim de proporcionar alterações quanto aos sinais de alerta: trauma craniano,o qual se aderiuàsugestão

de retirar o item atenção e incluí-los como indicadores clínicos; o indicador clínico “perda de consciência, confusão mental” para “deterioração do estado mental ou sensorio”.

O sinal de alerta alteração do estado mental, comprometimento hemodinâmico e convulsão obtiveram alta concordância, sendo maior ou igual a 80%, porém houve sugestões de adequações, sendo acatada a alteração do termo “pós-ictal”, o qual é considerado pouco comum entre os profissionais da saúde atuantes em unidades de urgência e emergência como indicador clínico para alteração do estado mental.

Apesar do alto nível de concordância entre os juízes da cor Vermelho II/Laranja, como representação no Quadro 8, consideraram-se algumas sugestões dos juízes, em especial ao que se referiu ao sinal de alerta “Intoxicação Exógena”, o qual se verificou indicação de inclusão do termo avaliação do tipo e quantidade de droga, para logo após a avaliação do nível de consciência possa haver julgamento clínico criterioso e tomar decisões rápidas e eficientes, de modo a adotar medidas de intervenção de recuperação ou prevenção de agravos a situação de urgência e emergência, sendo estas alterações incluídas na nova versão do protocolo.

Outro aspecto relevante de alteração foi a sugestão de 66,6% dos juízes de modificação do termo “trauma craniano – ECG 3-8” para “trauma craniano – ECG<8”. Outra alteração sugerida foi a utilização dos termos “Dor torácica tipo visceral” e “Dor torácica súbita (em pontada)”, para “Dor Torácica”, a fim de uniformizar os termos para todos os critérios de classificação de risco.

No que se refere ao critério de classificação de risco amarelo, percebeu-se alta concordância de adequação, inferindo a simplicidade, a clareza e a relevância dos itens dispostos no critério de classificação amarelo- prioridade III.

Quadro 8 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza e relevância dos sinais de alerta da cor Amarelo - Prioridade III do protocolo de ACCR em pediatria. Fortaleza-CE, 2012.

Sinais de alerta do Amarelo	Simplicidade	Clareza	Relevância
	%	%	%
Trauma Craniano	100	88,8	100
Trauma moderado	100	100	100
Queimadura	88,8	88,8	88,8
Dispneia leve a moderada	77,7	77,7	100
Desidratação moderada sem vômitos	100	100	100
Dor torácica	100	100	88,8
Dor abdominal	88,8	88,8	88,8
História de diabetes mellitus	88,8	88,8	88,8
Hemorragia Digestiva	77,7	77,7	100
Convulsão	100	100	100
Doença psiquiátrica comportamental	88,8	88,8	88,8
Dor	77,7	77,7	88,8
Queixas em articulações e partes moles	100	100	100
Diálise/ Transplante	100	100	100
Sinais vitais alterados sem sintomas	77,7	88,8	88,8
Situações especiais	77,7	77,7	88,8

Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

Os sinais de alerta, descritos no Quadro 9 “Trauma moderado”, “Desidratação moderada sem vômitos”, “Convulsão” e “Queixas em articulações e partes moles” foram tidos como itens com total concordância entre os juízes. No entanto, para o sinal de alerta “convulsão” foi indagado por alguns juízes sobre o termo pós-comicial que pode ser considerado generalista e pouco utilizado entre as equipes de saúde, podendo gerar confusão quanto ao sinal de alerta, sendo realizada retirada de tal termo, sem prejuízo da compreensão e relevância de tal atributo.

Para o sinal de alerta “Dispneia leve a moderada” com 91% de concordância entre os juízes, já que sentiram a necessidade de modificar o termo “*peak-flow*” por “pico de fluxo”, de modo a evitar estrangeirismo. Bem como retirar os itens de atenção e reavaliar. Sendo aderida tal sugestão com modificação no protocolo para o termo em português.

Quanto ao sinal de alerta “dor (amarelo)”, percebeu-se baixa concordância quanto à simplicidade e clareza com 77,7% de concordância para cada item, isso talvez pela subjetividade de avaliação da dor em crianças e adolescentes, já que nem sempre as escalas sugeridas como anexos no prontuário se adequam à necessidade de caracterização da dor. Para

isso, foram sugeridas alterações de alguns termos para simplificar e maior evidência e coesão do termo para classificar o risco quanto à prioridade II.

Nesse aspecto, alguns juízes referiram a importância de substituir o indicador clínico de “dor intensa (8 - 10/10), central e crônica” por “dor intensa, aguda, periférica”, com utilização da escala de dor (Anexo C do Protocolo de ACCR em Pediatria). Outra sugestão de alteração foi do indicador clínico de “dor aguda, moderada (4–7)”, que se sugere avaliação criteriosa para abranger o grau de complexidade por cores, como: intensa é vermelho/laranja, moderada-amarelo, leve-verde e sem dor-azul. Com a aprovação de tal sugestão, seguindo as referências das escalas e protocolos de classificação de risco de diversas localizações mundiais.

No que concerne aos sinais de alerta “diálise/ transplante”, foi possível perceber alto nível de concordância nos cinco critérios avaliados, no entanto, houve indicação de modificação do indicador de alerta “risco de arritmia e deterioração” para “sinais vitais alterados com risco de arritmia e deterioração”. Além de ser sugerida inclusão desse item na prioridade II (vermelho/laranja), já que esse pode provocar alterações hidroeletrólíticas e até alterações de potássio que podem resultarem parada cardiorrespiratória, porém esta sugestão não foi acatada, já que na literatura em estudo é possível conferir avaliação de crianças e adolescentes que apresentam como sinal de alerta diálise/transplante que é possível esperar até 30 minutos para o atendimento em unidade de urgência e emergência.

Para caracterizar a concordância entre os juízes quanto aos sinais de alerta presentes na prioridade IV, com a cor verde para classificação de risco das crianças e adolescentes, tem-se o Quadro 10 a seguir.

Quadro 9 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza e relevância dos sinais de alerta da cor Verde - Prioridade IV do protocolo de ACCR em pediatria. Fortaleza-CE, 2012.

Sinais de alerta do Verde	Simplicidade	Clareza	Relevância
	%	%	%
Trauma Craniano	100	88,8	100
Trauma menor	88,8	88,8	100
Febre	100	100	100
Queimaduras e feridas	88,8	88,8	88,8
Dor abdominal	88,8	88,8	88,8
Cefaleia	88,8	88,8	88,8
Dor torácica	100	100	100
Doença psiquiátrica comportamental	100	100	100
Dor	66,6	66,6	77,7
Sintomas gripais	100	100	100
Vômitos e diarreia sem desidratação	88,8	88,8	88,8
Situações especiais	88,8	88,8	100

Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

O Quadro 10 demonstra que os sinais de alerta “Febre”, “Dor torácica” e “Sintomas gripais” representaram 100% de concordância quanto aos critérios de simplicidade, clareza e relevância, caracterizando adequado conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria.

Para essa prioridade, foi possível perceber baixa concordância (66,6%) para a simplicidade e clareza a cada um, bem como a concordância de 77,7% de relevância, conferindo, portanto, com o que foi descrito anteriormente quanto à subjetividade de avaliação da dor da criança e do adolescente em situação de risco.

É preciso ressaltar que no sinal de alerta “trauma craniano (verde)” se obtivemos 80% de concordância entre os juízes, os quais sugeriram retirar o item “sem dor cervical” e incluir “sinais vitais normais”. Sendo acatados, já que proporciona melhor clareza quanto à descrição do sinal de alerta da classificação de risco em análise.

Além disso, um juiz referiu à necessidade de revisão do sinal de alerta “Queimaduras e feridas”, indicando alterações no indicador de saúde “laceração que requerem investigação”, para que seja considerado indicador clínico de maior prioridade de atendimento, já que este é tido como prioridade IV (verde), sendo sugerido incluí-lo na prioridade III (amarelo). Tal sugestão não foi acatada, já que ao analisar criticamente cada escala ou protocolo de classificação de risco é possível verificar que tal termo pode ser mantido sem modificações.

O Quadro 11 dispõe dos sinais de alerta presentes na prioridade V de atendimento, ou seja, cor azul. O qual foi possível perceber que houve plena concordância de maneira geral sobre o conteúdo de tal classificação de risco.

Quadro 10 – Distribuição da concordância entre os juízes quanto à simplicidade, clareza e relevância dos sinais de alerta da cor Azul - Prioridade V do protocolo de ACCR em pediatria. Fortaleza-CE, 2012.

Sinais de alerta do Azul	Simplicidade	Clareza	Relevância
	%	%	%
Trauma menor	77,7	77,7	88,8
Feridas	100	100	100
Sintomas gripais	100	100	100
Dor abdominal	88,8	88,8	88,8
Dor leve a moderada	88,8	88,8	100
Vômitos ou diarreia	100	100	100
Doença psiquiátrica	88,8	88,8	88,8
Outras situações	100	100	100

Fonte: Elaborado pela própria autora (2012).

No entanto, apenas o item “Trauma Menor” apresentou 77,7% de concordância quanto à simplicidade e clareza, já que como descrito anteriormente, os juízes sugeriram modificar o termo menor para leve, sendo tal sugestão acatada a fim de clarificar o termo e uniformizá-lo em todo o conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria.

Após tais considerações, foi verificada a necessidade de composição da segunda versão do protocolo de ACCR em pediatria, com confirmação e apoio dos autores iniciais do instrumento em análise. No entanto, cabe enfatizar que para a elaboração da segunda versão do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, torna-se necessário processo de validação clínica com rigor metodológico e criterioso para a averiguação de adequação da aparência, do conteúdo e da análise da utilização do protocolo durante a prática assistencial de equipe multidisciplinar, em especial, de Enfermagem, nas unidades de urgência e emergência pediátrica de hospitais de Fortaleza-CE, a qual será realizada em um estudo posterior.

Para sintetizar as alterações sugeridas pelos juízes quanto ao conteúdo do Protocolo, elaborou-se, portanto, o Quadro 12, a seguir.

Quadro 11 - Distribuição dos sinais de alerta modificados conforme sugestão dos juízes.
Fortaleza-CE, 2012.

Sinais de Alerta (1ª versão)	Sinais de Alerta (2ª versão)
Código de parada	Parada cardiorrespiratória
Trauma maior	Trauma grave
Trauma menor	Trauma leve
Escala de Coma de Glasgow (3-8)	Alteração no nível de consciência
Choque	Comprometimento hemodinâmico
Doença psiquiátrica	Doença psiquiátrica ou comportamental
Dispneia, asma, sibilância recorrente	Dispneia intensa
Sintomas gripais	Infecções respiratórias agudas
Hemorragia digestiva	Hemorragia
Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe	Hemorragia
Sangramento vaginal/dor abdominal inferior e pélvica	Sangramento vaginal
Gravidez >20 semanas	Gravidez superior a 20 semanas
Desidratação Grave	Desidratação
Desidratação moderada com vômitos incoercíveis	Desidratação
Desidratação moderada sem vômitos	Desidratação
Vômitos e diarreia sem desidratação	Vômitos e diarreia
Queimaduras e feridas	Feridas
Infecções graves, sepsis	Infecções
Febre em lactente	Febre
Queixas em articulações e partes moles	Artralgia
Maus tratos e violência sexual	Maus tratos e violência
Outras Situações	Situações especiais
Neonato	Situações especiais
Criança	Situações especiais
Paciente típico da prioridade I	Situações especiais

Fonte: Elaborada pela própria autora.

De acordo com o presente estudo, os protocolos podem ser considerados rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um serviço, equipe ou departamento, elaborados a partir de conhecimento, respaldados em evidências científicas; servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK; FARIAS; CAMPOS, 2009), como o Protocolo de ACCR em Pediatria.

Tais instrumentos podem ser classificados como protocolos clínicos ou organizacionais. Os denominados clínicos são tidos como instrumentos direcionadores para a atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para clínica, ações preventivas, promocionais e educativas. Já aqueles denominados organizacionais são evidenciados como instrumentos determinados ao serviço de gestão, abrangendo organização do trabalho, fluxos administrativos, construção e avaliação do sistema de informação (WERNECK; FARIAS; CAMPOS, 2009).

Para tanto, o instrumento, em estudo, é caracterizado como protocolo misto, o qual propõe condições de organização e gestão, bem como possibilita a determinação da prioridade de atendimento a partir da avaliação clínica e classificação de risco de crianças e adolescentes, de acordo com a apresentação usual da doença, mediante os sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde.

O protocolo de ACCR em pediatria não é entendido como um processo de avaliação do risco, pois segundo o Ministério da Saúde, produz direcionamento à classificação de risco para determinar a prioridade de atendimento e não por ordem de chegada, entendido como uma classificação e não pressupõe a exclusão. Todos os pacientes devem ser atendidos, respeitando a situação de gravidade e complexidade apresentada pelo usuário que procurou o serviço de saúde (MAFRA *et al.*, 2008).

Quanto à formatação gráfica deste protocolo como tecnologia, pode-se preconizá-lo como instrumento com caráter direcionador aos profissionais na tomada de decisão sobre a prioridade do risco para reduzir os riscos nas filas de espera de urgência e emergência.

Logo, esta tecnologia apresentou-se no formato de papel 60 kg, com 21,0 cm de altura e 29,6 cm de largura em cada cartaz, estruturado em 37 páginas no total, disponibilizadas em: capa, prefácio, autores e articuladores do protocolo, seis páginas de instruções quanto à utilização, um fluxograma de organização do processo de classificação de risco, 16 páginas de apresentação dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde, conforme os critérios de classificação de risco, sendo colorido conforme a cor correspondente para a prioridade de atendimento a crianças e adolescentes, acompanhado de mais um fluxograma sobre as indicações de cores para classificação, seguido de sete anexos relacionados aos sinais vitais, avaliação de superfície corporal queimada e indicação da área de encaminhamento caso seja classificado como prioridade V (azul).

Tais aspectos apresentam como vantagens: um material com sucessão progressiva de páginas, cujas relações de interdependência orientam e condiciona o rumo a ser tomado pelo expositor no desenrolar da explanação; ajuda a apresentar o processo de capacitação de maneira mais organizada, orientada e dirigida, sem propiciar dispersão ou confusão; mantém a atenção dos utilizadores do protocolo voltada para o tópico que está sendo desenvolvido no momento (BASTABLE, 2010).

Além disso, oferece síntese e concisão, aliadas à clareza e simplicidade; visualiza melhor as ideias, utilizando-se de vários materiais como ilustrações; oferece margem às diversas utilizações; é fonte de pesquisa; auxilia a exposição de um assunto; é excelente material de verificação e pode servir de motivação para um novo assunto (BASTABLE,

2010). Tais aspectos favorece a utilização de tal instrumento, por possibilitar a fixação de pontos essenciais, auxiliando o profissional a encontrar os sinais clínicos que procura para classificar os riscos da criança e estabelecer a prioridade de atendimento.

De acordo com Ferreira e Silva Júnior (1986), o letreiro de qualquer instrumento educativo ou de avaliação, como o referido Protocolo, deve ser elaborado e analisado quanto ao estilo, tamanho, corpo da letra, ênfase, fundo e direção. Dar preferência ao letreiro de estilo simples e fácil de ser lido; com o tamanho proporcional à distância a que será lido; o uso de letras cheias; a ênfase feita no estilo, tamanho ou na cor das palavras; o fundo claro com o uso de letreiro escuro; e a direção horizontal. Para tanto, foi acatado a sugestão dos juízes em rever formatação do instrumento de maneira que favoreça melhor leitura.

Quanto às cores do protocolo de ACCR em pediatria, verificou-se a utilização de cores primárias como o vermelho, amarelo e o azul; bem como as cores secundárias, como laranja e verde, além das cores dos planos de fundo, salientando que o preto, o branco e o cinza não podem ser considerados cores, uma vez que teoricamente o preto é a ausência de cor, o branco é a combinação de todas as cores e o cinza é a combinação do preto e do branco (FERREIRA; SILVA JÚNIOR, 1986).

Para tanto, no que concerne à validação de aparência do protocolo, alcançaram-se maiores alterações ao referir-se sobre as condições relacionadas à disposição dos itens e inclusão de aspectos para favorecer a magnitude do atributo. Isso pode está relacionado à utilização de escalas que determinem a magnitude do sinal de alerta, como no caso da alteração da disposição do sinal de alerta dor, por exemplo.

Para Pedroso e Celich (2006), a dor é considerada experiência subjetiva, que deve ser avaliada e descrita frequentemente. No entanto, observa-se que esta prática é pouco frequente nos ambientes hospitalares, especialmente, em unidades de urgência e emergência pediátrica. Para isso, acredita-se que a educação dos profissionais da saúde possibilita o cuidado qualificado ao paciente com dor, oportunizando atendimento humanizado, no qual a atenção é voltada às reais necessidades do cliente, valorizando a queixa.

Outro aspecto relevante na validade de aparência foi a determinação da adequação do critério de classificação de risco vermelho/laranja- prioridade II para vermelho- prioridades I, porém a sugestão de compactar em apenas um critério de classificação não foi acatada, já que diante de avançada busca na literatura, percebeu-se que grande parte dos protocolos de avaliação do risco de pediatria ou adulto utilizam os cinco critério de determinação da prioridade de atendimento do paciente com tempo preconizada, dependendo do sinal de alerta apresentado e o grau de complicações e morte nas unidades de urgência e emergência.

Para isso, sabe-se que a classificação de risco é um processo que permite a gestão do risco clínico para administrar adequadamente e com segurança o fluxo de pacientes quando a demanda e as necessidades clínicas superam os recursos. Deve ser a chave de entrada para uma assistência eficiente e, portanto, uma ferramenta breve e de fácil utilização, capaz de avaliar corretamente os casos segundo a gravidade, evolução e utilização de recursos (FERNANDES *et al.*, 2005).

Os sistemas de classificação de risco ou aqueles denominados de triagem têm sido descritos e utilizados em vários países. A literatura apresenta maior destaque àquelas que utilizam cinco níveis de classificação por acreditarem que estas possuem maior confiabilidade (FERNANDES *et al.*, 2005).

A *Australasian Triage Scale* (ATS), conforme a *Australasian College For Emergency Medicine* (2005), é adotada por tal conselho desde 2002, sendo utilizada na Austrália e Nova Zelândia. Este sistema realiza avaliação combinada do problema atual e da condição geral do paciente, que dura entre doiseconminutos, tempo suficiente para determinar o grau de urgência e a necessidade de tratamento imediato, classificando o paciente em uma das cinco categorias: Categoria 1: situação de ameaça à vida, de atendimento imediato com avaliação e tratamento simultâneos. Categoria 2: situação de ameaça à vida iminente ou exigência de tratamento imediato, atendimento em até 10 minutos, com avaliação e tratamento frequentemente simultâneos. Categoria 3: situação com potencial ameaça à vida/urgência, avaliação e tratamento devem ser iniciados em até 30 minutos. Categoria 4: situação de potencial urgência ou de complicações/gravidade importante, avaliação e tratamento devem ser iniciados em até 60 minutos. Categoria 5: situação menos urgente/problema clínico-administrativo, avaliação e tratamento devem ser iniciados em até 120 minutos.

Diante disso, compreende-se a relação entre a ATS e o protocolo de ACCR em pediatria, já que as definições da classificação de risco se correlacionam entre si. No entanto, possui uma importante diferenciação quanto ao tempo de espera, já que no protocolo do presente estudo há determinação maior do tempo de espera para atendimento. Outro aspecto de relevância está ao comparar a categoria 5, a qual corresponde a cor azul sendo na ATS a determinação do tempo de 120 minutos, enquanto que no presente protocolo não há limite de tempo determinado, sendo as crianças, adolescentes e seus responsáveis, orientados a esperar por ordem de chegada ou encaminhar a atenção primária com garantia de atendimento.

Outro aspecto considerável é a relação com a reavaliação contínua das crianças e adolescentes em unidades de urgência e emergência pediátrica, sendo necessário o processo de

educação continuada para tomada de decisão acertada e favorável ao atendimento resolutivo e de qualidade a tais pacientes. Na ATS, pode-se verificar a avaliação contínua do paciente com a classificação do risco, conforme a situação clínica, podendo haver mudança de categoria, sendo necessária atenção dos profissionais da saúde para os antecedentes e consequentes do paciente, a fim de evitar morte e complicações nessas unidades de saúde (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2005).

Outro instrumento descrito na literatura é o *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), o qual foi desenvolvido pela *Canadian Association of Emergency Physicians* e validado no território canadense em 1998. A classificação do paciente que comparece ao sistema emergencial da instituição de saúde é feita em cinco níveis em escala ordinal: Nível 1: paciente em condição de risco de vida, que requer intervenção imediata; Nível 2: paciente em condição de emergência, que requer intervenção rápida ou ações delegadas; Nível 3: paciente em condição de urgência e que pode potencialmente progredir para um problema sério; Nível 4: paciente em condição de semiurgência e que estão relacionados à idade ou à possibilidade de apresentar deterioração ou complicação; Nível 5: paciente em condição de não-urgência aguda ou crônica na qual a intervenção pode esperar ou paciente pode ser encaminhado a outras áreas.

Diante de tais considerações, pode-se realizar relação entre a CTAS e o protocolo de ACCR em pediatria, já que os dois instrumentos compreendem a necessidade de prioridade de atendimento com cinco critérios ou níveis de classificação do risco para a prioridade de atendimento. É possível verificar correspondência do nível cinco da CTAS e a cor azul do protocolo, já que os dois definem essa classificação como aquela em que o paciente pode esperar por ordem de chegada ou ser encaminhado para outras áreas.

A CTAS preocupou-se, também, com a implantação de três conceitos: utilidade (instrumento deve ser de fácil entendimento, melhorar cuidado individual e facilitar o funcionamento do serviço); relevância (instrumento deve ser importante para profissionais e pacientes e otimizar o tempo de espera) e validade (instrumento deve ter consistência e permitir a visualização de resultados, como a morbidade, mortalidade, hospitalização e a utilização de recursos) (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2011). Para tanto, torna-se acentuada a necessidade da validação de aparência e conteúdo do presente estudo, de maneira a favorecer a compreensão e o melhoramento de tal instrumento como a CTAS, a qual já é tida como instrumento “padrão-ouro” para a classificação de risco em unidades de urgência e emergência.

O *Manchester Triage System* foi desenvolvido, em 1996, pelo *Manchester Triage Group*, no Reino Unido. Nesta escala, a triagem é um sistema de administração de risco clínico, destinado a assegurar cuidados, que são definidos de acordo com a necessidade do paciente, sejam realizados no tempo adequado. Não é uma ferramenta de diagnóstico, é um instrumento que permite definir prioridades clínicas, dar segurança para o usuário externo e interno e para o sistema de saúde. A classificação dos pacientes é feita em cinco níveis, diferenciada por cores, que determinam o tempo máximo de espera com atendimento imediato com cor vermelho, laranja até 10 minutos, amarelo pode esperar até 60 minutos, verde com atendimento em até 120 minutos, assim como azul como quinta prioridade com atendimento em até 240 minutos (KANEGANE, 2012).

O instrumento *Manchester Triage System* tem importante relação com o protocolo de ACCR em pediatria, uma vez que enfatiza as mesmas cores para classificar o risco de atendimento, porém tem discrepância quanto à determinação do tempo para o atendimento, já que na classificação azul daquele instrumento é possível verificar um tempo determinado de 240 minutos para atendimento.

Diante desse contexto, as referidas escalas de classificação de risco, tidas como os principais instrumentos para avaliação da condição clínica do paciente em situação de urgência e emergência, compreendem cinco cores ou níveis para determinar a prioridade dos pacientes em situação de risco. Outro aspecto de destaque é o favorecimento da reavaliação contínua da situação clínica do paciente, tendo a proposta para o encaminhamento para a atenção primária com garantia de atendimento.

Diante de tais aspectos e das características dessas principais escalas de classificação de risco, foi decidido a não adesão à sugestão dos juízes de unir os atributos da prioridade II (vermelho/laranja) com a prioridade I (vermelho), já que por meio de busca intensa na literatura, foi possível compreender que é necessário manter os cinco critérios de classificação de risco em pediatria. Para tanto, de acordo com Kanegane (2012), a prioridade clínica requer que informações suficientes sejam reunidas, permitindo que o paciente seja classificado em uma das cinco categorias de prioridade. O manejo clínico requer um entendimento mais profundo das necessidades do paciente e pode ser afetado por um variado número de fatores externos, como a hora do dia, o estado da equipe, dentre outros. No processo de tomada de decisão, espera-se que os clínicos interpretem, discriminem e avaliem a informação obtida de seus pacientes e considerem criticamente suas ações após essa decisão.

O modelo "avaliar, categorizar, decidir e agir" é considerado abordagem sistemática escolhida para o reconhecimento e o tratamento das crianças e/ou adolescentes gravemente enfermos ou vítimas de trauma. A avaliação inicial repetida permite que se determine o melhor tratamento ou intervenção em qualquer ponto cronológico, utilizando-se parâmetros preconizados a partir da apresentação usual da doença (BARBOSA, 2011).

Com base na informação obtida na avaliação, é possível também categorizar as condições clínicas da criança ou adolescente por tipo e gravidade e decidir o tratamento mais adequado. Este processo de avaliar-classificar-decidir-agir é constante e repetitivo, devendo-se sempre reavaliar o paciente durante a ação e após cada procedimento. Por exemplo, após oferecer oxigênio, deve-se reavaliar se o paciente está respirando mais facilmente e se a cor e a condição mental estão melhorando. A avaliação pediátrica consiste em quatro partes: avaliação geral; avaliação primária; avaliação secundária; e avaliação terciária (BARBOSA, 2011).

Para tanto, com esse modelo, torna-se importante a relação com o protocolo do presente estudo, já que durante a validação de aparência, percebeu-se a necessidade de incluir instrumento com abordagem generalizada que facilite a avaliação, a categorização dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde, com a tomada de decisão e favorecimento de atitude rápida, eficaz e adequada a condição clínica da criança ou adolescente.

Quanto à validação do conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria, foram acatadas as sugestões sobre o conteúdo dos sinais de alerta.

Para o código de parada, foi indicada alteração para o sinal de alerta parada cardiorrespiratória (PCR), já que este é utilizado para demonstrar PCR. Esta é considerada a cessação súbita, inesperada e catastrófica da circulação sistêmica, atividade ventricular útil e ventilatória em indivíduo sem expectativa de morte naquele momento, não portador de doença intratável ou em fase terminal (TACSI, 2004).

No que se refere às lesões traumáticas, também, denominado como sinal de alerta trauma que acometem exclusivamente o sistema musculoesquelético, raramente determinam risco à vida, mas podem provocar perdas funcionais importantes (FREGONEZE *et al.*, 1999).

Tais lesões podem ser classificadas em trauma leves, moderados e graves. Os leves correspondem aos diagnósticos de contusão, entorse, artralgia, escoriação, mialgia, presença de corpo estranho, ruptura de ligamentos e eritema ou equimose; os moderados são considerados as fraturas, luxações e entorses; enquanto que as graves são: fratura, luxação, subluxação, lesão tendínea, ferimento corto-contuso, ferimento por arma de fogo, lesão de nervo periférico, pronação dolorosa, descolamento epifisário e necrose óssea pós-traumática

(JUNIOR *et al.*, 2005). Para isso, foi determinada a modificação de trauma maior e menor para trauma grave ou leve, respectivamente, dependendo da apresentação usual da doença.

Quanto ao sinal de alerta choque foi alterado para o termo comprometimento hemodinâmico, já que este é considerado comprometimento hemodinâmico quando há alterações nos parâmetros hemodinâmicos, como frequência cardíaca, débito cardíaco, pressão arterial média, pressão média de artéria pulmonar, pressão capilar pulmonar, pressão venosa central, resistência vascular sistêmica, resistência vascular pulmonar, “volume sistólico” e índice cardíaco (LIMA *et al.*, 2000).

Para o termo Escala de Coma de Glasgow (ECG), foi acatada a sugestão de modificação do atributo para o sinal de alerta alteração no nível de consciência, já que a ECG é tida como uma escala de avaliação para se medir a profundidade do coma (TATMAN *et al.*, 1997), não sendo sinal de alerta para classificação da prioridade de atendimento.

Para os sinais de alerta: doença psiquiátrica; sintomas gripais; hemorragia digestiva; hemorragia digestiva; hemoptise; epistaxe; sangramento vaginal/dor abdominal inferior e pélvica; gravidez >20 semanas; desidratação grave; desidratação moderada com vômitos incoercíveis; desidratação moderada sem vômitos; queimaduras e feridas; infecções graves, sepse; febre em lactente; queixas em articulações e partes moles; maus-tratos e violência sexual; outras situações; neonato; criança; paciente típico da prioridade I, foi sugerida alteração para uniformização dos termos, as quais foram acatadas, visto que um protocolo deve ter linguagem uniformizada para favorecer a compreensão (BASTABLE, 2010).

6 CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível validar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, como tecnologia para classificar a prioridade de atendimento a crianças e adolescentes em situações de urgência e emergência, uma vez que houve grande concordância entre os juízes, ou seja, mais de 80% de representatividade e concordância quanto à aparência e o conteúdo do instrumento.

No que concerne à identificação dos conceitos dos atributos (sinais de alerta) presentes no protocolo de ACCR em pediatria, bem como seus antecedentes e consequentes, foi possível caracterizá-los quanto às definições, incluindo as condições antecedentes e consequentes da forma usual de doença e condição clínica da criança e/ou adolescente em situação de urgência e/ou emergência pediátrica.

Para a verificação da adequação da aparência e do conteúdo do protocolo para classificação de risco de crianças e adolescentes em situações de urgência e emergência, constatou-se que o protocolo foi simples, claro e relevante, por ter apresentado uma média de IVC de 0,944, uma vez que os juízes atribuíram nota ao protocolo em estudo muito próxima de um.

A partir desse nível de concordância dos juízes, constataram-se algumas sugestões pertinentes às adequações da aparência, especialmente, para redução do número de páginas, de modo a minimizar as observações e os aspectos de atenção existentes no protocolo, sendo estes adequados e incluídos como indicadores clínicos de saúde.

Outra sugestão acatada para adequação da aparência foi a melhoria da distribuição dos sinais de alerta, a fim de compreendê-los como atributos fidedignos e adequados aos critérios de classificação de risco, permitindo estabelecer a prioridade de atendimento para minimizar as complicações nas filas de espera em unidades de urgência e emergência pediátrica.

No que se referem à averiguação dos critérios: simplicidade, clareza e relevância da aparência e do conteúdo do protocolo para avaliação da classificação de risco de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência, nenhum dos itens da validade de aparência e da validade de conteúdo obtiveram total concordância desses critérios, determinando a necessidade de alterações, de modo a favorecer a melhoria da utilização do protocolo de ACCR em pediatria como instrumento facilitador e adequado para estabelecer a prioridade de atendimento, segundo a classificação de risco da criança e/ou adolescente em situação de urgência e/ou emergência.

Tais critérios obtiveram média maior ou igual a 80% de concordância dos juízes para a validade de aparência. No entanto, verificaram-se diversas adequações, pois na validade de aparência percebeu-se menos de 80% de concordância entre os juízes quanto à distribuição dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde com os cinco critérios avaliados como não representativos ou inadequados, com 55,5% de concordância entre os juízes; bem como 77,7% de consentimento para os itens vermelho-prioridade I, vermelho-prioridade II e azul-prioridade V.

Para o conteúdo do protocolo, houve mais de 80% de concordância dos juízes quanto às alterações de alguns sinais de alerta seja para uniformização dos termos ou para melhor apropriação, no que se refere ao critério de classificação de risco. Foi determinado o IVC de cada um dos itens da validade de conteúdo do protocolo, obtendo média de 0,924, considerando, portanto, alta reprodutibilidade e concordância entre os juízes.

Quanto à apropriação dos sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde, os 72 (100%) itens em avaliação do conteúdo do protocolo foram considerados pelos juízes adequados. Quanto à determinação da cor de prioridade de atendimento, segundo a classificação de risco das crianças e/ou adolescente, verificou-se que 97,2% dos atributos conferiram igual classificação a atribuída pelo Protocolo de ACCR em Pediatria.

Portanto, o protocolo de ACCR em pediatria foi considerado válido como tecnologia na classificação de risco de crianças e adolescentes para priorizar o atendimento em unidades de urgência e emergência hospitalar.

No entanto, destaca-se que, ainda, é necessário realizar validação clínica do protocolo de ACCR, a qual será desenvolvida em estudo posterior com crianças e/ou adolescentes que derem entrada em unidades de urgência e emergência pediátrica de hospitais de Fortaleza-Ceará.

Com relação a principal limitação do estudo, pode-se incluir a dificuldade de selecionar juízes com histórico profissional e científico sobre a temática de acolhimento com classificação de risco em pediatria. Outro aspecto importante foi a demora no processo de devolução do instrumento com a análise dos juízes, já que tratou-se de um instrumento de coleta de dados rico em detalhes, o qual é composto por cinco critérios para classificar a prioridade de atendimento de criança e/ou adolescente, a partir dos sinais de alerta e indicadores clínicos.

Outra condição de limitação do estudo ocorreu na etapa de análise de conceito com construção dos antecedentes e consequentes relacionados ao sinal de alerta. Para

isso, percebeu-se escassez de artigos científicos atuais que contemplem a definição adequada de cada atributo do protocolo, bem como seus antecedentes e consequentes.

Diante de tais considerações, torna-se indispensável a publicação do presente estudo junto à comunidade acadêmica e assistencial atuantes em unidades de urgência e emergência pediátrica, por meio de artigos ou apresentação em eventos nacionais e/ou internacionais sobre a presente temática.

8 REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 210**, de 04 de agosto de 2003. Diário Oficial da União de 14/08/2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003/rdc/210_03rdc.pdf> Acesso em 01.11.2011.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7, p.3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, K.L.; SILVA, A.C.; CAMPOS, J.S.Importância da identificação precoce da ocorrência do bullying: uma revisão de literatura. **Rev Pediatría**, 2008, v.9, n.1, p: 8-16.
- AMARAL, A.C.S.; CORDÁS, T.A.; CONTTI, M.A.; FERREIRA, M.E.C. Equivalência semântica e avaliação da consistência interna da versão em português do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.8, p.1487-1497.
- _____. **Anafilaxia** [Internet]. Disponível em <http://www.sbai.org.br/imagBank/loreni_anafilaxia_revisado>. Acesso em 12/06/12.
- ASSIS, R.D.; MASSARO, A.R.; CHAMLIAN, T.R.; SILVA, M.F.; OTA, S.M. Terapia de restrição para uma criança com paralisia cerebral com hemiparesia: estudo de caso. **Acta Fisiatr**.v.14, n1, p: 62 – 65, 2007.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Australasian Triage Scale (ATS)**, Australia, 2005.
- ÁVILA, M.A.G.; GONÇALVES, I.R.; MARTINS, I.; MOYSES, A.M. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura.**Rev. SOBECC**, São Paulo, 2012, n.17, v. 2, p.39-47.
- BALBANI, A. P. S.; FORMIGONI, G. G. S.; BUTUGAN, O. **Tratamento da epistaxe**.Rev. Assoc. Med. Bras. v. 45, n.2, p: 189-193, 1999.
- BARBOSA, A.M. **Atuação dos enfermeiros no acolhimento a criança no serviço de emergência de um hospital universitário**. Monografia [Graduação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.
- BARBOSA, L.C.; MARTINS, M.C.; SILVA V. A.G.; CARVALHO, Q.C.M. Dor na criança desnutrida: percepção da mãe. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.13, n.4, p: 596-8, 2005.
- BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**.3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BEHRMAN, R.E.; BUTLER, A.S. (Eds.). **Preterm birth: causes, consequences, and prevention**. Washington, DC: The National Academies Press, 2007.

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.

BELLOD, P.L.; ROMÃO, J.E.J.; JACQUEMIN, A. Crianças em diálise: Estudo das características de personalidade através de técnicas projetivas. **J. Bras. Nefrol.**, 1997, v.19, n.2, p: 132-137.

BENIGUI, Y. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. **Bol. Pneumol. Sanit.**, 2002, v.10, n.1, p: 13-22.

BERND, L.A.G.; SOLÉ, D.; PASTORINO, A.C.; PRADO, E.A.; MORATO, F. F. C.; RIZZO, M.C.V.; FILHO, N.A.R.; AUN, W.T. Anafilaxia: guia prático para o manejo. **Rev. bras. alerg. imunopatol.**, v. 29, n. 6, p: 283-291, 2006.

BERNZ, L.M.; MIGNONI, I.S.P.; PEREIRA M.J.L.; SOUZA J.A.; ARAÚJO, E.J.; FEIJÓ, R. Análise das causas de óbitos de crianças queimadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Rev Bras Queimaduras.**v.8, n.1, p.9-13,2009.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação** de um instrumento de medida. Monografia [Graduação] -Escola de Enfermagem de Ribeira Preto da Universidade de São Paulo, 2004.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública.**, v. 25, n. 7, p.1439-1454, 2009.

BOJO, A. K. S.; HALL-LORD, M.L.; AXELSSON, O.; UDÉN, G.; WILDE, L.B. Midwifery care: development of fan instrument to measure quality base on the World Health Organization's classification of care in normal birth. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 75-83, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96. Decreto nº 93.33 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Relatório de Situação do Ceará. 2009. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/002_ce_relatorio_de_situacao.pdf> Acesso em: 13/06/2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União nº 193, Seção 1, p. 56.

CAMPOS, J.V.; LORENZO, C.; APLEY, J.; NAISH, N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. **Arch Dis Child.**, v. 33, p:165-70, 1958.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. **Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)**. Canadá, 2011.

CAPELLARI, C. **Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz em pacientes em tratamento hemodialítico**. [Dissertação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2007.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.G.; DOMINGUES, M.R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 7-28, 2009.

CARLUCCI, V.D.S.; ROSSI, L.A.; FICHER, A.M.; FERREIRA, E.; CARVALHO, E.C. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Rev Esc Enferm USP**, 2007, v. 41, n.1, p:21-8.

CASARTELLI, C. H.; GARCIA, P. C. R.; PIVA, J. P.; BRANCO, R. G. Insuficiência adrenal na criança com choque séptico. **Jornal de Pediatria**. v.79, n.Supl.2, p:S169-S176, 2003.

CASTRO, E.K.; PICCININI, C. A. Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002, v.15, n.3, p.: 625-635.

_____. **Cefaleia na Infância.** Disponível em: <<http://www.famema.br/ligas/cefaleia/infancia.htm>>. Acesso em 12/06/12.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 423/2012, de 9 de abril de 2012. **Normatiza no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos.** Diário oficial da União: Brasília, 2012. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/8956>. Acesso em 20/08/12.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. **Definem urgência e emergência, equipe e equipamentos parapronto socorro.** Diário oficial da União: Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm> Acesso em: 09/11/2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico nº10, de 22 de fevereiro de 2007.** Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R., 1997. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos In: **Avaliação em Saúde dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-45, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

COSTA, M.C.F.; BEZERRA, P.P.; OLIVEIRA, A.P.R. Impacto da hemiparesia na simetria e na transferência de peso: repercussões no desempenho funcional. **Revista Neurociências**, v.14, n.2, p:010-13, 2006.

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

DATASUS. **Internações Hospitalares do SUS** - por local de internação – Brasil, por especialidades em Pediatria/ maio de 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>>. Acesso em 16/08/2012.

DESCOZO, C.A. **A prática do Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco em serviços de urgência e emergência.** Monografia [Graduação]. Porto Alegre, 2009.

_____. **Enfermagem/SA. Classificação de Risco na Urgência e Emergência.** 2011. Disponível em: <<http://www.enfermagemsa.com/classificacao-de-risco/classificacao-de-risco-na-urgencia-e-emergencia/>> Acesso em 16/08/2012.

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

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H. As mães são estimuladas a valorizar os sinais de risco da diarreia? **J Pediatría**, v.74, n.2, p:135-42, 1998.

FELIX, M. Dor torácica em pediatria. **Saúde Infantil**, v.23, n.3, p:3-5, 2001.

FERREIRA, O. M. C.; SILVA JUNIOR, P. D. **Recursos audiovisuais no processo de ensino aprendizagem**. São Paulo: Pedagógica & Universitária, 1986.

FRANCISCO, B.; ASSUMPCÃO, J. Aspectos psiquiátricos da criança escolar. **Rev. Psicopedagogia**, v. 26, n.81, p: 441-57, 2009.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.345-353, 1999.

FREITAS, V.L. **Construção e validação de hipermídia educacional em um exame físico no pré-natal**. Dissertação [Mestrado]- Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2010.

FREGONEZE, M.; MECADANTE, M.T.; TEIXEIRA, A.; HUNGRIA, J. N. **Atendimento ortopédico na emergência**. In: COIMBRA, R.S.M.; SOLDA, S.C.; CASAROLI J.A.; RASSLAN S. **Emergências traumáticas e não traumáticas**. Manual do residente e do estudante. São Paulo: Atheneu,1999. p 97-102.

FERREIRA, A.L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005.

GABBAY, M.; CESARINI, P.R.; DIB, S.A. Diabetes melito do tipo 2 na infância e adolescência: revisão da literatura. **Jornal de Pediatria**, 2003, v. 79, n.3, p: 201-8.

GARCIA, P.C.R.; PIVA, J.P.; MARTHA V.F. Tratamento do choque na criança. **Jornal de Pediatria**, v. 75, Supl.2, p: 185-196, 1999.

GIACOMAZZI, C.M.; LAGNI, V.B.; MONTEIRO, M.B. A dor pós-operatória como contribuinte do prejuízo na função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Braz J Cardiovasc.**,2006, v. 21, n.4, p. 386-392.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOY, J.M.P.; BATIGÁLIA, F.; PAIVA, J.V. MENDES, R.N. OLIVEIRA, J.D. Aminaftona no tratamento da epistaxe. **Rev. bras. hematol. hemoter**,v.25, n.1, p: 65-71, 2003.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content expertos for instrument development. **Research in Nursing and Health**, v. 20, p. 269-274, 1997.

HESS, A.R.B.; ALMEIDA, R.M.M.; MORAES, A.L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estudos de Psicologia**, v.17, n.1, p. 171-178, 2012.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROL-JOHNSON, R. M. *et al.* (Ed.). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings

of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1989.

HUBNER, A.V. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes yjovens de América Latina y el Caribe. **Organização Panamericana De La Salud, WHO.** 2000.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação em saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JESUS, A.; DINIZ, J.C.; LIPHAUS, B.L.; JACOB, C.M.A.; SAMPAIO, M.C.; SILVA, C.A.A.; Associação de Imunodeficiências Primárias com Doenças Autoimunes na Infância. **Rev Bras Reumatol**, 2007, v. 47, n.6, p. 418-423.

JOVENTINO, E.S. **Construção de uma escala psicométrica para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.** Dissertação [Mestrado]-Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2010.

JUNIOR, W.L.; SEGAL, A. B.; CARVALHO, D.E.; FREGONEZE M.; SANTILI, C. Análise estatística do trauma ortopédicoinfanto-juvenil do pronto socorro deortopedia de uma metrópole tropical. **Acta Ortop Bras.**, v.13, n.4, 2005.

KANEGANE, K. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes** – Manchester Triage System || (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica. São Paulo, 2011.

KAWAKAMI, E.; MACHADO, R.S.; FONSECA, J.A.; PATRICIO, F.R.S. Aspectos clínicos e histológicos da úlcera duodenal em crianças e adolescentes.**J. Pediatr.**,v.80, n.4, p: 321-325, 2004.

KUPFER, M.C.M.; JERUSALINSKY, A.N.; BERNARDINO, L.M.F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P.S.B.; MOLINA, S.E.; SALES, L.M.; STELLIN, R.; PESARO, M.E.; LERNER, R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica **Lat. Am. Journal of Fund.Psychopath. Online**, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

LARANJEIRA, R.; DUAILIBI, S.M.; PINSKY, I. Alcohol and violence: psychiatry andpublic health.**Rev Bras Psiquiatr.**2005, v.27, n.3, p.176-7.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. Projetos e relatórios. In: **Fundamentos da Metodologia Científica.** SP: Atlas, 2001.

LIBERALESSO, P. Convulsão Febril na Infância. **Artigos Sobre Neuropediatria**,2011. Disponível em: <<http://pauloliberalesso.wordpress.com/2011/06/29/convulsao-febril-na-infancia/>>. Acesso em 29/09/12.

LIMA, F. E. T. **Protocolo de consultas de enfermagem para pacientes após revascularização do miocárdio:** avaliação da eficácia. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.

LIMA, R.C.; ESCOBAR, M. A.S.; DELLA SANTA, R. F.; DINIZ, R. D'ACONDA, G.; BERGSLAND, J.; SALERNO, T. Avaliação hemodinâmica intra-operatória na cirurgia de revascularização miocárdica sem auxílio da circulação extracorpórea. **Rev Bras CirCardiovasc.**, v.15, n.3, p. 201-11, 2000.

LOBIONDO-WOOD; G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: _____. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4.ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2001.

LOURENÇO, J.; FURTADO, B.M.A.; BONFIM, C. Intoxicações exógenas em crianças atendidas em uma unidade de emergência pediátrica. **Acta Paul Enferm.**, v.21, n.2, p. 282-6, 2008

LYNN, M.R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-86, 1986.

MAFRA, A.A; MARTINS, P. SHIMAZAKI, M.E.; BARBOSA, Y.R.; RATES, S.M.M; NORONHA, R.; BELEZIA, B.F.; ROCHA, M.O.C.; SALES, I.M.C; LIMA, F.E.T.; BATISTA, F.L.R.; PRADO, J.M.S.; CASTRO, P.M.E.B.; CARVALHO F.F.; CARVALHO, A.L.; MARTINS, M.C.B.; SOUZA, M.F.B.; SANTOS, G.F.; MELO, A.L.L. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.** Ministério da Saúde. Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza, 2008.

MARGOTTO P.R. **Convulsões no recém-nascido.** Assistência ao recém-nascido de risco, 2ª edição, 2004

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

MARSICO, G. A.; GUIMARÃES, C.A.; MONTESSI, J.; COSTA, A.M.M.; MADEIRA, L. Controle da hemoptise maciça com broncoscopia rígida e soro fisiológico gelado. **J Pneumologia.** v.29, n. 5, p: 280-6, 2003.

MARTINEZ, J.A.B.; PADUA, A.I.; FILHO J.T. **Dispneia.** Simpósio: Semiologia. Medicina, Ribeirão Preto, v.37, p.199-207, 2004.

MARTINS, C.B.G.; ANDRADE, S.M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Rev Bras Epidemiol.** 2005, v. 8, n.2, p; 194-204.

MATTOS, P.; SEGENREICH, D.; DIAS, G. M.; SABOYA, E.; COUTINHO, G.; BROD, M. Semantic validation of the Portuguese version of the Adult attention-deficit disorder/hyperactivity disorder (ADHD) Quality of Life Questionnaire (AAQoL). **Rev. psiquiatr. clín.** v.38, n.3, p. 87-90, 2011.

MAURER, T.C. **Enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na emergência pediátrica.** Monografia [Graduação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rio Grande do Sul, 2010.

MENEGHELLI, U.G. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. **Medicina, Ribeirão Preto.** v. 36, p:283-293, 2003.

MÉLEGA, J. M. **Cirurgia plástica - fundamentos e arte:** princípios gerais. Rio de Janeiro, 1 ed. Médisi, 2002.

MELO, M.C.B.; VASCONCELLOS, M.C.; TONELLI, H.F.A. Atendimento à parada cardiorrespiratória na faixa etária pediátrica. **Rev Med Minas Gerais**, v. 14 n. 1. Supl. 3, p: 96-105, 2004.

MOTA, P.P. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no programa saúde da família:** relato de experiência. Monografia [Especialização]. Universidade Federal de Minas Gerais. Formiga/Minas Gerais. 2009.
NASCIMENTO, P.T.A.; TESSER, C.D.; POLI NETO, P. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 4, 2008.

NETO, J.B.; GOMES, E.G.A. **Etiologia do Trauma.** In: Freire E. Trauma: a doença do século. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001. p. 403-20

NEVES, C.A.B; ROLLO, A. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2006. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto82.pdf>> Acesso em: 13/06/2010.

NIETZCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória:** possibilidade ou impossibilidade para a práxis de Enfermagem? Ijuí: Unijuí, 2000.

NISHIO, E.A.; URRUTIA, M.; ARAÚJO, J.E. Análise pelalógica difusa da condição de risco e sinais vitais para atendimento em Unidade de Emergência. In: **Anais do 11º Congresso Brasileiro de Informática em Saúde;** 2008. Campos do Jordão, Brasil. São Paulo, SBIS; 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação – 2012-2015. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NUNES, F.M.F. Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. **Revista Nursing**, n.219, p.6-11, 2007.

O'CONNELL, B. Diagnostic Reliability. A study of the process. **Nursing Diagnosis**, v. 6, n. 3, p. 99-107, 1995.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Gráficos de Crescimento OMS.** Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/pediatria/graficos/>> Acesso em: 09/11/2011.

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

PASQUALI, L. **Psicometria:** teorias e aplicações. Brasília: Ed, UNB, 1997.

PASTORINO AC, RIZZO MC, RUBINI N, DI GESU RW, DI GESU GMS, ROSÁRIO FILHO N, TEBYRIÇA JN, SOLÉ S, BERND LAG, SIMÕES R. **Anafilaxia: Diagnóstico.** Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia Sociedade Brasileira de Anestesiologia. 2011.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos:** manual prático de elaboração. Brasília: Laboratório de Pesquisa em avaliação e medida – LabPAM, 1999.

PASQUALI, L. **Piscometria:** teoria dos testes na psicologia e na educação. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):270-6.

PECHIRRA, P.; GONÇALVES, P.; CONDE, P.; NUNES, B.; GUIOMAR, R. Programa Nacional de Vigilância da Gripe: Resultados da Atividade Gripal em Portugal na Época 2010/2011. **Acta Med Port.**, 2012, v.25, n.5, p.277-287.

PEREIRA, D.S. **Instrumento de acolhimento com avaliação e classificação de risco: a história de um projeto.** Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ [Especialização em informação científica e tecnológica em Saúde]. Porto Alegre, 2010.

PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. **Análise de dados para ciências sociais:** a complementariedade do SPSS. 5. ed., Lisboa: Editora Silabo, 2008.

PILGER, C.; ABREU, I.S. Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. **Cogitare Enferm.** v12, n.4, p:494-501, 2007.

PINAFO, E.; LIMA, J.V. C.; BADUY, R.S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.2, p.17-25, 2008.

PINTO, J.S.; LOPES, J.M.; OLIVEIRA, J.V.; AMARO, J.P. **Métodos para medição de reprodutibilidade de medidas:** coeficiente de correlação intraclasses. Disponível em: < <http://users.med.up.pt/joakim/intromed/coeficientecorrelacaointraclasse.htm> > Acesso em: 20/09/12.

POMPEU, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n.4, p.434-438, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Análise quantitativa. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 167-198.

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). [tese]. São Paulo (SP). Escola de Enfermagem da USP, 2003.

PORTO, C.C. **Exame clínico**. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PUCCINI, R. F.; BRESOLIN, A.M. Dores recorrentes na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, 2003, v.79, Supl.1,p: S65-S75.

QUEIROZ, A. P. O.; LIMA, F. E. T.; MATOS, D. P. M.; OLIVEIRA, S. K.
P.Methodological aspects used in the scientific production about nursing consultation: an integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, p. 16, 2010.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

REIS, A.G.; PRESTES, E.X.; SANTOS, L.H.C.; BRESOLIM, N.L.; SILVA, V.B.
Ressuscitação cardiopulmonar em pediatria. **Rev. Ped. Ceara**,v. 2, n. 1, p. 6-22, 2001.

RIBEIRO, M. M. F. A experiência do IAPAR em validação de tecnologias. In: ENCONTRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE SISTEMA DE PRODUÇÃO, 2., 1995, Londrina. **Anais...** Londrina: SBSP, 1995. p. 10-13.

RODRIGUES, F.J.M. **Guias práticos de Enfermagem em emergências**. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 2000.

RODRIGUES, R.M. Gravidez na Adolescência. **Nascer e Crescer.**, v.19, n.3, pp. 201-201,2010.

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

RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S.S.; LEE, E.S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S.L.L.; FERRAZ, C.A.; DALLORA, M.E.L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 3/4, p. 498-515, 2003.

SANCHEZ, J.I.; PAIDAS, C.N. Childhood trauma: now and in the New Millenium. **Surg Clin North Am.**, v. 79, p.1503-33,1999.

SCHOLZE, A. S.; ÁVILA, L.H.; SILVA, M.M.; TOZETTO, S.; DACOREGGIO, K. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, 2006.

SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN S. Intoxicações exógenas agudas. **J. pediatr.**, v. 75, n.2, p: 244-250, 1999.

SEABRA, H. **A criança e a sua diabetes**. Disponível em:
<<http://www.scielo.pegari.mctes.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a19.pdf>> Acesso em 29/10/12.

- SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS.**, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008
- SILVA, R.C.P.; ARIZONO, A.D.; A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas**, Universidade de Taubaté (UNITAU), Brasil, v. 1, n. 2, 2008.
- SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L.; VIANA, D.L. **Compacto dicionário ilustrado de saúde**. 4. Ed. Rev. Atual. São Caetano do Sul; SP: Yendis Editora, 2009.
- SIMMONS, B.; LANUZA, D.; FONTEYN, M.; HICKS, F.; HOLM, K. Clinical reasoning in experienced nurses. **West J Nurs Res**, v. 25, n. 6, p. 701-719, 2003.
- SOLE, D. **Sibilância na infância**. *J. bras.pneumol.* 2008, vol.34, n.6, p. 337-9.
- SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**; 24 Suppl 1:S100-10. Londrina, v.8, n.1, p.7-12, 2008.
- STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use. 2nd Ed. Oxford: OxfordUniversity Press, 1998.
- SUDBRACK, G. Entendendo a dor torácica. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre,,v.46, n.1,2, p: 28-31, 2002.
- TACSI, Y.R.C.; VENDRUSCOLO, D.M.S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**,v. 12, n. 3, p. 477-84, 2004.
- TALLO, F.S.; JUNIOR, R.M.; GUIMARÃES, H.P.; LOPES, R.D.; LOPES, A.C. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 10, n.3, p:194-200, 2012.
- TATMAN A.; WARREN, A.; WILLIAMS, A.; POWELL, J. E.; WHITEHOUSE W. **Development of a modified paediatric coma scale in intensive care clinical practice**. *Archives of Disease in Childhood.* v.77, p:519–521,1997.
- TAYAR, G.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G. Proposta de um algoritmo para seleção de coberturas, segundo o tipo de lesão aberta em crianças. **Acta Paul Enferm**,2007, v.30, n.3, p: 284-90.
- TEIXEIRA, P.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.; ÁLVARES, J. AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p: 2115-2122, 2008.
- TURRINI, R.N.T.; SANTOS, A.H. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. **Jornal de Pediatria.**, v.78, n.6, 2002.

- UDEKOUS, P.; SCHIRO, S.K.; VASTEF, S.; BAKER, C.; OLLER, D. Glasgow coma scale, mortality, and functional outcome in head injury patients. **J. Trauma.**, V.56, n. 5, p: 1084-9, 2004.
- VENTURA, A.M. C.; GOES, P.F.; OTOCH, J.P.; FERNANDES, J. C. Ruptura traumática de via aérea em criança: um desafio diagnóstico. **J. Pediatr.**, v.81, n.2, p: 179-182, 2005.
- VERAS, J.E.G.L.F.; JOVENTINO, E.S.; OLIVEIRA, J.S.; MELO, F.S.O.; SILVA, S.F.; XIMENES, L.B. **Análise das causas de atendimento de crianças e adolescentes menores de 15 anos em pronto atendimento de um hospital secundário de Fortaleza.** In: 61^a Congresso Brasileiro de Enfermagem: Transformação social e sustentabilidade ambiental. 2009, Fortaleza. Anais: Fortaleza, 2009. p.3239-3242.
- VIEIRA, M.; MARQUES, J.G. Vacinas na criança com imunodeficiência. **Acta Pediatr Port.**, 2007, v.38, n.2, p: 85-9.
- WALEY, L. F. & WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 7^o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- WESTMORELAND, D.; DONNA, R.N.; WESORICK, B. R.N.; HANSON, D.R.N.; BSN, M.M.; WYNGARDEN, K.; FREDERICK, M.D. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.
- WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. **Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
- WIENS, L.; SABATH, R.; EWING, L.; GOWDAMARAJAN, R.; PORTNOY, J.; SCAGLIOTTI, D.; Chest pain in otherwise healthy children and adolescents is frequently caused by exercise-induced asthma. **Pediatrics.**,v.90, n.3, p. 350-353, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [homepage da Internet]. **The treatment of diarrhea: a manual for physicians and other senior health workers.** Acessado em 07 de junho 2012. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Protocolo da Revisão de Literatura (Etapa 1 – Análise de Conceito)

Determinação do conceito/ questão/ tema/ problema: acolhimento e classificação de risco de crianças em situação de urgência/emergência.

Objetivo: Apresentar as definições do acolhimento e da classificação de risco de crianças em situação de urgência/emergência.

Formulação do Problema:

Qual o conhecimento produzido acerca do Acolhimento com Classificação de risco de crianças em situação de emergência?

Conduzir a busca das fontes

- Livros técnicos e científicos da saúde
- Teses e Dissertações
- Obras de referência (Diretrizes, Consenso)
- Base de dados:
 - Base de dados 1: Scopus
 - Base de dados 2: Pubmed
 - Base de dados 3: Cinahl
 - Base de dados 4: Lilacs
- Os descritores serão acolhimento, classificação de risco, pediatria, emergência; podendo ser controlados ou não controlados.

Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos.

- Critérios de inclusão;
 - Estudos disponíveis eletronicamente;
 - Estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol;
 - Estudos que abordem os conceitos de acolhimento e classificação de risco em pediatria, que respondam às questões de pesquisa estabelecidas.
- Critérios de exclusão para a revisão integrativa:
 - Editoriais
 - Cartas ao editor

Análise dos dados e Interpretação dos resultados

- A partir da reflexão crítica e análise da qualidade dos estudos encontrados.

Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento

- Uso de quadros e tabelas com a listagem do conceito do acolhimento e da classificação de risco de crianças em situação de urgência/emergência.

APÊNDICE B
CARTA CONVITE PARA JUIZ

Fortaleza, _____ de _____ de 2012.

Prezado (a) Senhor (a),

Meu nome é Fernanda Jorge Magalhães, sou aluna de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria” sob orientação da Prof^a. Dr^a. Francisca Elisângela Teixeira Lima.

Por reconhecimento de sua experiência profissional, você foi escolhido para emitir seu julgamento sobre o conteúdo do protocolo. Sua participação constará do preenchimento de um instrumento para a apreciação da adequação das definições constitutivas e operacionais dos sinais de alerta e indicadores clínicos do Protocolo de acolhimento com classificação de risco (ACCR) em pediatria.

Caso aceite nosso convite, pedimos que responda esse e-mail o quanto antes. Em seguida enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Solicitamos que nos remeta se prefere receber o material por e-mail ou endereço postal. Caso opte pelo endereço postal, envie seu endereço completo e atualizado para o envio do material e do TCLE.

Aguardamos sua resposta e sua colaboração.

Atenciosamente,

Fernanda Jorge Magalhães

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES

Caro (a) Senhor (a),

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

Sou, Fernanda Jorge Magalhães, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação da Prof^a. Dr^a. Francisca Elisângela Teixeira Lima, com o título: “**Validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria**”.

Para tanto, o protocolo precisa ser submetidos a um rigoroso processo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade de conteúdo e aparência do instrumento. Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (especialista). Como tal, o (a) senhor (a) receberá um *check-list* com as informações contidas no protocolo de acolhimento com classificação de risco (ACCR) em Pediatria, com as instruções de como proceder à análise da validade do protocolo, mediante normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo.

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

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

Nome: Fernanda Jorge Magalhães.	Instituição: Universidade Federal do Ceará.
Endereço: Rua Henrique Ellery, 513 apto. 102 - Ellery	Telefone: 88119622/ 32144785.

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

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

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

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário _____ Data _____ Assinatura _____

Nome do pesquisador _____ Data _____ Assinatura _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE _____ Data _____ Assinatura _____

APÊNDICE D CARACTERIZAÇÃO DO JUIZ

Juiz nº _____

1- IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino
2. Idade (anos completos): _____
3. Ocupação atual: () 1. Assistencial () 2. Ensino () 3. Pesquisa () 4. Consultoria () 5. Outros

4. Local de Trabalho: _____ Unidade de Atuação: _____
5. Cidade em que trabalha: _____
6. Experiência com docência: () 1. Sim () 2. Não
7. Qual o nível: () 1. Médio () 2. Superior
8. Tempo de atuação no ensino (anos): () 1. Nível médio () 2. Nível superior
9. Área do Doutorado: _____
10. Tema da tese de Doutorado: _____
11. Experiência com classificação de risco em emergência pediátrica (em anos): _____

2- QUALIFICAÇÃO

12. Formação/Graduação: _____ Ano de Conclusão: _____
13. Especialização: () 1. Sim () 2. Não
14. Área da Especialização: _____
15. Tema da Monografia de Especialização: _____
16. Mestrado: () 1. Sim () 2. Não
17. Área do Mestrado: _____
18. Tema da Dissertação de Mestrado: _____
19. Doutorado: () 1. Sim () 2. Não
20. Tema da tese de Doutorado: _____
21. Outros (Qual o ano de conclusão) _____

3- PRODUÇÃO CIENTÍFICA

22. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática Classificação de risco ou crianças em situação de risco: () 1. Sim () 2. Não
 - Qual nome do grupo/projeto: _____
 - Por quanto tempo participou ou participa do grupo? _____
 - Qual o local em que ocorre o grupo: _____
23. Congresso na área de Pediatria, Emergência ou Classificação de risco: () 1. Sim () 2. Não
Quantos : _____
24. Apresentação de trabalhos em Congresso na área de Pediatria, Emergência ou Classificação de risco: () 1. Sim () 2. Não
Quantos : _____
25. Orientação de: () 1. Monografia Graduação () 2. Monografia Especialização
Quantos _____
26. Participação em banca examinadora: () 1. Sim () 2. Não
27. Auditoria em publicação de artigo em periódico: () 1. Sim () 2. Não
Quantos : _____

4- OUTRAS

INFORMAÇÕES

APÊNDICE D

Instrumento enviado aos Juízes

PARTE 1- Instruções para o preenchimento do instrumento

1. Descrição sumária do objetivo e justificativa da pesquisa “Validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria”

A finalidade deste estudo é validar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco (ACCR) em Pediatria. Este protocolo foi elaborado em 2008, por uma equipe multidisciplinar juntamente com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde de Fortaleza-CE com o propósito de melhorar a acessibilidade dos usuários ao serviço de saúde e favorecer a qualidade da assistência. Além de, minimizar as complicações e risco de morte nas filas de espera das unidades de urgência/ emergência pediátrica, através da classificação das crianças e adolescentes por prioridade de atendimento e não por ordem de chegada.

Para tanto, o protocolo de ACCR em pediatria necessita ser validado, de modo a buscar por adequações pertinentes às situações clínicas das crianças e dos adolescentes, além da melhoria do instrumento, como condição facilitadora para a qualidade da assistência da equipe multidisciplinar junto ao processo de classificação de risco e atendimento rápido e eficaz nas emergências pediátricas. Por isso o objeto de estudo é a validação do Protocolo de ACCR em Pediatria.

O presente estudo justifica-se à medida que propõe a mudança da prática assistencial, de modo a priorizar o atendimento por grau de sofrimento ou risco de complicações e morte. A realização do processo de ACCR nas emergências, em especial nas pediátricas, é considerado um desafio, principalmente, por ser estimado como um cenário com sobrecarga de usuários, resultando em superlotação, caracterizando-se por leitos permanentemente ocupados; usuários instalados nos corredores; longo tempo de espera, grande pressão para atendimento, assim como o estresse vivenciado pela equipe assistencial(BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Os critérios de classificação de risco, proposto pelo protocolo de ACCR em pediatria, são considerados de acordo com os indicadores clínicos de saúde em situação clínica das crianças e dos adolescentes, cujas queixas referidas pela criança, pelo adolescente e/ou acompanhante no momento da chegada à unidade de urgência/emergência pediátrica. Diante disso, o protocolo é estimado como uma estratégia tecnológica de saúde para prevenção de agravos, recuperação e promoção da saúde das crianças e adolescentes atendidos em unidades hospitalares.

Consoante Mafra et al. (2008), deve-se considerar as seguintes prioridades para o processo de classificação de risco, como: Prioridade I – Vermelho: atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro; Prioridade II – Vermelho/Laranja: atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro e reavaliação pela enfermeira a cada 15 minutos; Prioridade III – Amarelo: avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pela enfermeira a cada 30 minutos; Prioridade IV – Verde: avaliação médica em até uma hora ou reavaliação pela enfermeira a cada uma hora; Prioridade V- Azul: não urgente, avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito a outra unidade básica de saúde, com contato telefônico prévio e garantia de atendimento.

Espera-se com a validação do protocolo de ACCR em pediatria que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, possam utilizá-lo como recurso tecnológico confiável quanto aos indicadores clínicos de saúde, assim como na classificação de crianças e adolescentes quanto ao grau de prioridade de atendimento. Além disso, tenta-se viabilizar benefícios para a prática assistencial, com vistas a proporcionar um melhor desempenho na busca pelo conhecimento científico, pela melhoria da qualidade do cuidado ao usuário em situação de emergência.

2. Critérios a serem considerados na avaliação da aparência e conteúdo do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria.

Para a validação de conteúdo e aparência do protocolo de ACCR, adotaram-se os princípios da psicometria de Paquali (1999) e alguns dos seus critérios tais como:

- **Critério de Simplicidade** → Um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas que confundem o respondente.
- **Critério de Clareza** → As frases devem ser curtas, utilizar expressões simples, inteligíveis, inequívocas, não usar gírias, o linguajar típico da população-meta, melhor afirmar a negatividade do que negar uma afirmação. É melhor dizer “sinto-me infeliz” do que “não me sinto feliz”.
- **Critério de Relevância** → A expressão deve ser condizente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido.
- **Critério de Precisão** → O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.

- **Critério de Amplitude**→ Afirma que o conjunto dos itens referentes no protocolo e ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.

Com base nesses critérios, você deverá avaliar os itens presentes no Protocolo de ACCR em Pediatria. Dessa forma, poderá responder se o protocolo é adequado para classificar apropriadamente a criança e/ou adolescente em situação de urgência/emergência. Também poderá sugerir exclusão, acréscimos ou ajustes dos itens de aparência e conteúdo do protocolo.

Para cada um dos quadros propostos pelo Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria contem os sinais de alerta (queixa principal) e os indicadores de situação clínicas de urgência/emergência pediátrica. Responda as perguntas 1 (o item é apropriado?), 2 (a qual classificação se refere?), 3 (critérios de avaliação) e 4 (qual o grau dos critérios de avaliação?). Caso algum item do quadro não lhe pareça claro, objetivo, simples, relevante e preciso a classificação de risco relacionada, acrescente sua sugestão no espaço 5 correspondente.

Antecipadamente agradecemos a sua contribuição.

3. Prazo

O prazo para devolução do instrumento de validação do protocolo de ACCR é de no máximo 20 dias. Ressalta-se a importância de sua contribuição para que a validação do protocolo seja alcançada. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica ou por meio postal. A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser via eletrônica (digitalizado) ou por meio postal.

4. Referências

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública. v. 25, n. 7, p.1439-1454, 2009.

MAFRA, A.A; MARTINS, P. SHIMAZAKI, M.E.; BARBOSA, Y.R.; RATES, S.M.M;
NORONHA, R.; BELEZIA, B.F.; ROCHA, M.O.C.; SALES, I.M.C; LIMA, F.E.T.;
BATISTA, F.L.R.; PRADO, J.M.S.; CASTRO, P.M.E.B.; CARVALHO F.F.; CARVALHO,
A.L.; MARTINS, M.C.B.; SOUZA,

M.F.B.; SANTOS, G.F.; MELO, A.L.L. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**. Ministério da Saúde. Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza, 2008.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: Laboratório de Pesquisa em avaliação e medida – LabPAM, 1999.

APÊNDICE E
VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
(Validação de Aparência - Parte 1)

A aparência do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco merece destaque. Responda as perguntas 1, 2, 3. Caso algum item do quadro não lhe pareça simples, claro, relevante, preciso e amplo a classificação de risco relacionada, acrescente sua sugestão no espaço 4 correspondente. Antecipadamente agradecemos a sua contribuição

Item da aparência	2. Critérios	3. Grau do Critério					4. Sugestões
		3.1 Péssima	3.2 Insuficiente	3.3 Regular	3.4 Boa	3.5 Excelente	
1. O designer do Protocolo de ACCR em pediatria (todas as páginas)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
2. As cores utilizadas no protocolo (todas as páginas)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						

Caso haja necessidade, consulte o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

Item da aparência	2. Critérios	3. Grau do Critério					4. Sugestões
		3.1 Péssima	3.2 Insuficiente	3.3 Regular	3.4 Boa	3.5 Excelente	
3. A formatação dos símbolos (letras, figuras e fluxograma) do protocolo (todas as páginas)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
4. A quantidade de páginas (todas as páginas)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
5. Disposição dos itens (sinais de alerta e indicadores clínicos de saúde) (páginas: 11 a 28)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						

Caso haja necessidade, consulte o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

Item da aparência	2. Critérios	3. Grau do Critério					4. Sugestões
		3.1 Péssima	3.2 Insuficiente	3.3 Regular	3.4 Boa	3.5 Excelente	
6. Organização dos aspectos estruturais contidos no protocolo (todas as páginas)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						

Caso haja necessidade, consulte o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

APÊNDICE E
VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
(Validação de aparência - Parte 2)

A aparência do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco merece destaque. Responda as perguntas 1, 2, 3. Caso algum item do quadro não lhe pareça simples, claro, relevante, preciso e amplo a classificação de risco relacionada, acrescente sua sugestão no espaço 4 correspondente. Antecipadamente agradecemos a sua contribuição

Item da aparência	2. Critérios	3. Grau do Critério					4. Sugestões
		3.1 Péssima	3.2 Insuficiente	3.3 Regular	3.4 Boa	3.5 Excelente	
1. Grupo de desenvolvimento inclui indivíduos de todos os grupos profissionais pertinentes. (página 04)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
2. População alvo e grupo de risco a quem se destina (página 06)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						

Caso haja necessidade, consulte o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

Item da aparência	2. Critérios	3. Grau do Critério					4. Sugestões
		3.1 Péssima	3.2 Insuficiente	3.3 Regular	3.4 Boa	3.5 Excelente	
3. Objetivos globais (geral e operacionais) do protocolo (página 07)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
4. Critérios de Classificação (página 08)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
5. Resultados esperados (página 08)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						

Caso haja necessidade, consulte o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

Item da aparência	2. Critérios	3. Grau do Critério					4. Sugestões
		3.1 Péssima	3.2 Insuficiente	3.3 Regular	3.4 Boa	3.5 Excelente	
6. Competências e habilidades necessárias a equipe (página 09)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
7. Organização do processo de atendimento (página 09)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
8. Avaliação do paciente (página 09)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						

Caso haja necessidade, consulte o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

Item da aparência	2. Critérios	3. Grau do Critério					4. Sugestões
		3.1 Péssima	3.2 Insuficiente	3.3 Regular	3.4 Boa	3.5 Excelente	
9. Modelo de documentação (página 09)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
10. Vermelho – prioridade I → Ressuscitação, atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro, cuidado de Enfermagem contínuo (página 11)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
11. Vermelho – prioridade II → Emergência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pela enfermagem a cada 15 minutos (página 13)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						

Caso haja necessidade, consulte o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

Item da aparência	2. Critérios	3. Grau do Critério					4. Sugestões
		3.1 Péssima	3.2 Insuficiente	3.3 Regular	3.4 Boa	3.5 Excelente	
12. Amarelo – prioridade III → Urgência, avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pela enfermagem a cada 30 minutos (página 20)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
13. Verde – prioridade IV → Menor urgência, avaliação médica em até uma hora ou reavaliação a cada uma hora (página 23)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						
14. Azul – prioridade V → Ausência de urgência, avaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte. (página 26)	2.1 Simplicidade						
	2.2 Clareza						
	2.3 Relevância						
	2.4 Precisão						
	2.5 Amplitude						

Caso haja necessidade, consulte o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria.

APÊNDICE F
VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
(Validação de Conteúdo -Parte 2)

Para cada um dos quadros propostos pelo Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria contem os sinais de alerta (queixa principal) e os indicadores de situação clínicas de urgência/emergência pediátrica. Responda as perguntas 1, 2, 3 e 4 para cada sinal de alerta. Caso algum item do quadro não lhe pareça simples, claro, relevante, preciso e amplo a classificação de risco relacionada, acrescente sua sugestão no espaço 5 correspondente. Antecipadamente agradecemos a sua contribuição.

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: CÓDIGO DE PARADA

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
I	Código de parada	1.1 Parada cardiorrespiratória 1.2 Iminência de Parada			() Vermelho – prioridade I () Vermelho – prioridade II () Amarelo – prioridade III () Verde – prioridade IV () Azul – prioridade V	Simplicidade					
						Clareza					
						Relevância					
						Precisão					
						Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: TRAUMA

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
II	Trauma Maior	2.1 Lesão grave de único ou múltiplo sistema 2.2 Trauma craniano (ECG 3 a 8) 2.3 Trauma torácico, abdominal ou craniano com: perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios.			() Vermelho – prioridade I () Vermelho – prioridade II () Amarelo – prioridade III () Verde – prioridade IV () Azul – prioridade V	Simplicidade					
						Clareza					
						Relevância					
						Precisão					
						Amplitude					

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: TRAUMA MENOR

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
I V	Trauma Menor	4.1 Sinais vitais normais 4.2 Trauma torácico sem dor de costela ou dispneia 4.3 Distensões, contusões, torções 4.4 Fratura possível 4.5 Lacerações que requerem investigação 4.6 Mordedura não-extensa 4.7 Dor moderada (4-7/10) 4.8 Mais de 6 horas do evento, menos que 10 dias 4.9 Dor leve 4.10 Contusões e escoriações 4.11 Ferimentos que não requerem fechamento. 4.12 Mialgia e distensões			() Vermelho – prioridade I () Vermelho – prioridade II () Amarelo – prioridade III () Verde – prioridade IV () Azul – prioridade V	3.1 Simplicidade					
						3.2 Clareza					
						3.3 Relevância					
						3.4 Precisão					
						3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: TRAUMA GRAVE

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Apropriado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
V I	Trauma Grave	6.1 Sinais vitais e estado mental normais 6.2 Dor moderada a grave 6.3 Sintomas graves em um sistema fisiológico principal, 6.4 sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas. 6.5 Ferimento extenso com sangramento ativo 6.6 Amputação 6.7 Fratura com deformidade ou sangramento, fratura de bacia.			() Vermelho – prioridade I () Vermelho – prioridade II () Amarelo – prioridade III () Verde – prioridade IV () Azul – prioridade V	Simplicidade					
						Clareza					
						Relevância					
						Precisão					
						Amplitude					

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: TRAUMA

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Apropriado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
I I I	Trauma Moderado	3.1 Paciente com sinais vitais normais 3.2 Fraturas alinhadas, luxações, distensões, dor moderada 3.3 Hematoma traumático 3.4 Ferimento menor com sangramento compressível 3.5 Ferimento extenso por mordedura 3.6 Trauma torácico com dor leve ou moderada, dispneia			() Vermelho – prioridade I () Vermelho – prioridade II () Amarelo – prioridade III () Verde – prioridade IV () Azul – prioridade V	3.1 Simplicidade					
						3.2 Clareza					
						3.3 Relevância					
						3.4 Precisão					
						3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: TRAUMA CRANIANO

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Apropriado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
V	Trauma Craniano	1.1 Coma: ECG entre 9 e 13 1.2 Perfuração da calota craniana. 1.3 Paciente com: a)cefaleia intensa; b)perda consciência; confusão mental; c)convulsão; d)dor cervical; f)náusea e vômito. 1.4 Paciente sem perda da consciência 1.5 Alerta (ECG 14 e 15) 1.6 Cefaleia moderada (4 - 7 / 10) 1.7 Sem dor cervical. 1.8 Náusea ou vômito 1.9 Lesão craniana menor 1.10 Sem perda da consciência 1.11 Trauma de baixo impacto 1.12 Alerta (ECG=15) 1.13 Sem vômito e sem sintomas cervicais 1.14 Sinais vitais normais 1.15 Acidente há mais de 6 horas			1. () Vermelho – prioridade I 2. () Vermelho – prioridade II 3.() Amarelo – prioridade III 4.() Verde – prioridade IV 5.() Azul – prioridade V	3.1 Simplicidade 3.2 Clareza 3.3 Relevância 3.4 Precisão 3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: CHOQUE

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
V I I	Choque	7.1 Hipotensão, taquicardia, bradicardia ou alteração do sensorio 7.3 Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural 7.4 Ventilação ou oxigenação ineficaz 7.5 Febre, toxemia, 7.6 Pré-parada 7.7 Ex: choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos			1. () Vermelho – prioridade I 2. () Vermelho – prioridade II 3.() Amarelo – prioridade III 4.() Verde – prioridade IV 5.() Azul – prioridade V	3.1 Simplicidade					
						3.2 Clareza					
						3.3 Relevância					
						3.4 Precisão					
						3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:

COMPROMETIMENTO HEMODINÂMICO

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Presença		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
V I I I	Comprometimento Hemodinâmico	8.1 Hipotensão (PA sist.<80mmHg) 8.2 Taquicardia (>140 bpm) e Bradicardia (<45 bpm) 8.3 Alteração do sensório 8.4 Palidez acentuada, Pele fria, Sudorese 8.5 Pulso fino 8.6 Síncope postural 8.7 Ventilação ou oxigenação ineficaz 8.8 Febre, Toxemia 8.9 Pré-parada 8.10 Perfusão limítrofe 8.11 Palidez, História de sudorese 8.12 Taquicardia inexplicada 8.13 Hipotensão postural 8.14 Tonteira ao se levantar 8.15 Hipotensão menor que o esperado para a idade			1. () Vermelho – prioridade I 2. () Vermelho – prioridade II 3.() Amarelo – prioridade III 4.() Verde – prioridade IV 5.() Azul – prioridade V	3.1 Simplicidade					
						3.2 Clareza					
						3.3 Relevância					
						3.4 Precisão					
						3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: COMA GLASGOW 3 A 8

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
I X	Coma Glasgow 3 a 8	9.1 Paciente irresponsivo, ou só com resposta à dor			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		9.2 Intoxicação exógena			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		9.4 Eventos no sistema nervoso central			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		9.5 Convulsão em atividade, pós-ictal			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		9.6 Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
						3.4 Precisão					
						3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:

ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X	Alteração do estado Mental	10.1 Paciente com déficit cognitivo, agitação, letargia, confusão pós-ictal, paralisia, sonolência. 10.2 Coma - ECG entre 9 e 13 10.3 Febre 10.4 Crianças pequenas com irritabilidade 10.5 Recusa alimentar			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:

CONVULSÃO

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X I	Convulsão	11.1 Sinais vitais normais			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		11.2 Pós-comicial, mas alerta			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		11.3 Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		11.4 Primeiro episódio, porém curto (menor que 5 min)			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: ALT. DO ESTADO MENTAL

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X I I	Sinais vitais alterados com sintomas	12.1 FR alterada menor ou maior de acordo com a idade 12.2 FC alterada menor ou maior de acordo com a idade 12.3 PAS e PAD alterada menor ou maior de acordo com a idade 12.4 Temperatura axilar menor que 35 ou maior que 40°C 12.5 Febre em paciente imunocomprometido ou em paciente que não parece estar bem 12.6 Palidez, sudorese pegajosa, má perfusão periférica, má-perfusão capilar 12.7 FC < 50 ou > 140 bpm 12.8 Temperatura maior que 38,5°C 12.9 FR alterada			1. () Vermelho – prioridade I 2. () Vermelho – prioridade II 3. () Amarelo – prioridade III 4. () Verde – prioridade IV 5. () Azul – prioridade V	3.1 Simplicidade					
						3.2 Clareza					
						3.3 Relevância					
						3.4 Precisão					
						3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X I I I I	Doença psiquiátrica ou comportamental	13.1 Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão 13.2 Risco imediato para si ou para outrem 13.3 Agitação extrema, Paciente desmaiado 13.4 Necessidade de contenção 13.5 Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação 13.6 Avaliar passado de doença psiquiátrica (para uso rápido de antipsicóticos) 13.7 Dosar glicemia capilar! 13.8 Sinais vitais normais 13.9 Agitação menos intensa, mas consciente 13.10 Risco para si ou para outrem 13.11 Estado de pânico 13.12 Potencialmente agressivo			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X I I I I	Doença psiquiátrica ou comportamental	13.13 Alucinação, desorientação			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		13.14 Sinais vitais normais			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		13.15 Pensamentos suicidas			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		13.16 Gesticulando, mas não agitado			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		13.17 Sem risco imediato para si ou para outrem com acompanhante			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		13.18 Observação: manter atitude solidária, deixar o paciente em lugar seguro e tranquilo.									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
DOENÇA PSIQUIÁTRICA**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X I V	Doença psiquiátrica	14.1 Depressão crônica ou recorrente			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		14.2 Crise social			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		14.3 Impulsividade			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		14.4 Estado mental normal			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		14.5 Sinais vitais normais			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X V	Insuficiência Respiratória	15.1 Incapacidade de falar (frases de uma palavra)			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		15.2 Cianose			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		15.3 Letargia - confusão mental			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		15.4 Taquicardia – bradicardia			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		15.5 Pressão arterial (PA) e frequência respiratória (FR) alterada			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		15.6 Dispneia extrema ou fadiga muscular									
		15.7 Saturação O ₂ < 90%									
		15.8 Obstrução de via aérea									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
DISPNEIA, ASMA PRÉVIA, SIBILÂNCIA RECORRENTRE**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X V I	Dispnei, asma prévia, sibilância recorrente	16.1 Sinais vitais alterados			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		16.2 Risco em vias aéreas (estridor, sialorréia)			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		16.3 Angústia respiratória intensa, esforço muscular			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		16.4 Passado de asma grave			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		16.5 Fala entrecortada			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		16.6 Sat O ₂ < 92%.									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
DISPNEIA LEVE A MODERADA**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Apropriado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X V I I	Dispneia leve a moderada	17.1 Asma com dispnéia ao exercício			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		17.2 Tosse frequente			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		17.3 Incapacidade de dormir			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		17.4 Consegue falar frases mais longas			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		17.5 Asma e saturação de O ₂ entre 92 e 94%, <i>Peak Flow</i> entre 40 e 60%			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: DESIDRATAÇÃO GRAVE

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X V I I I	Desidratação Grave	18.1 Letargia			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		18.2 Dificuldade para beber			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		18.3 Boca muito seca			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		18.4 Olhos muito encovados			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		18.5 Fontanela muito deprimida			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		18.6 Prega cutânea se desfaz muito lentamente (> 10 segundos)									
		18.7 Pulso muito fino e enchimento capilar lento (> 5 segundos)									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
DESIDRATAÇÃO MODERADA COM VÔMITOS INCOERCÍVEIS**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X I X	Desidratação moderada com vômitos incoercíveis	19.1 Irritada			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		19.2 Muita sede, Boca seca			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		19.3 Olhos encovados, Choro sem lágrimas			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		19.4 Fontanela deprimida			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		19.5 Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		19.6 Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
DESIDRATAÇÃO MODERADA SEM VÔMITOS**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X	Desidratação moderada sem vômitos	20.1 Irritada			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		20.2 Muita sede, Boca seca			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		20.3 Olhos encovados, Choro sem lágrimas			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		20.4 Fontanela deprimida			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		20.5 Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		20.6 Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)									
	20.7 Iniciar terapia de reidratação oral (TRO).										

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
VÔMITOS E DIARREIA SEM DESIDRATAÇÃO**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X I	Vômitos e Diarreia Sem Desidratação	21.1 Sinais vitais normais			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		21.2 Mucosas úmidas			2. () Vermelho – prioridade II						
		21.3 Diurese habitual				3. () Amarelo – prioridade III					
		21.4 Turgor de pele normal			4. () Verde – prioridade IV						
		21.5 Evacuações/dia < 5 episódios				5. () Azul – prioridade V					
		21.6 Vômitos/dia < 5 episódios									
		21.7 Estado mental normal									
		21.8 Sinais vitais normais									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
GRAVIDEZ > 20 SEMANAS**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X I I	Gravidez > 20 semanas	22.1 Paciente com exteriorização de partes fetais ou com prolapso de cordão 22.2 Sangramento vaginal			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
GRAVIDEZ SUPERIOR A 20 SEMANAS**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X I I I	Gravidez superior a 20 semanas	23.1 Trabalho de parto (contrações cada 2 minutos)			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		23.2 Ausência de movimentos fetais			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		23.3 Hipertensão com ou sem cefaléia, edema, dor abdominal			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		23.4 Pós-parto imediato (mãe e criança).			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: NEONATO

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X I V	Neonato	24.1 Toda criança \leq 7 dias de vida deve ser atendida como prioridade II, 24.2 Devido o risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cardíacas congênicas não diagnosticadas e sepse. 24.3 Destaca-se que os sinais desses problemas podem ser muito sutis, portanto esses pacientes devem ser avaliados até 15 minutos.			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: CRIANÇA

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X V	Criança	25.1 Letargia 25.2 Recusa alimentar, vômito e/ou diarreia, com ou sem febre, com sinais de desidratação (olhos encovados, fontanela deprimida, oligúria, anúria acima de 6 horas)			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: QUEIMADURAS

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Apropriado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X V I	Queimaduras	26.1 Grande queimado: > 25% da superfície corporal queimada			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		26.2 Acometimento de vias aéreas			2. () Vermelho – prioridade II						
		26.3 De 2º ou 3º graus com superfície corporal queimada entre 10 e 25% ou em áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais.			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		26.4 Queimaduras elétricas			4. () Verde – prioridade IV						
		26.5 De 2º e 3º graus, áreas não-críticas, SCQ < 10%			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		26.6 1º grau > 10% da SCQ, áreas não-críticas									
26.7 1º grau em face e períneo, mãos e pés											

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
QUEIMADURAS E FERIDAS**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X V I I	Queimaduras	27.1 Queimaduras de 1º grau, < 10%, área não-crítica.			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		27.2 Queimaduras de 1º grau, pequenas, áreas não-crítica			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		27.3 Feridas com febre			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		27.4 Feridas com necrose			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		27.5 Miíase com infestação intensa			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		27.6 Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção									
		27.7 Infecção local									
		27.8 Escaras sem sinais sistêmicos									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: FERIDAS

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X V I I I	Feridas	28.1 Controle de úlceras crônicas, retirada de pontos 28.2 Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção 28.3 Infecção local 28.4 Escaras sem sinais sistêmicos			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: CEFALEIA

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X X	Feridas	30.1 Alteração do estado mental 30.2 Sinais neurológicos focais (paresia, afasia) 30,3 Situações catastróficas: hemorragia subaracnóidea, hematoma epidural ou subdural, meningite, encefalite. 30,4 Não súbita			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: CEFALÉIA

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X X I	Cefaleia	31.1 Não-intensa (< 7 / 10) 31.2 Não enxaqueca 31.3 Rinorreia purulenta			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: DOR

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X X	Dor	32.1 Sinais vitais normais Intensa (8 - 10 / 10), central e crônica			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		32.2 Intensa, aguda e periférica (pele, partes moles)			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		32.3 Aguda, moderada (4 – 7), central			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		32.4 Enxaqueca			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		32.5 Dor abdominal com vômitos, febre, disúria ou gravidez			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		32.6 Lombalgia que impede deambulação ou que se irradia para membros inferiores									
		32.7 Intensa, aguda, em membros inferiores, sem sinais de trauma ou isquemia									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: DOR LEVE A MODERADA

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X X I I I	Dor leve a moderada	33.1 Crônica, central ou periférica			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		33.2 Dor torácica superficial, crônica, piora à compressão			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		33.3 Lombalgia crônica, não traumática			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		33.4 Em MMII, crônica, sem sinais inflamatórios			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		33.5 Disúria			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: DOR INTENSA (8-10/10)

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X X I V	Dor intensa (8-10/10)	34.1 Aguda, central (cabeça, tórax, abdome)			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		34.2 Aguda, periférica (em extremidades), com sinais de isquemia			2. () Vermelho – prioridade II						
		34.3 Luxação (ortopedia)			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		34.4 Lombalgia traumática ou não, Crônica, periférica									
		34.5 Moderada (4-7), aguda, central			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		34.6 Moderada, aguda e periférica									
		34.7 Alteração de sinais vitais									
		34.8 Se espontânea (não traumática)									
		34.9 Visceral									
		34.10 Intensidade, duração, característica, localização, irradiação									

5- Sugestões:

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: DOR TORACICA

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Apropriado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério								
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente				
X X X X V	Dor intensa (8-10/10)	35.1 Atividade física no início da dor			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade									
		35.2 Fatores que melhoram - pioram			2. () Vermelho – prioridade II							3.2 Clareza			
		35.3 Uso de crack, cocaína e anfetamínico			3. () Amarelo – prioridade III								3.3 Relevância		
		35.4 Sinais vitais normais			4. () Verde – prioridade IV									3.4 Precisão	
		35.5 Localizada, em pontada			5. () Azul – prioridade V										3.5 Amplitude
		35.6 Piora com respiração profunda, tosse, dispnéia, palpação													
		35.7 Ex: dor parede torácica, pleurite, pericardite													
		35.8 História prévia de angina do peito													
		35.9 Sinais vitais normais													
		35.10 Não-aguda, Moderada (4 – 7 / 10), Sem dispneia, Sem cardiopatia prévia													
		35.11 Tipo pleurítica (dor ao respirar)													

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
DOR TORACICA TIPO VISCERAL**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Apropriado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X X V I	Dor intensa (8-10/10)	36.1 Contínua, de 30 segundos a 30 min (angina do peito) ou superior a 30 min (infarto) 36.2 Em peso, opressão, queimação ou como desconforto 36.3 Sintomas associados: sudorese, náusea, dispneia. 36.4 Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, dorso 36.5 Doença coronariana provável!			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

DOR TORÁCICA SÚBITA, EM FINCADA

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X X V I I	Dor intensa (8-10/10)	37.1 Problemas de parede torácica			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		37.2 Embolia pulmonar			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		37.3 Dissecção de aorta			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		37.4 Pneumotórax			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		37.5 Pneumonia			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco: DOR ABDOMINAL

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X X V I I I	Dor abdominal	38.1 Sinais vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre 38.2 Associações: náusea, vômitos, sudorese, irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal e possível gravidez 38.3 Dor intensa (8 - 10 / 10) em cólica ou não 38.4 Situações catastróficas: dissecação da aorta, gravidez ectópica, dengue hemorrágica. 38.5 Sinais vitais normais 38.6 Aguda moderada (4 – 7/10) 38.7 Distensão abdominal 38.8 Retenção urinária 38.9 Prostração 38.10 Febre 38.11 <i>Diabetes mellitus</i> 38.12 Aguda, moderada (4 - 7 / 10) 38.13 Ausência de prostração, toxemia, aspecto de gravidade clínica 38.14 Dor aguda, leve (menor que 4/10) 38.15 Constipação intestinal 38.16 Crônica ou recorrente			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
HEMORRAGIA DIGESTIVA, HEMOPTISE, EPISTAXE**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Apropriado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X X X I X	Hemorragia Digestiva, Hemoptise, Epistaxe	39.1 Hematêmese volumosa			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		39.2 Melena com instabilidade hemodinâmica			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		39.3 Hemoptise franca			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		39.4 Epistaxe com PA alterada			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		39.5 Sangramento não atual (últimas 24 horas)			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		39.6 Sinais vitais normais									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
SANGRAMENTO VAGINAL/DOR ABDOMINAL INFERIOR E PÉLVICA**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X L	Sangramento vaginal/dor abdominal inferior e pélvica	40.1 Priorizar pela possibilidade de gravidez ectópica ou sofrimento fetal 40.2 Dor abdominal ou pélvica, mesmo que moderada, associada à hipotensão			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
FEBRE EM LACTENTE/ FEBRE**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X L I	Febre em lactente	41.1 Temperatura Axilar <input type="checkbox"/> 38°C em criança < 3 meses 41.2 Febre > 40°C em qualquer idade			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X L I I	Febre	42.1 Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
INFECCÕES GRAVES, SEPSE**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X L I V	Infecções graves, sepse	44.1 Alteração mental			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		44.2 Sinais vitais instáveis Toxemia, letargia			2. () Vermelho – prioridade II						
		44.3 Avaliar saturação de O ₂			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		44.5 Temperatura > 38,5°C, calafrios			4. () Verde – prioridade IV						
		44.6 Eritemapurpúrico (meningite)			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		44.7 Eritema que não desaparece à vitropressão.									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:SINTOMAS GRIPAIS

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X L V	Infecções graves, sepse	45.1 Dor de garganta intensa			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		45.2 Dor de ouvido			6. () Vermelho – prioridade II						
		45.3 Tosse produtiva			7. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		45.4 Rinorreia purulenta									
		45.5 Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C			9. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		45.6 Mialgia									
		45.7 Coriza									
		45.8 Queixas leves									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
MAUS TRATOS E VIOLÊNCIA SEXUAL**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X L V I	Maus tratos e violência sexual	46.1 Vítimas de violência ou abuso sexual nas primeiras 4 horas 46.2 Comprometimento de bem estar emocional			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
ABSTINÊNCIA GRAVE DE ÁLCOOL E DROGAS**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério						
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente		
X L V I I	Abstinência grave de álcool e drogas	47.1 Convulsão			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade							
		47.2 Coma			2. () Vermelho – prioridade II							3.2 Clareza	
		47.3 Alucinações				3. () Amarelo – prioridade III							3.3 Relevância
		47.4 Confusão mental			4. () Verde – prioridade IV							3.4 Precisão	
		47.5 Agitação											
		47.6 Excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre)											
		47.7 Dor abdominal ou torácica											
		47.8 Tremores											
		47.9 Vômito, diarreia											

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
QUEIXAS EM ARTICULAÇÕES E PARTES MOLES**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X L V I I I	Queixas em articulações e partes moles	48.1 Articulações ou membros com dor intensa, impotência funcional, calor, edema, eritema com febre associada 48.2 Ferida corto-contus 48.3 Urticária ou prurido intenso			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
HEMIPARESIA AGUDA**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
X L I X	Hemiparesia aguda	49.1 Grande déficit neurológico 49.2 Sintomas com menos de 4 horas 49.3 Objetivo: proteção via aérea, tomografia computadorizada de encéfalo para neurocirurgia			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
DIÁLISE/ TRANSPLANTE e IMUNOSSUPRESSÃO**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
L	Diálise / Transplante	50.1 Distúrbios hidroeletrolíticos frequentes 50.2 Risco de arritmias e deterioração			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
L I	Imunossupressão	51.1 Temperatura maior que 38,5°C e outros sintomas associado com: Quimioterapia, Aids e Leucose 51.2 Uso de corticoide 51.3 Transplante de órgãos 51.4 Alto risco de complicações graves e rápida deterioração			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
HISTÓRIA DE *DIABETES MELLITUS***

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
L I I	História de Diabetes Mellitus	52.1 Sudorese (hipoglicemia) 52.2 Alteração mental (hipo ou hiperglicemia) 52.3 Febre 52.4 Vômito 52.5 Visão borrada 52.6 Pulso anormal 52.7 Respiração rápida e profundo 52.8 Hálitocetônico 52.9 Criança com dor abdominal 52.10 Desidratação 52.11 Dosar glicemia capilar! 52.12 Desidratação acentuada, vômito, Dor abdominal 52.13 Glicemia maior que 300 ou menor que 50 mg/dL			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
SITUAÇÕES ESPECIAIS**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
L I I I	Situções Especiais	53.1 Vítimas de abusos sexuais 53.2 Pacientes escoltados pela polícia 53.3 Mães com outras crianças internadas na instituição 53.4 Acompanhante gestante, idosa (< 65 anos) ou deficiente físico 53.5 Acidente perfurocortante com material biológico Deficiência física e mental 53.6 Recém-nascidos entre 8 e 29 dias com queixas clínicas 53.7 Deficientes físicos 53.8 Grávidas 53.9 Impossibilidade de deambulação 53.10 Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica 53.11 Troca de sonda vesical de demora ou sonda nasoentérica			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
					2. () Vermelho – prioridade II						
					3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
					4. () Verde – prioridade IV		3.4 Precisão				
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
OUTRAS SITUAÇÕES**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
L I V	Outras Situações	54.1 Curativos			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		54.2 Trocas ou requisições de receitas			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		54.3 Avaliações de exames			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		54.4 Imunizações			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
		54.5 Solicitações de atestados médicos			5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					
		54.6 Consultas de acompanhamento									

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

**Apresentação usual da doença ou situação/queixa da criança no Acolhimento com Classificação de risco:
PACIENTE TÍPICO DA PRIORIDADE I**

	Sinais de Alerta	Indicadores de situação clínica de urgência e emergência pediátrica	1. Adequado		2. A qual classificação se refere?	3. Critérios	4. Grau do critério				
			1. SIM	2. NÃO			4.1 Péssima	4.2 Insuficiente	4.3 Regular	4.4 Boa	4.5 Excelente
L V	Paciente típico da prioridade I	55.1 Paciente não-responsivo			1. () Vermelho – prioridade I	3.1 Simplicidade					
		55.2 Sinais vitais ausentes / instáveis			2. () Vermelho – prioridade II	3.2 Clareza					
		55.3 Insuficiência respiratória			3. () Amarelo – prioridade III	3.3 Relevância					
		55.4 Desidratação grave			4. () Verde – prioridade IV	3.4 Precisão					
					5. () Azul – prioridade V	3.5 Amplitude					

5- Sugestões:

Caso haja necessidade, consulte os anexos do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco. Anexo A (Sinais Vitais), Anexo B (Escala de Coma de Glasgow), Anexo C (Escala de Dor) e Anexo D (Avaliação da Superfície Corporal Queimada - SCQ).

ANEXO

Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.

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

1ª Edição Setembro/ 2008



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

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

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

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

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

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

Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza

EXPEDIENTE

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

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

Prefeita Municipal de Fortaleza
Luizianne de Oliveira Lins

Secretário Municipal de Saúde
Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Coordenador de Políticas de Saúde
Alexandre José Mont'Alverne Silva

Coordenador de Gestão Hospitalar
Messias Barbosa Lima

HOSPITAIS MUNICIPAIS DE FORTALEZA

SER I

HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – BARRA DO CEARÁ

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

Diretor: José Nazareno de Paula Sampaio

SER II

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Diretor: Francisco Wandemberg Rodrigues dos Santos

SER III

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AIRES DE MOURA

Rua: Cândido Maia, 294, Antonio Bezerra

Diretor: Raimundo Pinto Filho

SER IV

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

Av. Osório de Paiva, 1127, Parangaba

Diretor: Paulo Henrique Diógenes Vasques

CENTRO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA LÚCIA FÁTIMA

Rua: Guilherme Perdigão, 299, Parangaba

Diretora: Perpétua Maria Eduardo B. de Castro

SER V

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

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

Diretor: Antonio de Pádua S. Martins

HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – JOSÉ WALTER

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

Diretor: Helly Pinheiro Ellery

SER VI

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS OLIVEIRA

Av. Perimental S/N – Messejana

Diretor: Antonio Feitosa de Oliveira Castro

HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – MESSEJANA

Av. Perimetral, 7700, Messejana

Diretor: Antonio Eusébio Teixeira Rocha

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

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

AUTORES

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

APOIO

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

ESPECIALIDADE

Urgências e Emergências em Pediatria

POTENCIAIS UTILIZADORES

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

VERSÃO

Setembro/ 2008

PROPOSTA DE VALIDAÇÃO

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

REFERÊNCIAS

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

Grau de recomendação - nível de evidência: D.

POPULAÇÃO ALVO E GRUPO DE RISCO

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

CONCEITOS

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

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS OPERACIONAIS

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

Notas:

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

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES NECESSÁRIAS À EQUIPE

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

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO

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

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

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

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

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

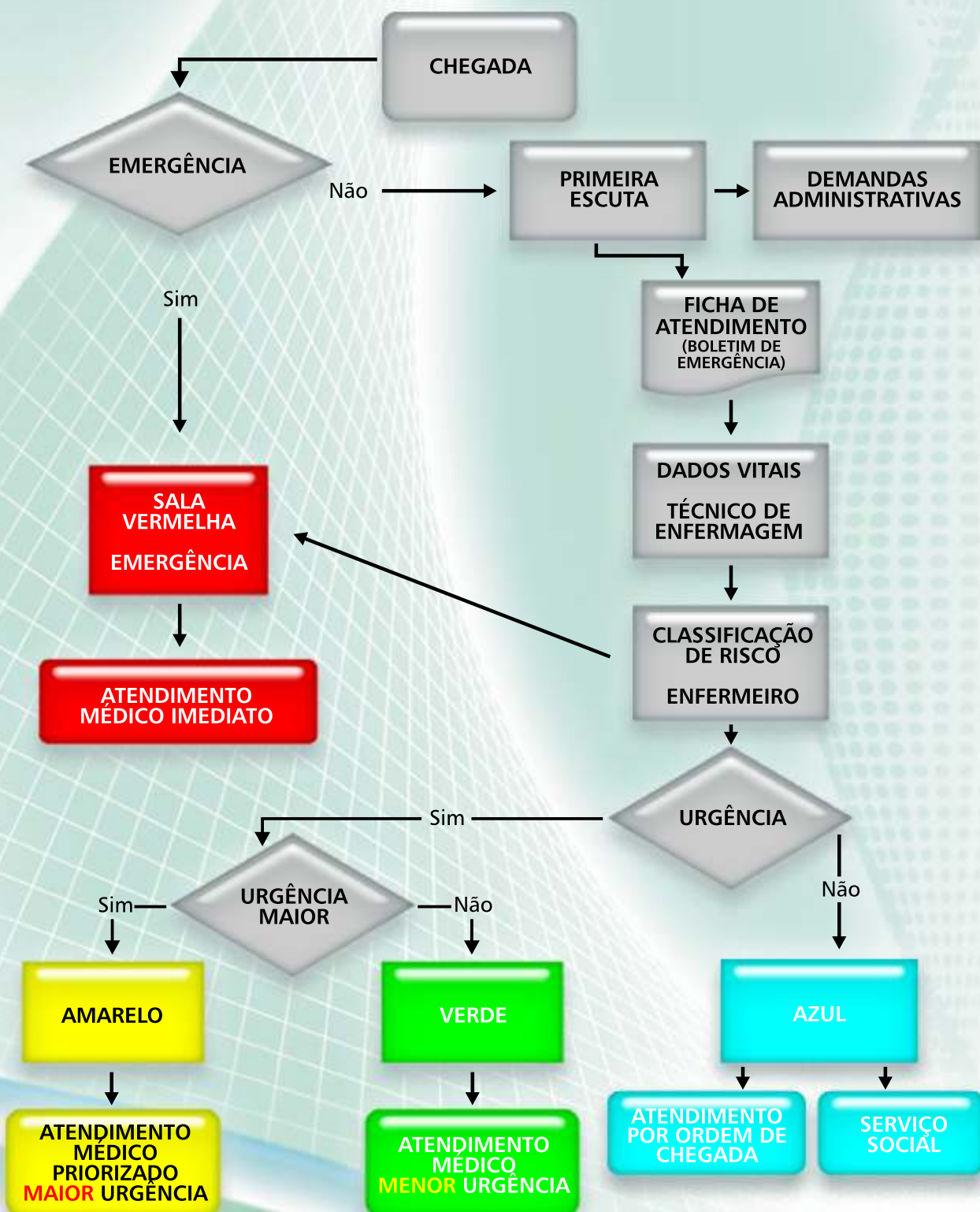
MODELO DE DOCUMENTAÇÃO

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

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

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
HOSPITAIS MUNICIPAIS DE FORTALEZA

FLUXOGRAMA



PRIORIDADE I - VERMELHO

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

1. Código de parada

- Parada cardiorrespiratória
- Iminência de parada

2. Trauma maior

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

3. Choque

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

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

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

5. Insuficiência Respiratória

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

6. Desidratação grave

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

7. Gravidez > 20 semanas

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

Paciente típico da prioridade I

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

PRIORIDADE II - VERMELHO / LARANJA

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

1. Alteração do estado mental

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

ATENÇÃO: DOSAR GLICEMIA CAPILAR!

2. Trauma craniano

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

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

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

3. Trauma grave

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

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

4. Neonato

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

5. Comprometimento hemodinâmico

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

6. Desidratação moderada com vômitos incoercíveis

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

7. Queimaduras

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

8. Dor torácica

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

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

ATENÇÃO! Uso de crack, cocaína e anfetamínico.

8.1. Dor torácica tipo visceral

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

ATENÇÃO! Doença coronariana provável!

8.2. Dor torácica súbita (Em pontada)

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

9. Intoxicação exógena

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

10. Dor abdominal

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

11. Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe

- Hematêmese volumosa

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

12. Hemiparesia aguda

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

13. Dispnéia, asma prévia, sibilância recorrente

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

14. Anafilaxia

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

15. Sangramento vaginal/dor abdominal inferior e pélvica

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

16. Infecções graves, sepse

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

17. Febre em lactente

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

18. Criança

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

19. Doença psiquiátrica ou comportamental

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

ATENÇÃO! DOSAR GLICEMIA CAPILAR!

20. História de diabetes mellitus

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

ATENÇÃO! DOSAR GLICEMIA CAPILAR!

21. Cefaléia

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

22. Dor intensa (8-10/10)

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

23. Maus tratos e violência sexual

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

24. Abstinência grave de álcool e drogas

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

25. Sinais vitais alterados com sintomas

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

26. Imunossupressão

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

ATENÇÃO! Alto risco de complicações graves e rápida deterioração

27. Gravidez superior a 20 semanas

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

PRIORIDADE III - AMARELO

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

1. Trauma craniano

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

ATENÇÃO: avaliar deterioração

2. Trauma moderado

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

3. Queimaduras

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

4. Dispnéia leve a moderada

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

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

REAVALIAR!

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

5. Desidratação moderada sem vômitos

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

ATENÇÃO! Iniciar terapia de reidratação oral (TRO)

6. Dor torácica

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

ATENÇÃO! História prévia de angina do peito

7. Dor abdominal

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

ATENÇÃO: diabetes mellitus

8. História de diabetes mellitus

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

9. Hemorragia digestiva

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

Reavaliar!

10. Convulsão

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

11. Doença Psiquiátrica-Comportamental

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

12. Dor

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

13. Queixas em articulações e partes moles

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

14. Diálise / Transplante

- Distúrbios hidroeletrólíticos freqüentes
- Risco de arritmias e deterioração

15. Sinais vitais alterados sem sintomas

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

16. Situações Especiais

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

PRIORIDADE IV - VERDE

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

1. Trauma Craniano

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

2. Trauma Menor

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

3. Febre

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

4. Queimaduras e Feridas

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

5. Dor Abdominal

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

6. Cefaléia

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

7. Dor Torácica

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

8. Doença Psiquiátrica – Comportamental

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

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

9. Dor

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

10. Sintomas gripais

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

11. Vômitos e Diarréia Sem Desidratação

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

12. Situações Especiais

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

PRIORIDADE V - AZUL

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

1. Trauma menor

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

2. Feridas

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

3. Sintomas gripais

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

4. Dor abdominal

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

5. Dor leve a moderada

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

6. Vômito ou diarreia

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

7. Doença psiquiátrica

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

8. Outras Situações

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

VERMELHO

Não será submetido à classificação de risco.

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

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

AMARELO

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

VERDE

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

AZUL

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

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

FLUXOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO



ANEXO A

ANEXO A - Sinais Vitais

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

Fonte: De Gillette PC: Dysrhythmias. Em Adams FH, Emmanouilides GC, Reimenschneider TA, editores: Moss'heart (Useaseill in jan15, children, anel adolescents, ed 4, Baltimore, 1989, Williams & Wjkins.

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Reproduzido de Park M, Menard S: Normative oscillometric blood pressure values in the first 5 years in an office setting. Am J Dis Child 143(7):860-864, 1989.

LEITURAS DE PRESSÃO ARTERIAL NORMAL EM CRIANÇAS MENINOS

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

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Hem. Lung and Blood Institute. Bethesda, MO.
Os dados foram tabulados pelo Or. B. Rosner. 1987.

*K4 foi usado para idades inferiores a 13; K5 foi adotado para idade de 13 anos ou mais.

LEITURAS DE PRESSÃO ARTERIAL NORMAL EM CRIANÇAS MENINAS

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

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Hem. Lung and Blood Institute. Bethesda, MO.
Os dados foram tabulados pelo Or. B. Rosner. 1987.

*K4 foi usado para idades inferiores a 13; K5 foi adotado para idade de 13 anos ou mais.

ANEXO B

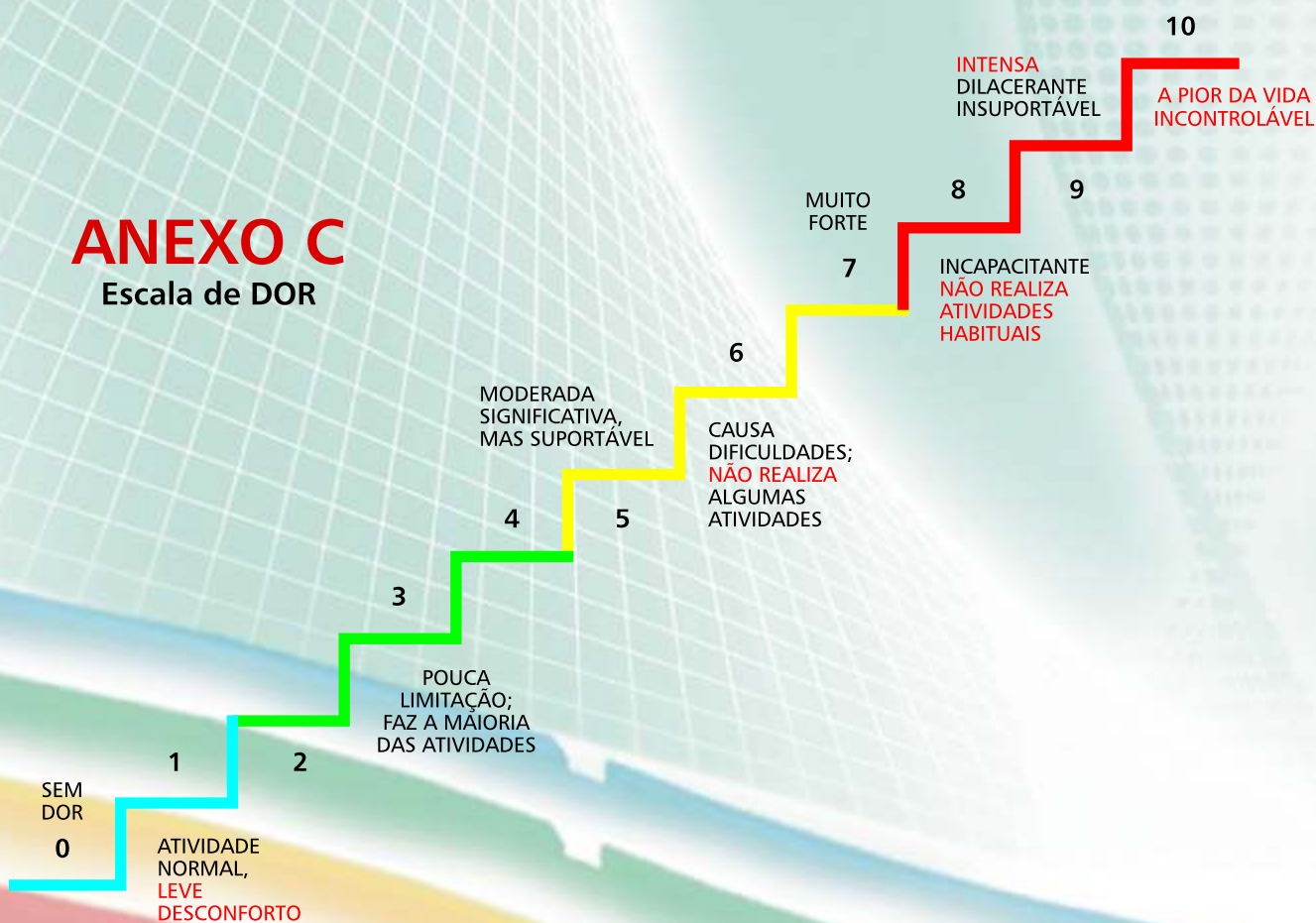
Escala de coma de Glasgow

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

TCE severo (escore Glasgow: 3-8); TCE moderado (escore Glasgow: 9-12); TCE leve (escore Glasgow: 13-15).
J Pediatr (Rio J) 2003; 79 (4): 287-96

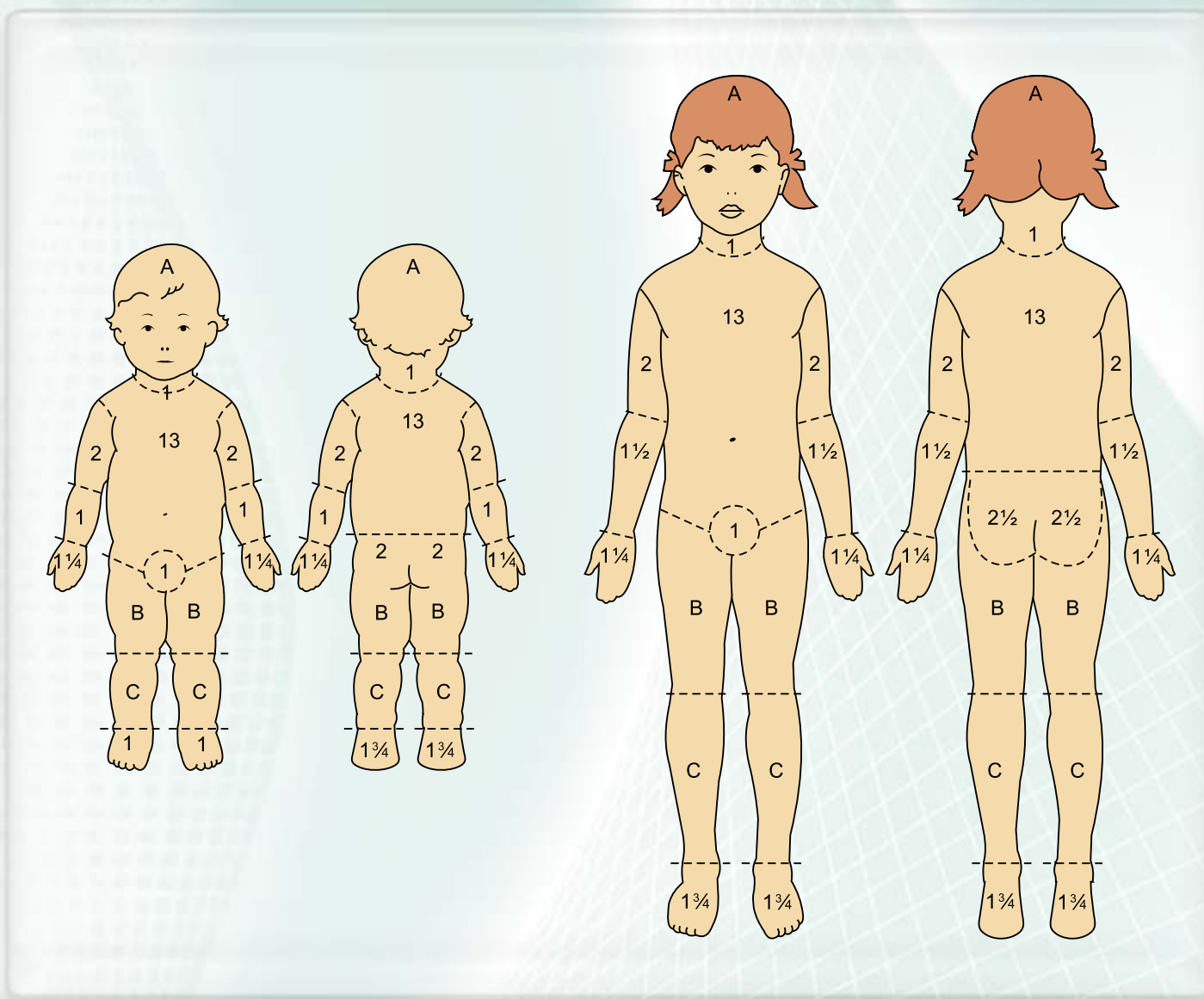
ANEXO C

Escala de DOR



ANEXO D

Avaliação da Superfície Corporal Queimada (SCQ)



PORCENTAGEM RELATIVA DAS ÁREAS AFETADAS POR IDADE

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

PORCENTAGEM RELATIVA DAS ÁREAS AFETADAS POR IDADE

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

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL I

UNIDADE DE SAÚDE SER I	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1.C.S.F FLORESTA	Rua Ten. José Barreira, 251 CEP: 60.336-040	Álvaro Weyne	3452.6657/ 6659
2.C.S.F LINEU JUCÁ	Rua Vila Velha, 101 CEP: 60.331-291	Barra do Ceará	3452.5887/ 5888
3.C.S.F FERNANDO FAÇANHA	Rua Rio Tocantins, s/n CEP: 60.340-110	Jd. Iracema	3452.6660/ 6661
4.C.S. CARLOS RIBEIRO	Rua Jacinto Matos, 944 CEP: 60.320-570	Jacarecanga	3452.6375/ 6376
5.C.S.F DR. PAULO DE MELO MACHADO	Rua Bernardo Porto, 497 CEP: 60.320-570	Monte Castelo	3452.6380/ 6396
6.C. S.F JOÃO MEDEIROS DE LIMA	Av. I, 982 CEP: 60.348-140	Vila Velha	3452-6646/ 6645
7.C.S.F PROF. REBOUÇAS MACAMBIRA	Rua Creuza Rocha, s/n CEP:60.346-350	Jd. Guanabara	3452.6686/ 6687
8.C.F.S VIRGÍLIO TÁVORA	Av.Monsenhor Hélio Campos, s/n CEP: 60.336-800	Cristo Redentor	3452.6641/ 3487
9.C.S.F GUIOMAR ARRUDA	Rua Gal Costa Matos, 06 CEP: 60.310-690	Pirambu	3452.6377/ 6378
10.C.S.F FCº DOMINGOS DA SILVA	Av. Castelo Branco, 4707 CEP: 60.312-060	Barra do Ceará	3452.6643/ 6644
11.C.S.F CASEMIRO LIMA FILHO	Av. Francisco Sá, 6449 CEP: 60.310-003	Barra do Ceará	3452.5877/ 5876
12.C.S.F 4 VARAS	Rua: Profeta Isaías, 456 CEP: 60.850-260	Colina	3286.6041/6049 3282.9881

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL II

UNIDADE DE SAÚDE SER II	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F AÍDA SANTOS E SILVA	Rua Trajano de Medeiros, 813 CEP: 60.132-080	Vicente Pinzon	3265.6566 / 3452.2734 FAX:3433.2734
2. C.S.F FREI TITO	Rua José Cláudio Costa Lima, 100	Praia do Futuro II	3433.2730 FAX: 3452.2313
3. C.S.F CÉLIO BRASIL GIRÃO (Serviluz)	Rua Prof. Henrique Firmeza, 82	Cais do Porto	3263.3029/ 3433.2739 FAX: 3433.2760
4. C.S.F MIRIAM PORTO MOTA	Cel. Jucá, 1636	Aldeota	3452.2315/ 3433.2748 FAX: 3433.2748
5. C.S.F PIO XII	Rua Belizário Távora, s/n CEP: 60.130-830	São João do Tauape	3452.1896/ 3433.3512 FAX:3452.1890
6. C.S.F BENEDITO ARTUR DE CARVALHO	Rua Jaime Leonel, 228 CEP: 60.811-320	Luciano Cavalcante	3243. 2280 FAX: 3452.1880
7. C.S.F FLAVIO MARCILIO	Av. da Abolição, 418 CEP: 60.165-080	Mucuripe	FAX: 3433.2737/ 2755
8. C.S.F ODORICO DE MORAIS	Rua: São Bernardo do Campo, s/n CEP: 60.180-710	Castelo Encantado	3433.2738
9. C.S.F IRMÃ HERCILIA ARAGÃO	Rua Frei Vidal, 1821 CEP: 60.120-100	São João do Tauape	3452.1883/ 1834 FAX: 3257.4620
10. C.S.F PAULO MARCELO	Rua 25 de Março, 607 CEP: 60.060-120	Centro	3254.2273 / 3101.2722 FAX: 3433.9701
11. C.S.F RIGOBERTO ROMERO	Rua Alameda das Graviolas, 195 CEP: 60.190-600	Cidade 2.000	3452.7359 / FAX:3249.1050 FAX: 3433.2746/ 2793

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL III

UNIDADE DE SAÚDE SER III	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F PROF. LUIS RECAMOND CAPELO	Rua Maria Quintela, 935	Bom Sucesso	3488.3252
2. C.S.F PROF. CLODOALDO PINTO	Rua Bonward Bezerra, 100	Padre Andrade	3433.9745
3. C.S.F CÉSAR CALS	Rua Cel. Matos Dourado, S/N	Pici	3488.3251
4. C.S.F METON DE ALENCAR	Rua Perdigão Sampaio, 820	Antônio Bezerra	3488.3271
5. C.S.F HERMÍNIA LEITÃO	Rua João Couto, 470	Quintino Cunha	3433-9741
6. C.S.F JOÃO XXIII	Rua Júlio Braga, S/N	João XXIII	3488.3258/3290.7317
7. C.S.F FCO. PEREIRA DE ALMEIDA	Rua Paraguai n/s com Rua Chile, S/N	Bela Vista	3433.2890
8. C.S.F FERNANDES TÁVORA	Rua Maceió, 1354	Henrique Jorge	3488.3254
9. C.S.F SANTA LIDUÍNA	Rua Prof. João Bosco, 213	Rodolfo Teófilo	3433.2569
10. C.S.F WALDEMAR DE ALCÂNTARA	Rua Silveira Filho, 903	Jockey Clube	3488.3253
11. C.S.F HUMBERTO BEZERRA	Rua Hugo Vitor, 51	Antônio Bezerra	3488.3270
12. C.S.F ANASTÁCIO MAGALHÃES	Rua Delmiro de Farias, 1679	Rodolfo Teófilo	3433.2564/2562/2563 3105.3424
13. C.S.F JOSÉ SOBREIRA AMORIM	Av. Des. Luis Paulino, 190	Jóquei Club	3105.3424/3488.1271
14. C.S. IVANA DE SOUSA PAES	Rua Virgílio Brígido, s/n	Presidente Kennedy	3131.8056
15. C.S.F ELIEZER STUDART	Rua Tomás Cavalcante, 545	Autran Nunes	3488.3259
16.C.S.F GEORGE BENEVIDES	Rua Pio Saraiva S/N	Quintino Cunha	3105.1086

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL IV

UNIDADE DE SAÚDE SER IV	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F PROJETO NASCENTE	Rua Betel, s/n, CEP: 60.741-8101	Itapery	493.5157/493.1128 FAX: 3131.1932/1945
2. C.S.F LUÍS ALBUQUERQUE MENDES	Rua Benjamin Franklin, 735	Serrinha	3131.7335/ 3292.7735
3. C.S.F JOSÉ VALDEVINO DE CARVALHO	Rua Guará, s/n CEP: 60.740-140	Itaoca	3131.7338/ 3492.1480 3292.7645
4. C.S.F DE PARANGABA	Rua Germano Franklin, 495	Parangaba	31317337/ 3292.1235
5.C.S.F OCELO PINHEIRO	Rua Elcias Lopes, 517	Itaoca	3131.7334
6. C.S.F OLIVEIRA POMBO	Travessa Rio Grande do Sul, s/n	Pan Americano	3482.8576/ 0162
7. C.S.F ABEL PINTO	Trav. Goiás, s/n (esquina c/ rua Rio Grande do Norte)	Democrito Rocha	3131.7339/ 3452.5191
8. C.S.F GUTEMBERG BRAUN	Rua Monsenhor Agostinho, 505	Vila Pery	3452.5199/ 3292.6735
9. C.S.F Dr. LUIS COSTA	Rua Marechal Deodoro, 1501	Benfica	3131.7677/ 3214.2962
10. C.S.F FILGUEIRAS LIMA	Av. Dos Expedicionários, 3910	Jd. América	3131.1697/ 3494.1480
11. C.S.F Dr. ROBERTO DA SILVA BRUNO	Av. Borges de Melo, 910	Fátima	3227.9177/ 3272.0060
12. C.S.F MARIA JOSÉ TURBAY BARREIRA	Rua Gonçalves Souto, 420	Vila União	3272-4055

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL V

UNIDADE DE SAÚDE SER V	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F GALBA ARAÚJO	AV. Senador F. Távora, 3161 CEP: 60533-590	Genibaú	3452.6753
2. C.S.F DOM LUSTOSA	R. Cel. João Correia, s/n	Granja Lisboa	3452.2464
3. C.S.F LUCIANO TORRES DE MELO	R. Delta, 365 CEP: 60713-440	Vila Manoel Sátiro	3433.4922
4. C.S.F ABNER CAVALCANTE BRASIL	R. Joana Batista, 471 CEP: 60731-502	Canindezinho	3452.2467/ 3452.2468
5. C.S.F FERNANDO DIÓGENES	Rua Teodoro de Castro, s/n	Granja Portugal	3433.3240
6. C.S.F ZÉLIA CORREIA	R. Antônio Pereira, 1495 CEP: 60760-520	Planalto Airton Senna	3433.4900
7. C.S.F VIVIANE BENEVIDES	Rua João Áreas, 1296	Vila Manoel Sátiro	3433-4902
8. C.S.F GUARANY MONT' ALVERNE	R. Geraldo Barbosa, 3230 CEP: 60545-190	Granja Lisboa	3452-2496
9. C.S.F EDMILSON PINHEIRO	Av. H, 2191	Granja Lisboa	3452-2421
10. C.S.F MACIEL DE BRITO	AV. A s/n- 1ª Etapa CEP: 60533-150	Conjunto Ceará	3452.2477 Fax: 3452.2487
11. C.S.F LUIZA TÁVORA	TV. São José, 940 CEP: 60761-240	Mondubim	3433.4916
12. C.S.F PEDRO CELESTINO	R. Gastão Justo, 215 CEP: 60762-060	Maraponga	3433.4915
13. C.S.F JOSÉ PARACAMPOS	R. Alfredo Mamede, 250 CEP: 60713-440	Mondubim	3433.4914
14. C.S.F JOSÉ WALTER	AV. L, 1880 3ª Etapa CEP: 60750-110	José Walter	3433.4918
15. C.S.F ARGEU HERBSTER	Rua Geraldo Barbosa, 1095	Bom Jardim	3452-2495
16. C.S.F JURANDIR PICAÇO	R. Das Nações s/n CEP: 60.545-250	Granja Portugal	3452.2480
17. C.S.F GRACILIANO MUNIZ	Rua 106, n.º 345	Conj. Esperança	3433.4913
18. C.S.F JOÃO ELÍSIO HOLANDA	Rua Juvêncio Sales s/n	Aracapé	3131.6222
19. C.S.F SIQUEIRA	Rua Eng. Luís Montenegro, 485	Siqueira	3105.3342

RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL VI

UNIDADE DE SAÚDE SER VI	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F PROF. JOÃO HIPÓLITO	Rua 03, n.º 88 - Napoleão Viana	Dias Macedo	3295.2707/ 3289.4098 3488.3288
2.C.S.F TEREZINHA PARENTE	Rua Nelson Coelho, 209	Curio	3476.9033/ 3488.3288
3. C.S.F JANIVAL DE ALMEIDA	Rua Coelho Garcia, 25	Passaré	3295.2655/ 34332947
4. C.S.F VICENTINA CAMPOS	Rua B, 145	Pq. Dois Irmãos	3493-5171
5. C.S.F EVANDRO AYRES DE MOURA	Av. Castelo de Castro, s/n	Palmeiras	3269-2858 / 3488.3293
6. C.S.F JOSÉ BARROS DE ALENCAR	Rua José Nogueira de Alencar, 180	Pedras	3275-1399
7. C.S.F GALBA DE ARAÚJO	Av. Recreio, 1339	Lagoa Redonda	3476-8032/ 3488-3319
8. C.S.F MARIA LOURDES JEREISSATI	Rua Rei Unido, 115	Conj. Tancredo Neves	3279-2334
9. C.S.F CÉSAR CALS DE OLIVEIRA	Rua Capitão Aragão, 565	Aerolândia	3101.2080 / 3272.3272/3320 3272.4501
10. C.S.F PEDRO SAMPAIO	Av. Iracema, 1516	Conj. Palmeiras	3488.3300/ 3269.3900
11. C.S.F MANOEL CARLOS GOUVEIA	Av. Des. Fausto Albuquerque, 486	Jd. das Oliveiras	3279.2050/3488.3287
12. C.S.F ALARICO LEITE	Rua Paroaras, 301	Passaré	3452-9369
13. C.S.F HÉLIO GOES FERREIRA	Av. Eng. Leal Lima Verde, 453	Conj. Alvorada	3273.1378
14. C.S.F EDMAR FUJITA	Av. Alberto Craveiro, 480	Dias Macedo	3452.5130
15. C.S.F DE MESSEJANA	Rua Cel. Dionísio Alencar, 264	Messejana	3276.3713/ 3229.1073
16. C.S.F ANÍSIO TEIXEIRA	Rua Guarani, 355	Paupina	3433-5291/ 3274-5876
17.C.S.F FCO. MELO JABORANDI	Rua 315, n.º 80	São Cristovão	3269-2626/
18. C.S.F MATOS DOURADO	Rua Floriano Benevides, s/n	Edson Queiroz	3273.3568/ 3488.3291
19. CMES PROF. MONTEIRO DE MORAES	Av. Evilásio Miranda, 391	Água Fria	3278.2755
20. C.S.F WALDO PESSOA	Rua Capitão Hugo Bezerra, 75	Barroso	3452.1830

LISTA DOS SERVIÇOS DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL DE FORTALEZA

CAPS AD SER I - CNES 5168333

Rua Hildebrando de Melo, 1110 - Barra do Ceará
Fone 3101.2592/2593

CAPS GERAL I - NISE DA SILVEIRA - CNES 5075114

Rua Alves de Lima, 1120 - Colônia
Fone: 3105.1119

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO - SER I

Av. Temberge, 1970 - Álvaro Weyne Fone: 3101.2590

OCA DE SAÚDE COMUNITÁRIA - SER I

Rua Profeta Isaías, 456 - Pirambú Fone: 3286.6041

CAPS AD SER II - CNES 5162270

Rua Manoel Firmino Sampaio, 311 - Cocó
Fone: 3105.1625

CAPS GERAL SER II - CNES 5162327

Rua Coronel Alves Teixeira, 1500 - Dionísio Torres
Fone: 3105.2632

UNIDADE DE SAÚDE ANA CARNEIRO - SER II

Rua Padre Antônio Thomaz, 2056 - Aldeota - 1º andar
Fone: 3264.4722 / 3261.1265

CAPS AD III - CNES 3950530

Rua Papi Júnior, s/n - Porangabussu
Fone: 3281.4254 / 3105.3420

CAPS GERAL III - CNES 2651378

Rua Francisco Pedro, 1269 - Rodolfo Teófilo
Fone: 3433.2568 / 3105.3451

CAPSi III - ESTUDANTE NOGUEIRA JUCÁ - CNES 2651378

Rua Delmiro de Farias, 1346 - Rodolfo Teófilo
Fone: 3281.3965

CAPS AD SER IV - CNES 5162289

Rua Betel, s/n Itaperi
Fone: 3105.2006 / 3289.1138

CAPS GERAL IV - CNES 2561263

Av. Borges de Melo, 201 - Jardim América
Fone: 3131.1690 / 34942765

CAPSi - MARIA ILEUDA VERÇOSA - SER IV - CNES 5065321

Rua Tertuliano Sales, 400 - Vila União
Fone: 3105.1510

CAPS AD SER V - CNES 5174368

Rua Vigéssimo Sexto Batalhão, 292 - Maraponga
Fone: 3105.1023

CAPS GERAL V - BOM JARDIM - CNES 3878562

Rua Bom Jesus, 940 - Bom Jardim
Fone: 3245.7956 / 3105.2030

CAPS AD REGIONAL VI - CASA DA LIBERDADE - CNES 5162300

Rua Ministro Abnes de Vasconcelos, 1500 - Seis Bocas
Fone: 3105.2966 / 3278.7008

CAPS GERAL VI - CNES 2529041

Rua Paulo Setúbal, 297 - Messejana
Fone: 3488.3312 / 34883316

REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL

RUA DO ROSÁRIO 283, 3º ANDAR Fone: 3452.6941 Fone(fax): 3452.3497
E-mail: pmdanos@yahoo.com.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

MAPA DE RISCOS DAS MICROÁREAS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

