

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

Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM GUIA ABREVIADO DO PROTOCOLO
DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA**

Dissertação de Mestrado

Fortaleza-CE

2011

JOELNA ELINE GOMES LACERDA DE FREITAS VERAS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM GUIA ABREVIADO DO PROTOCOLO
DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem, educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Lorena Barbosa
Ximenes

Fortaleza-CE

2011

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

-
- V584c Veras, Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas.
Construção e validação de um guia abreviado do protocolo de acolhimento com
classificação de risco em pediatria / Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras. – 2011.
142 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Fortaleza, 2011.
Área de Concentração: Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes.
1. Estudos de validação. 2. Triagem. 3. Pediatria 4. Enfermagem I. Título.

JOELNA ELINE GOMESLACERDA DE FREITAS VERAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM GUIA ABREVIADO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

Julgada e aprovada em : 19/12/2011

Banca Examinadora

Prof^a. Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes

Prof^a. Dr.^a Janaína Fonseca Victor

Prof^a. Dr.^aFrancisca Elisângela Teixeira Lima

Prof. Dr. Paulo César de Almeida

*Ao Carlos, pelo amor, incentivo e
principalmente paciência.*

*Ao Vitor, Vinícius e João Carlos pelo e amor
infinito.*

*Aos meus pais por me mostrarem os valores
da educação e do estudo.*

*À Deus, por guiar meus pasos, colocando
pessoas especiais, no momento certo em
minha vida.*

À professora Lorena

Obrigada por participar do meu caminho nessa etapa de minha vida, e pelo conforto emocional e espiritual nos momentos de angústia.

Obrigada pelos ensinamentos transmitidos durante todos os anos de convívio.

Obrigada, também, por respeitar as minhas opiniões, limitações e, sobretudo, por acreditar nas minhas possibilidades.

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

Encerramos aqui, a primeira etapa de nossa construção acadêmica. Espero que a minha caminhada acadêmica continue alicerçada pela sua sabedoria de mestra, bem como minha caminhada de encontro ao amor de Cristo, seja cada vez mais avivada pelas suas sábias palavras.

AGRADECIMENTOS

A Deus. Com Ele, tudo é possível.

A meus pais, Veras e Freitas, pela educação, carinho e amor dedicados. Meus ídolos e referenciais de valores que deram origem a minha personalidade e meu caráter.

A meu esposo Carlos, “Minha Fortaleza”. Pelo incentivo em todos os momentos. Pela paciência, compreensão diante de minha constante ausência.

A meus filhos adolescentes Vitor e Vinícius, aceitando as alterações de meus sentimentos, aos quais foram expostos durante esse percurso. Peço-lhes perdão pela minha ausência em suas vidas, nessa fase de instabilidade.

A meu filho João Carlos por confortar-me com suas palavras simples, espontaneas, inocentes e sinceras, mesmo não entendendo as causas, tão pouco as conseqüências de minhas aflições.

A meus irmãos e irmã, que também, foram privadas de meu convívio, no entanto me perdoaram os muitos convites recusados e, mesmo distantes torceram por mim.

À Professora Lorena, orientadora e chefe extraordinária, que me ajudou em tudo, mesmo nos momentos mais difíceis, em que a consciência e a razão eram vencidas pela emoção... Ela ensinou-me a dividir os problemas com Deus.

À amiga Walma, que Deus colocou, há muitos anos, em meu caminho. Conhece as minhas vontades, muitas vezes não expressadas e que, como a professora Grasiela (em memória), muito incentivou a cursar o Mestrado. Obrigada por estar sempre presente e alicerçando minhas decisões profissionais e pessoais. Obrigada por incentivar, torcer, instigar o meu crescimento profissional. Obrigada por existir e persistir comigo.

Às amigas e companheiras de trabalho do hospital, por confiarem no meu trabalho profissional e por incentivar a construção dessa pesquisa.

Aos amigos e amigas de Mestrado por compartilharem e fazerem parte de todo o processo de construção e amadurecimento de novos conhecimentos científicos e não-científicos, através do compartilhamento de saberes por cada um deles.

Aos membros do projeto de pesquisa, por crescermos juntos nas nossas discussões científicas.

Aos juízes pelo tempo dedicado ao processo de avaliação do instrumento construído e pelas sugestões e contribuições ao estudo.

Aos docentes do programa, colegas de trabalho, por torcerem por mim, pela disponibilidade e colaboração no meu processo de construção do conhecimento e crescimento pessoal e profissional.

À professora Janaína Fonseca Victor pelas relevantes análises da construção psicométrica do estudo.

À professora Elisângela por partilhar seu conhecimento clínico de avaliação e classificação de risco com crianças e, contribuir ricamente para a construção do guia abreviado.

Ao professor Paulo César por estar sempre disponível para as avaliações estatísticas.

Ao professor Dias, pela revisão e correção do português.

Aos funcionários do departamento, especialmente, à secretaria da pós-graduação (Jaqueline) por compreender a necessidade minha ausência e necessidade de crescimento profissional e pessoal.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho

Meu muito obrigada!

VERAS, J.E.G.L.F. Construção e validação de um guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. (Dissertação). Fortaleza (CE). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC; 2011.

RESUMO

O acolhimento com classificação de risco (ACCR) a pacientes pediátricos nos serviços de emergência é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para organizar o atendimento conforme o grau de complexidade. A função do enfermeiro neste setor é acolher o paciente, identificar urgências e emergências com base na avaliação de critérios estabelecidos por protocolos e dar prioridade aos casos mais graves. Sendo assim, o estudo teve como objetivo construir e validar um guia abreviado do protocolo de ACCR em pediatria do município de Fortaleza-CE. Trata-se de uma pesquisa metodológica desenvolvida em duas etapas: elaboração do instrumento e validação de conteúdo. A elaboração da primeira versão do guia abreviado desenvolveu-se com base no conteúdo do protocolo ACCR de pediatria de Fortaleza, além de outros instrumentos, tais como: *Paediatric Triage Tool*, *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (PaedCTAS) e *Manchester Triage System (MTS)*, entre outros. Apresenta-se em material com trinta células de um quadro, subdivididas em cinco colunas e sete linhas. A primeira linha identifica os tópicos das colunas através de cinco indicadores de risco denominados vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência, dor, eliminação/hidratação. Cada indicador de risco foi subdividido em duas colunas referentes a queixas principais e sinais e sintomas. A primeira versão do guia abreviado foi submetido à avaliação por nove juízes, sendo quatro docentes/pesquisadores *experts* em psicometria, denominados juízes de conteúdo selecionados por meio da pesquisa por “Assunto” na Plataforma *Lattes* e, cinco enfermeiros residentes em Fortaleza, com experiência clínica em classificação de risco – juízes técnicos, selecionados por meio da amostragem por bola de neve. Todos os juízes atingiram pontuação acima do mínimo exigido no sistema de classificação de *experts* adotado. Na validação de aparência, os juízes consideraram os 25 (100%) itens, claros e compreensíveis com um percentual de concordância de 77,8%. Dos 25 itens (queixas principais e sinais e sintomas), 23 (92%), foram considerados pertinentes à classificação de risco relacionada nas cores vermelha, laranja, amarelo, verde e azul. Todos os juízes (N=9; 100%) caracterizaram os indicadores de risco como adequados ao conteúdo dos itens (queixa principal e sinais e sintomas). Para a validação de conteúdo quanto à relevância dos itens no guia abreviado, 17 (68%) foram considerados relevantes e, 8 (32%) não relevantes pelos juízes. No entanto, julgou-se oportuno realizar avaliação do grau de relevância dos itens e do instrumento como um todo, por meio da aplicação do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e obteve-se IVC geral do instrumento igual a 0,98 e o IVC dos itens variando de 1 a 0,888889. Não havendo, portanto, necessidade de retirar os 8 itens com concordância inferior a 80%. Por sugestão dos juízes, foram feitas alterações no *layout*, estrutura e conteúdo dos itens, chegando-se, assim, à versão final do guia abreviado. Concluiu-se, que se obteve um instrumento válido, capaz de medir corretamente o grau de complexidade clínica da criança e, confiável para utilização nos serviços de emergência garantindo, aos enfermeiros, reduzir o tempo de avaliação da criança e reduzir as chances de erro.

Palavras chave: Estudos de validação; Triagem; Acolhimento; Pediatria; Enfermagem.

VERAS, J.E.G.L.F. Development and validation of an abbreviated guide to protocol the host with risk classification in pediatrics. (Dissertação). Fortaleza (CE). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC; 2011.

ABSTRACT

The host with the risk rating (ACCR) to pediatric patients in emergency departments is a strategy adopted by the Ministry of Health to organize the service in accordance with the degree of complexity. The role of nurses in this sector is to accept the patient, identify emergencies and emergencies based on the evaluation criteria established by protocols and give priority to serious cases. However, the conflicting environment of the emergency services more difficult for nurses use protocols, evaluation of the child. The purpose of this study is to obtain a tool able to accurately assess the risk of patients quickly and reliably, to be used as an aid to the protocols. He had intended to construct and validate an abbreviated guide ACCR pediatric protocol in Fortaleza-CE. This is a research methodology developed in two stages: the instrument and content validation. The first abbreviated version of the guide was developed in light of the contents of the protocol in pediatric ACCR of Fortaleza, and followed the structural orientation of the instrument Paediatric Triage Tool (abridged version of scale Australian pediatric screening). Was assessed by nine judges, four teachers / researchers expert in psychometrics, content and so-called judges, five nurses with clinical experience in risk rating - technical judges, selected by experts classification system adopted. We used the strategy of "Subject Search" in the Platform Lattes for selection of judges and content, it was considered the social networks through sampling network technicians to select the judges. For validation of appearance, the court ruled the 25 (100%) items, clear and understandable by the concordance of 77.8%. We also analyzed the relevance of the items (Complaints and Major Signs and Symptoms) regarding classification of risk in the colors red, orange, yellow, green and blue, and considered to be the content of 23 (92%) of 25 items pertaining to related risk rating. Regarding the adequacy of risk indicators (airway/breathing, circulation/hemodynamics, level of consciousness, pain, elimination/hydration) the content of items 5 (100%) say they are relevant in the opinion of the judges (N=9; 100%), characterizing the risk indicators as appropriate to the contents of the "main complaints" and "Signs and Symptoms" related. For the content validation of the relevance of short items in the guide, 17 (68%) were considered relevant, and 8 (32%) not relevant by judges. However, it was deemed appropriate to carry out assessment of the relevance of items and the instrument as a whole, by applying the calculation of the Content Validity Index (CVI) CVI and obtained equal to 0.98. And there is therefore no need to remove the 8 items with less than 80% agreement. In the second abbreviated version of the Guide, there were changes to the layout, structure and content of items, suggestion of judges. It was concluded, they earned a valuable instrument that can accurately measure the degree of clinical complexity of the child, and reliable for us in providing emergency services, nurses, reduce the evaluation time of the child and reduce the chances of error.

Keywords: Validation studies; Triage; User Embrace; Nursing; Pediatric.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Modelo de fluxograma de atendimento	29
Figura 2 –	Fluxograma de encaminhamento e destino de pacientes	31
Quadro 1 –	Proposta de construção do guia abreviado do protocolo de ACCR em pediatria do município de Fortaleza-CE. Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC. 2011.	41
Quadro 2 –	Critérios de seleção para juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) em enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, Fortaleza-CE, 2011.	45
Quadro 3 –	Critérios de seleção para juízes técnicos (enfermeiros especialistas), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, Fortaleza-CE, 2011.	46
Quadro 4 –	Proposta de construção de um guia abreviado do Protocolo de ACCR em Pediatria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC, 2011.	59
Quadro – 5	Representação numérica da distribuição dos itens e respectivos Domínios/Indicadores de risco que formaram a primeira versão da escala. Fortaleza, 2011	63
Quadro 6 –	Caracterização dos juízes de conteúdo decentes/pesquisadores quanto à pontuação atingida. Fortaleza, 2011	66
Quadro 7 –	Caracterização dos juízes de técnicos enfermeiros com experiência em ACCR. Fortaleza, 2011.	72
Gráfico 1 –	Distribuição das afirmações consideradas claras e compreensíveis para os juízes avaliadores no guia abreviado de ACCR em pediatria de Fortaleza-CE. Fortaleza, 2011.	71
Quadro 8 –	Relação dos itens considerados pertinentes à Classificação de Risco no guia abreviado de ACCR em pediatria de Fortaleza-CE segundo os juízes. Fortaleza, 2011.	72
Gráfico 2 –	Distribuição das estimativas de associação entre os indicadores de risco e o conteúdo dos itens (queixa principal e sinais e sintomas) do guia abreviado segundo a opinião dos juízes. Fortaleza, 2011.	73

Quadro 9 –	Relação dos itens considerados relevantes no guia abreviado de ACCR em pediatria de Fortaleza-CE, segundo os juízes. Fortaleza, 2011.	75
Quadro 10 –	Distribuição das sugestões de juízes nos itens do indicador de risco “Vias aéreas/Respiração”, em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria de Fortaleza-CE. Fortaleza, 2011.	79
Quadro 11 –	Distribuição das sugestões de juízes nos itens do indicador de risco “Circulação/Hemodinâmica”, em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria de Fortaleza-CE. Fortaleza, 2011.	82
Quadro 12 –	Distribuição das sugestões de juízes nos itens do domínio “Nível de Consciência”, em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria de Fortaleza-CE. Fortaleza, 2011.	86
Quadro 13 –	Distribuição das sugestões dos juízes nos itens do domínio “Dor” em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria de Fortaleza-CE. Fortaleza, 2011.	89
Quadro 14 –	Distribuição das sugestões de juízes nos itens do indicador de risco “eliminação/hidratação”, em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria de Fortaleza-CE. Fortaleza, 2011.	99
Quadro 15 –	Representação numérica da distribuição dos itens e respectivos indicadores de risco que formaram a segunda versão do guia abreviado. Fortaleza-CE, 2011.	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos juízes docentes/pesquisadores participantes do estudo segundo Sistema de Classificação de <i>Experts</i> adotado. Fortaleza, 2011.	64
Tabela 2 – Caracterização dos juízes enfermeiros especialistas participantes do estudo segundo Sistema de Classificação de <i>Experts</i> adotado. Fortaleza, 2011.	67
Tabela 3 – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (I-CVI) obtidos na segunda análise do guia abreviado pelos juízes. Fortaleza, 2011.	76

LISTA DE SIGLAS

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

ATS – Australasian Triage Scale

MTS – Manchester Triage Scale

ESI – Emergency Severity Index

ISE – Índice de Severidade de Emergência

CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale

PaedCTAS – Canadian Triage and Acuity Scale Pediatric Guidelines

MTG – Manchester Triage Group

GPT – Grupo Português de Triagem

GBCR – Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

COT 2008 – Complaint Oriented Triage 2008

HOB – Hospital Odilon Beherns

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco

PNH – Política Nacional de Humanização

ECG – Escala de Coma de Glasgow

QualiSUS – Programa de Qualificação Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde

CRM-CE – Conselho Regional de Medicina do Ceará

COREN-CE – Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

ATLS – Advanced Trauma Life Support

ACLS – Advanced Cardiac Life Support

PALS – Pediatric Advanced Life Support

UPAS – Unidades de Pronto Atendimento

SCQ – Superfície Corporal Queimada

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

LILACS – Latin American and Caribbean Health Science Literature Database

PUBMED – National Library of Medicine

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DECS – Descritores das Ciências da Saúde

MESH – Medical Subject Headings

ABCD – Airway, Breating, Curculation, Desability

ABCDPD – Airway, Breating, Curculation, Desability, Pain, Dehydration

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

IASP – Associação Internacional para Estudos da Dor

TRO – Terapia de Reidratação Oral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Assistência à saúde da criança em serviços de emergência.....	18
1.2 Contextualização histórica de instrumentos de triagem no mundo.....	22
1.3 Promoção da saúde hospitalar e o protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria de Fortaleza-CE como estratégia de acolhimento.....	26
2. OBJETIVOS	35
2.1 Objetivos.....	36
3. METODOLOGIA	37
3.1 Tipo de estudo.....	38
3.2 Fases do estudo.....	39
3.2.1 Fase 1 – Construção do guia abreviado a partir do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.....	39
3.2.2 Fase 2 – Validação de conteúdo e aparência.....	43
3.3 Coleta de dados.....	48
3.4 Análise dos dados.....	51
3.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	53
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
4.1 Elaboração do guia abreviado construído com base no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em pediatria.....	55
4.2 Análise dos juízes (validade de conteúdo e de aparência).....	65
5. CONCLUSÕES	106
6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
7. REFERÊNCIAS	115
8. APÊNDICES	128
9. ANEXOS	141

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Assistência à saúde da criança em serviços de emergência

A taxa de mortalidade infantil é um indicador importante de avaliação das condições de vida, de saúde e de qualidade da assistência prestada à saúde de uma determinada população (VICTORA *et al.*, 2006; BUSS; PEREGRINO FILHO, 2006).

No Brasil, estudos demonstram que, nas últimas décadas, vem ocorrendo diminuição progressiva da mortalidade infantil (PNUD, 2005). De acordo com dados do IBGE de 2008, a mortalidade infantil atingiu 20,5 óbitos para cada mil nascidos vivos. No período de 2000 a 2008, a mortalidade, em menores de cinco anos, apresentou decréscimo de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos. Nesse mesmo intervalo de oito anos, a região nordeste apresentou declínio de aproximadamente 23,6 óbitos, o que representa redução de quase o dobro de óbitos observados no Brasil. Todavia a taxa de mortalidade infantil, nessa região (25,2 óbitos) ainda permanece acima das regiões sul (14,8 óbitos), sudeste (16,4 óbitos) e centro-oeste (19,8 óbitos) do país, abaixo apenas da região norte (27,4 óbitos) (BRASIL, 2010).

Assim, mesmo com perceptível quadro de redução da taxa de mortalidade infantil, o Brasil ainda não atende ao índice recomendado para atingir os objetivos de desenvolvimento da ONU para o milênio, proposto no relatório sobre a saúde do mundo em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de reduzir a mortalidade de crianças até cinco anos, em 2/3, entre 1990 (60 óbitos) e 2015 (OPAS, 2008; MOREL, 2004).

No entanto, poucos estudos descrevem as condições de morbimortalidade infantil no mundo. No Brasil, pesquisadores têm empregado diversos parâmetros em busca de demonstrar a realidade dos atendimentos pediátricos em unidades de atenção básica e/ou hospitalares de emergência, devido às deficiências, ainda existentes dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) (TEIXEIRA, 2006).

Muitos fatores influenciam a incidência elevada de mortes infantis no Brasil. Hadad, França e Uchoa (2002), encontraram alto índice de mortes infantis por causas evitáveis, atribuídas às condições socioeconômicas das famílias, à dificuldade de acesso às instituições de saúde e à assistência de qualidade precária.

Em outro estudo, França *et al.* (2001) revelaram que mães de crianças com mortes por causas evitáveis, na ocasião da doença tinham procurado, pelo menos, três unidades de saúde, e identificaram que 46% das mortes ocorreram por falhas do serviço de saúde, que vão contra os princípios de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção.

Em busca de identificar a trajetória entre crianças atendidas em pronto socorro e a acessibilidade às unidades básicas de saúde, Kovacs *et al.* (2005) encontram que 48,3% dos responsáveis procuram os serviços de emergência pediátrica como o primeiro tipo atendimento. Destas, 63,5% apresentaram problemas de saúde que poderiam ter sido solucionados na rede de atenção básica.

Para caracterizar o atendimento na unidade de emergência em Pediatria do Hospital das Clínicas da Unicamp (SP), utilizou-se o número de internamento em observação da emergência e, no período de um ano, verificou-se que 20.028 pacientes até catorze anos de idade foram atendidos, dos quais 1.998 (10%) foram admitidos para observação na unidade e 17.818 (89%) dispensados após consulta médica (RICCETTO, 2007).

Em 2001, estudo americano indicou que, a cada ano, mais de 30.000 crianças e adolescentes chegam a emergências (WIEBE *et al.*, 2001), com 19,2% encaminhados à Sala de Emergência Pediátrica, por necessitarem de cuidados nos primeiros 15 minutos, e os demais, 80,8% não precisarem de atendimentos de emergência (HUANG, 2004).

A busca desnecessária às emergências dos hospitais, em países desenvolvidos, como Estados Unidos, França e Espanha, e em países em desenvolvimento, como Brasil, é ocasionada por fatores socioeconômicos como a pobreza associada à falta de instrução materna, à dificuldade de locomoção e à incapacidade de acompanhamento ambulatorial rotineiro (NICOLAS *et al.*, 2001; RICETTO *et al.*, 2007).

Outros fatores colaboram com o inadequado fluxo de pacientes: falta de definição do doente a ser atendido e livre acesso às urgências/emergências, com atendimento de 24 horas por dia; desinformação acerca da conduta de pais e/ou responsáveis, no adoecimento do filho, que é determinada, na maioria das vezes, pelo grau de sofrimento da família ou do próprio doente; e o desconhecimento do nível de complexidade do atendimento a ser buscado (LIMA *et al.*, 2009; OLIVEIRA; SCOCHI, 2002).

Tais fatores são permeados por questões que envolvem, por um lado, a falta de acesso e resolubilidade da rede de atenção básica e, por outro, a enorme legitimidade dos serviços de emergência sobre a população, por meio de recursos tecnológicos, o que repercute na inadequação da demanda e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços de saúde, corroborando para aumento de complicações e mortes que poderiam ser evitadas.

A despeito disso, no Brasil, o quadro de superlotação dos hospitais mostra que o número de instituições com atendimento de urgência e emergência pediátrica não atende à demanda real. Segundo dados do IBGE (2006), em 2005, existiam 4.012 estabelecimentos hospitalares de atendimento, com especialidades de urgência e emergência pediátricas. No estado do Ceará, por exemplo, os números são alarmantes: de 189 hospitais de emergência, 113 têm

pediatria. Em Fortaleza, de 35 unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), com atendimento emergencial, apenas 19 prestam assistência de emergência pediátrica.

Diante desta realidade, é consenso, entre usuários, trabalhadores e gestores de saúde, a necessidade de mudança na atenção à saúde da criança no SUS no Brasil. O Enfermeiro, membro da equipe de saúde inserido nesse contexto, tem papel fundamental no processo de mudança, com desempenho de funções, responsável e resolutivo, em busca da qualidade do atendimento nos serviços públicos de saúde.

Estudos atuais recomendam que o desempenho do enfermeiro não seja associado somente à experiência clínica e intuição, mas sim a informações válidas e relevantes, com base em pesquisas, devendo levar em consideração, componentes como contexto, ambiente, recursos disponíveis, além das condições e preferências de pacientes como indicadores importantes para cumprimento de seu papel com qualidade (CULLUM *et al.*, 2010; GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004).

Em estudo exploratório, Cioffi (2000) investigou os critérios adotados por enfermeiras de unidade de internação para solicitar a avaliação médica de emergência e, encontrou que na maioria dos casos, utilizavam critérios subjetivos, experiência e intuição, em vez de dados fisiológicos e objetivos, indicadores do real comprometimento do paciente. O fato revela a ausência de critérios que poderiam ser estabelecidos por instrumentos válidos, para orientar a tomada de decisão.

Do mesmo modo, em hospital de urgência americano, Lowe *et al.* (1994) avaliaram a efetividade do instrumento de triagem, encontrando na aplicação, falhas em 41% das triagens, uma vez que os pacientes classificados como não necessitados de atendimento de emergência, receberam intervenção terapêutica, nas 24 horas posteriores. Diante do achado, os pesquisadores recomendaram a validação de instrumentos, antes de serem aplicados à população, minimizando, assim, erros de profissionais, com melhoria da qualidade dos serviços.

Salienta-se que, no Brasil, convencionou-se a substituição do termo triagem, que pressupõe exclusão, pela expressão classificação de risco, o que significa agilidade no atendimento, pela análise do grau de necessidade do usuário, conforme protocolos (BRASIL, 2008b).

Considerando a necessidade de pesquisas voltadas a problemas de triagem e/ou classificação de pacientes, bem como a preocupação de uniformidade do atendimento, pela utilização de instrumentos validados que permitam avaliação mais precisa da gravidade dos sintomas e das condições clínicas dos pacientes, países como Austrália, Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Brasil, entre outros, desenvolveram e validaram escalas e/ou protocolos para avaliar pacientes em situações de urgência e emergência, reorganizar, uniformizar e qualificar o atendimento dos serviços.

1.2 Contextualização histórica de instrumentos de triagem no mundo

Nos serviços de urgência e emergência, sempre se tem alguma forma de triagem. O termo triagem é usado em vários países, definido como sistema de pontuação ou codificação, para atribuição de prioridades com base em necessidades de urgência dos usuários de serviços de saúde pré-hospitalares ou hospitalares, com fundamento na avaliação de parâmetros fisiológicos e em sinais de complexidade a partir de escalas (GRAVEL, 2008; McDONALD, BUTTERWORTH, YATE, 1995).

O primeiro modelo de escala de triagem é a “*Australasian Triage Scale (ATS)*”, criada em 1970, pelo *Australasian College of Emergency Medicine (ACEM)*, posteriormente, em 1990, foi informatizada, testada e validada com o objetivo de classificar pacientes em cinco níveis de prioridade clínica, conforme critérios clínicos de cada nível e estabelecimento do tempo de espera para atendimento médico, conforme prioridade adotada. Recorre-se à triagem primária, para determinar a prioridade, e à secundária, com intervenção de enfermagem,

enquanto o doente aguarda consulta médica. (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009; TONI, 2006).

Posteriormente, em 1994, o Grupo de Triagem de Manchester, composto por médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência do Reino Unido, hoje Inglaterra, deu início à criação da Escala de Triagem de Manchester (*Manchester Triage Scale – MTS*), para fornecer ao avaliador prioridade clínica ao atendimento do paciente, em que o enfermeiro identifica, interpreta, discrimina e avalia a queixa principal com base em sinais e sintomas, mediante entrevista estruturada, seguindo uma série de passos para se chegar à conclusão. A escala de Manchester é representada por cinquenta e dois fluxogramas e por discriminadores gerais (vias aéreas, respiração e circulação) e específicos (dor, hemorragia, nível de consciência, temperatura, duração do problema), os quais se dividem em cinco níveis de prioridades. Vale ressaltar que um único discriminador no paciente avaliado já o classifica no nível mais elevado de prioridade, o que torna a escala poderoso instrumento de tomada de decisão do enfermeiro (SANTOS, 2010; SOUZA, 2009; MOREIRA, 2010).

Em 1999, foi desenvolvida a *Emergency Severity Index (ESI)*, escala de triagem utilizada nos Estados Unidos para facilitar a priorização dos pacientes em departamentos de emergência. É conhecida no Brasil como Índice de Severidade de Emergência (ISE), instrumento constituído por um algoritmo de triagem flexível, rápido, reproduzível e clinicamente relevante para a estratificação de pacientes em cinco grupos, sendo o grupo um de maior gravidade que necessita de mais cuidados, e o grupo cinco que requer menos cuidados e implica menos recursos. Este sistema expande o conceito tradicional de triagem de apenas determinar o tempo necessário para avaliação pelo médico, decidindo o tipo de tratamento de que o paciente necessita (GILBOY *at al.*, 2005; SANTOS, 2010).

Ainda, o Canadá implantou a escala de triagem, *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*, em 1999, tomando por referência à australiana (ATS), adaptando-a a sua realidade. A CTAS baseia-se em diagnósticos de doenças presumíveis, a partir da história clínica detalhada e da avaliação de parâmetros fisiológicos, para classificação de pacientes em cinco níveis, de acordo com a

gravidade dos sinais e sintomas, priorizando atendimento aos mais graves. Em 2001 desenvolveu-se uma escala específica de triagem a pacientes pediátricos, “*Canadian Triage and Acuity Scale Pediatric Guidelines (PaedCTAS)*” (GRAVEL, 2009). Assim como estabelecido na CTAS, na PaedCTAS, em cada nível de prioridade, há descrição das condições clínicas que classificam o paciente em cinco níveis, para o que acrescentam-se cores divididas em azul, vermelho amarelo, verde e branco, sendo a cor azul, referente ao maior nível de prioridade, e a cor branca ao menor (WARREN, 2008).

Em 2002, a Escala de Triagem de Manchester teve sua segunda edição traduzida para o português de Portugal, pelo Grupo Português de Triagem, e passou a ser utilizada nesse país e em outros (FREITAS, 2002), inclusive Brasil. Em 2007, foi assinado o *memorandum* de acordo formal para implementação da escala de Manchester pelo presidente do *Manchester Triage Group* (MTG), e pelos representantes do Grupo Português de Triagem (GPT) e do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), dando permissão ao Brasil, utilizar o método de triagem de Manchester (Memorando entre MTG and GPT and GBCR, 2007).

Em 2007, foi criado o *Pediatric Triage Tool*, instrumento resumido da escala *Australasian Triage Scale (ATS)*, para implantação nos hospitais australianos (SOUZA, 2009). Trata-se de instrumento normativo (protocolo) autorizado pela Política de Conformidade de Processos que fornece evidências baseadas em orientações práticas para reconhecimento da criança doente, no departamento de emergência, mediante sinais e sintomas da criança ou informação dos pais ou responsáveis (LYON, 2007).

Em 2008, o serviço de saúde do Canadá desenvolveu o sistema de gestão eletrônica de triagem – *Complaint Oriented Triage – COT 2008*, do *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*, na versão pediátrica e adulta. Informatizado, o sistema auxilia na redução do tempo de consulta e a padronizar a classificação de risco (SISTEMA COMPLAINT ORIENTED TRIAGE – COT, 2008). A versão computadorizada do PaedCTAS foi validada em hospital terciário, em 2009, em que se constatou uma associação estatisticamente significativa entre

admissão ao hospital e à unidade de tratamento intensivo pediátrico, com a permanência no serviço de emergência ($p < 0.001$). Este resultado sugere que a versão computadorizada do “*Complaint Oriented Triage – COT 2008*” é um instrumento válido para a triagem de crianças e adultos em pronto-atendimento de hospital terciário (SOUZA, 2009; GRAVEL, 2009).

A “*Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*”, foi traduzida e validada no Brasil, em estudo de adaptação transcultural e validação da escala, o que determina a possibilidade de sua utilização pelos serviços hospitalares de emergência brasileiros (PIRES, 2003).

O primeiro modelo de protocolo de classificação de risco foi criado em Belo Horizonte, em 2003, cidade pioneira pela implantação do protocolo do Hospital Odilon Beherns (HOB), com a finalidade de reorganizar a porta de entrada das unidades da rede hospitalar de urgência. O referido protocolo trabalha cinco prioridades associadas às cores vermelha I e II, amarela, verde e azul. Para todas as cores e níveis de prioridades foram definidos os critérios clínicos que serviram de guia de avaliação para o enfermeiro, significando cada cor determinado tempo de espera para o atendimento médico e para reavaliação de enfermagem (SOUZA, 2009).

Em busca de melhorar a qualidade da assistência em hospitais de urgências e emergências, a criação e validação de escalas de triagem no mundo, e de protocolos no Brasil, tornam-se ferramentas necessárias. Esta é uma preocupação que vem sendo discutida pelo Ministério da Saúde, pois, em vários estados, protocolos estão sendo implementados, como no Estado do Ceará, mais precisamente em Fortaleza, com protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria.

1.3 Promoção da saúde hospitalar e protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria de Fortaleza-CE

Os princípios norteadores da formulação e implantação de políticas públicas para o processo de trabalho, em unidades hospitalares, buscam fundamentação em documentos de orientação, com base nos princípios da promoção da saúde como a Carta de Ottawa, a Declaração de Budapeste e a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

Os documentos preveem reorientação dos sistemas de saúde voltados às necessidades dos pacientes, facilitação do acesso e aumento da qualidade da assistência, por meio de profundas modificações na gestão e oferta de serviços, na equidade de acesso e na formação de recursos humanos em saúde, integrando promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação de pacientes (ROTI, 2005; SILVA, 2007; SIDOTI, 2007).

Algumas ações que dão melhor qualidade de atendimento ao paciente em unidade hospitalar podem ser ressaltadas a partir da declaração de Budapeste. Para este estudo, pela pertinência e importância da educação da equipe e de pacientes, no contexto hospitalar, elegem-se quatro ações, entre elas: 1. Aumentar a conscientização acerca do impacto do ambiente, sobre o estado de saúde de pacientes, profissionais e comunidade, pois o ambiente físico hospitalar apoia, mantém e melhora o processo de cura; 2. Fazer da promoção da saúde hospitalar modelo para serviços e locais de trabalho saudáveis; 3. Melhorar a oferta e qualidade dos programas de educação e qualificação da formação do pessoal e 4. Desenvolver base de dados epidemiológicos, especialmente relacionadas com a prevenção de doenças e danos, bem como comunicação de informação a gestores de políticas públicas e instituições da comunidade (BASTABLE, 2010).

Entre as ações de promoção da saúde, instituídas no intento de qualificar a saúde hospitalar no Brasil, destaca-se o estabelecimento de medidas pelo Ministério da Saúde, entre as quais, Política Nacional de Humanização

(PNH), criada no ano de 2003, reconhecida no Pacto pela Saúde, conforme Portaria nº. 339 de 22/02/2006 (BRASIL, 2006a), que visa à melhoria da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde.

Uma das estratégias previstas na PNH é o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), definido pelo Ministério da Saúde como a forma humanizada de atenção à clientela. O plano destina-se a reorganizar o processo de acolhida das pessoas, nas unidades de saúde, garantindo-lhes condições adequadas de assistência (BRASIL, 2008a).

De acordo com critérios determinados pela PNH, pacientes que buscam atendimento de saúde têm acolhimento, para tanto é necessário existir uma equipe multiprofissional qualificada, capaz de identificar necessidades e determinar prioridades. Capacidade de comunicação, boa interação com profissionais da saúde, pacientes e familiares; paciência, agilidade, discrição, julgamento crítico, ética e solidariedade são competências necessárias aos membros da equipe (BRASIL, 2006a).

O enfermeiro, como membro da equipe, proporciona ao paciente escuta qualificada do relato da história da doença, com base na com queixa principal que leva o paciente a buscar pronto-atendimento, incluindo-se investigação sobre início, evolução e duração dos sintomas, aparência física, estado emocional, uso de medicações ou medidas adotadas antes de buscar o atendimento, história de alergias, entre outros. Como critérios de classificação, consideram-se apresentação da doença, sinais de alerta, aparência do paciente e experiência do profissional. Para isso deverão ser levados em consideração os sinais vitais, peso da criança, saturação de oxigênio, escala da dor, Escala de Coma de Glasgow (ECG), glicemia, entre outros (BRASIL, 2008b).

O enfermeiro tem a responsabilidade de receber o paciente de forma solidária e acolhedora, fazer avaliação breve e classificá-lo conforme protocolo padronizado, além de esclarecer-lhe a expectativa de atendimento, encaminhando-o ao local de atendimento médico e reavaliando-o, se necessário, conforme o protocolo, tendo em vista que o serviço de ACCR é um processo dinâmico

(BRASIL, 2006a). Para Mafra (2006) os protocolos de ACCR são instrumentos de regulação, necessários à ordenação de assistência à demanda por serviços de saúde, no entanto, não se configuram como instrumento de diagnóstico médico.

O objetivo do protocolo de acolhimento com classificação de risco é facilitar a identificação de urgências e emergências no atendimento, conforme a complexidade e gravidade, organizar espaços físicos a fim de reduzir a superlotação, otimizar tempo e recursos (BRASIL, 2008b). Também constitui documento de referência do Ministério Público para controle de questões jurídicas de casos que envolvem assistência à saúde, bem como assegura o exercício profissional das equipes que atuam no ACCR (MAFRA, 2006).

A prioridade de atendimento é feita pelo enfermeiro, classificando pacientes nos níveis de I a V representados por cores: nível I e II, vermelho I e II - necessitam de atendimento médico e de enfermagem imediato e são encaminhados diretamente à sala de emergência; nível III, amarelo - pacientes necessitam de atendimento médico o mais rápido possível, em até trinta minutos, porém sem risco imediato de morte, encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem; nível IV, verde - pacientes em condições não agudas, porém encaminhados com prioridade ao atendimento médico em até uma hora, ou reavaliados pelo enfermeiro a cada hora; e, por fim, nível V, azul - que corresponde às demais condições não agudas, com pacientes atendidos pelo pronto-atendimento, por ordem de chegada, ou referenciados a outra instituição da atenção básica (Brasil, 2008b).

Entretanto, de acordo com critérios estabelecidos pelas diretrizes para o acolhimento com avaliação e classificação de risco do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), e propostos em protocolos de instituições de urgência e emergência, a avaliação do paciente, pelo enfermeiro, deve ser realizada de forma rápida, motivo por que se espera que os protocolos sejam rigorosamente seguidos, a fim de evitar erros de classificação na tomada de decisão.

Diante da realidade, em 2008, a Secretaria Municipal de Saúde, com apoio do Ministério da Saúde, pela iniciativa de profissionais, decidiu desenvolver

Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria e implantá-lo em prontos-socorros, como forma de atender aos critérios da PNH.

Assim, o protocolo teve apoio do Ministério da Saúde e seguiu os passos na construção de protocolos propostos por Brasil (2006b), conforme critérios dispostos na Política Nacional de Humanização, bem como princípios de classificação de risco do Protocolo do Hospital Odilon Behrens (HOB), constituído por 35 laudas, em que as 10 iniciais trazem informações básicas, conforme Anexo A.

O Prefácio faz contextualização histórica de inserção do processo de acolhimento com classificação de risco dentro da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Posteriormente, há uma relação de autores, instituições envolvidas, gestores, articuladores da proposta de validação nos hospitais de Fortaleza, bem como de potenciais utilizadores.

Para ser utilizado, o protocolo foi encaminhado para ser reconhecido pelas seguintes instituições: Ministério da Saúde, Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – QualiSUS, Política Nacional de Humanização (PNH), Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, Universidade e Faculdades de Medicina e Enfermagem, Conselho Regional de Medicina do Ceará (CRM-CE) e Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (COREN-CE).

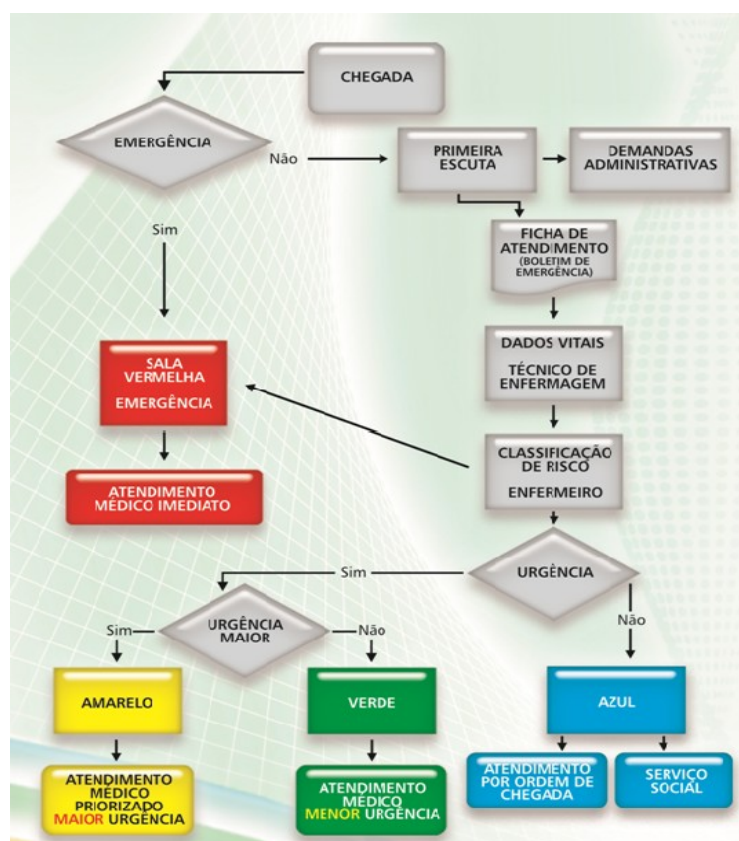
Referências teórico que serviram de base para construção do protocolo, foram: *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)*; *Australasian Triage Scale (ATS)*, *Manchester Triage Scale (MTS)*; *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*; *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*; *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*; Projeto de Acolhimento do pronto-socorro do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti; Cartilha do 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; e Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Municipal Odilon Behrens.

No protocolo de ACCR em Pediatria, também foram descritos conceitos importantes de classificação de risco: conceito de Urgência, que expressa ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata, e conceito de Emergência, que consiste na constatação médica de agravo à saúde que implique risco iminente de morte, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (Brasil, 2008b).

Entre as informações, constam orientações de uso, resultados esperados e modelo de fluxograma de atendimento, conforme figura 1, abaixo:

Fluxograma 1 – Fluxograma do processo de atendimento. Acolhimento com classificação de risco. Hospitais municipais de Fortaleza.



Fonte: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza-CE. Ministério da Saúde.

O corpo do protocolo é composto por 17 laudas, correspondentes aos critérios de classificação propriamente ditos: duas laudas para classificação de risco de prioridade I – cor vermelha; sete laudas de descrição dos critérios de classificação de prioridade II – cor laranja; três laudas para classificação de pacientes com prioridade III – cor amarela; três laudas para classificação de prioridade IV – cor verde; e duas laudas para classificação de prioridade V – cor azul.

Os critérios de prioridade de atendimento conforme cores, estão relacionados em uma lauda, conforme a seguir: pacientes classificados na cor “vermelha”, não se submetem à classificação de risco. Casos de “ressuscitação” são levados à Sala de Ressuscitação, após acionamento de sinal sonoro. Demais emergências, classificadas na cor “vermelha II” ou “laranja”, remetem-se a Sala de Emergência sem sinal sonoro ou são priorizados nos consultórios. Os classificados em “amarelo”, sem risco imediato de morte, encaminham-se diretamente à sala de consulta de enfermagem onde aguardam atendimento médico devidamente acomodados em cadeira, por até trinta minutos. Pacientes classificados na cor “verde”, em condições não agudas, porém encaminhados com prioridade ao atendimento médico em até uma hora, ou reavaliados pelo enfermeiro a cada hora, também aguardam atendimento médico devidamente acomodados em cadeira e informados sobre que pacientes mais graves são atendidos antes. E, por fim, pacientes classificados “azul”, em outras condições não agudas, também aguardam atendimento médico devidamente acomodados em cadeira, atendidos pelo pronto-atendimento por ordem de chegada e informados sobre que pacientes mais grave são atendidos antes.

Em caso de superlotação, pacientes classificados em nível de risco azul são referenciados a outra instituição de atenção básica, após contato telefônico prévio ou por documento escrito, com garantia de atendimento.

O fluxograma de encaminhamento e destino do paciente está descrito em uma lauda, conforme figura 2.

Fluxograma 2 – Fluxograma da Classificação. Acolhimento com classificação de risco. Hospitais municipais de Fortaleza.



Fonte: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza-CE. Ministério da Saúde.

Quatro laudas compõem os “Anexos” do protocolo de ACCR, que dão suporte a classificação de risco com base em observações objetivas por meio da avaliação dos sinais vitais e escalas previamente conhecidas como: Anexo A – valores de referência de sinais vitais (T, FC, FR e PA) de criança, específica por idade; Anexo B – Escala de Coma de Glasgow (ECG); Anexo B – Escala de Dor; e, Anexo D – Avaliação da Superfície Corporal Queimada (SCQ).

As duas últimas laudas contêm a relação de Unidade Básica de Saúde e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e Mapa de risco das microáreas divididas em seis Regionais do Município de Fortaleza.

Após três anos da criação e implantação, tem-se percebido pouca utilização do Protocolo de ACCR em Fortaleza nos setores de acolhimento dos hospitais, ao qual se pode relacionar a dificuldade do processo de implantação e pouca divulgação da estratégia de acolhimento, além da baixa adesão por parte dos profissionais do setor. Acrescenta-se ainda, o volume textual do instrumento, o que dificulta a sua consulta no momento da classificação de risco, no setor de emergência, levando os enfermeiros, muitas vezes, à utilização de critérios como experiência e intuição na determinação de prioridades de atendimento.

Desse modo, há necessidade de utilização de protocolo, bem como da criação de sua versão resumida a fim de favorecer melhor abordagem do paciente e assegurar a tomada de decisão do enfermeiro nos serviços de emergência. Considera-se o instrumento resumido importante estratégia para promover a utilização do protocolo nos prontos-socorros infantis. Destarte, a versão resumida não substituirá o protocolo, pelo contrário, o mesmo deverá ser usado juntamente e consultado sempre que necessário.

Com intuito de pesquisar a relevância da classificação de risco, na área da pediatria, e a necessidade de averiguar, na mesma área, a utilização de instrumentos resumidos no Brasil e no mundo, fez-se necessário um levantamento bibliográfico sobre publicações do eixo “Escalas de triagem pediátricas”, nas bases de dados *Latin American and Caribbean Health Science Literature Database* (LILACS), *National Library of Medicine* (PUBMED) e *Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), de relevância para a Enfermagem, utilizando os termos *triage/triagem*, *pediatrics/pediatria* e *scale/escala*, cadastrados nos Descritores das Ciências da Saúde (DECS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), sendo observado somente um instrumento relacionado, o cartaz “Dengue – Classificação de risco para prioridade do atendimento”, no Brasil, o *Complaint Oriented Triage - COT 2008* (versão computadorizada da CTAS) no Canadá, e o *Pediatric Triage Tool* (instrumento resumido da ATS) na Austrália, já citados anteriormente.

Pelo exposto, esta pesquisa é relevante, por construir e validar uma versão abreviada a fim de tornar factível a utilização do Protocolo de Acolhimento

com Classificação de Risco em Pediatria, e permitir aos enfermeiros visualização instantânea de sinais e sintomas, segundo queixa principal de pacientes, para agilizar, padronizar e assegurar a classificação de risco de crianças em unidades de emergência, melhorando, assim, a qualidade de assistência.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Construir guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria;

2.2 Validar o conteúdo e aparência do guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, a qual tem seu foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas. O objetivo desse tipo de estudo é a elaboração, avaliação e validação de instrumentos para torná-los confiáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Muitos fenômenos de interesse para a pesquisa e prática de enfermagem ainda não são tangíveis, e o reconhecimento da necessidade de medi-los motiva pesquisadores desenvolver ou adaptar instrumentos de medição ou técnicas de coleta de dados e submetê-los às etapas de investigação controlada para ter certeza de que se trata de medidas válidas e confiáveis, capazes de operacionalizar o construto em que estão sendo testados (LOBIONDO-WOOD, 2001).

Diante disso, pesquisadores tem se proposto em desenvolver esse tipo de estudo, construindo e validando folders, cartilhas, guias de orientação, manuais de instrução, álbuns seriados, escalas, cartilhas educativas, entre outros, a fim de serem utilizados em pesquisa ou prática profissional. (FREITAS, 2010; LOPES, 2009; JOVENTINO, 2010; PRADO, 2011; FONSECA *et al.*, 2004).

Dessa maneira, este estudo desenvolveu um guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria, utilizando as etapas de construção de instrumentos propostas por Lobiondo-Wood e Haber

(2001); além de submetê-lo à apreciação de um comitê de juízes *experts* no tema, para validação de conteúdo e aparência (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Sendo assim, o desenvolvimento do estudo ocorreu em duas fases: a primeira tratou da elaboração do guia abreviado a partir do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria, da seleção e conceituação dos indicadores de risco e da distribuição das condições clínicas, de acordo com a classificação de risco. A segunda reportou-se à validação de conteúdo e de aparência do instrumento por parte dos juízes.

Para tornar possível a realização da pesquisa, solicitou-se autorização junto a Coordenação Geral do Sistema Municipal de Saúde Escola do Município de Fortaleza, para o que se obteve a autorização formal do órgão anteriormente mencionado, assinada pela coordenadora, Doutora Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante (ANEXO A).

3.2 Fases do estudo

3.2.1 Fase 1 – Construção do guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria

Nesta etapa realizou-se o levantamento e aprofundamento do construto “Classificação de risco de crianças atendidas nos serviços de saúde” pela revisão de literatura a fim de encontrar conceitos e teorias relacionados ao objeto de estudo, bem como instrumentos de medida válidos e confiáveis.

Para LoBiondo-Wood (2001), o universo de conteúdo fornece estrutura e base de construto, sendo responsável pela elaboração de questões que o representam adequadamente. Assim, o pesquisador começa com definição do conceito pela revisão de literatura, explorando como investigadores anteriores

definem e operacionalizam variáveis semelhantes às de interesse no estudo atual. Em uma segunda revisão de literatura, o pesquisador busca instrumentos de medição que poderiam ser utilizados na versão original ou adaptados ao estudo atual. Se não existirem instrumentos, o pesquisador formula-os com questões que refletem o conceito e suas dimensões, para, posteriormente, validá-los antes de serem aplicados em pesquisa.

É oportuno ressaltar que, neste estudo, a construção do guia abreviado desenvolveu-se à luz do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria, construído com base em instrumentos criados para o mesmo fim. Trata-se de escalas de triagem validadas internacionalmente em vários países e de programas de suporte de vida utilizados para nortear a avaliação de parâmetros à pacientes em situações de emergência: *Canadian Triage & Acuity Scale (CTAS)*, o *Australasian Triage Scale (ATS)* e o de *Manchester Triage System (MTS)*, *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, *Advanced Cardiology Life Support (ACLS)* e *Pediatric Advanced Life Support (PALS)* (BRASIL, 2008b).

Também foram referências para construção do protocolo ACCR de pediatria, a Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização/MS, Projeto de Acolhimento do Pronto-socorro do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs de Belo Horizonte e o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Municipal Odilon Behrens (Brasil, 2008b).

Desta forma, o guia abreviado foi construído a partir do conteúdo do protocolo ACCR de pediatria e, para orientar quanto a sua estrutura, foi utilizado o instrumento australiano *Paediatric Triage Tool*, versão resumida da escala de triagem pediátrica australiana (*Australasian Triage Scale – ATS*), além de outras referências tidas como relevantes.

O instrumento *Paediatric Triage Tool* não substitui a escala australiana (*Australasian Triage Scale - ATS*), todavia é indicado como guia de orientação para auxiliar a tomada de decisão do enfermeiro nos serviços de emergência

pediátrica. A versão resumida foi construída com base em discriminadores do programa de Suporte Avançado de Vida (ATLS) utilizando o acrônimo ABCD, acrescido de P e D, representativos das funções fisiológicas, em que: A – corresponde a *Airway* (Vias Respiratórias), B – *Breathing* (Respiração), C – *Circulation* (Circulação), D – *Desability* (Consciência), P – *Pain* (Dor) e D – *Dehydration* (Desidratação) (LYON, 2007).

Sendo assim, a construção do guia abreviado seguiu a sequência das prioridades apresentadas por indicadores de risco de saúde (ABCDDP), do instrumento *Paediatric Triage Tool*, com as seguintes alterações: 1) juntou-se os dois primeiros indicadores (Vias Aéreas e Respiração) em um único indicador; 2) acrescentou-se o termo Hemodinâmica ao indicador Circulação; 3) acrescentou-se o termo Nível, ao indicador Consciência; manteve-se o indicador Dor conforme instrumento original; e, 4) substituiu-se o termo Desidratação por Hidratação/Eliminação.

As condições clínicas, sinais e sintomas presentes no protocolo de ACCR em Pediatria, foram distribuídos nos indicadores de risco, dispostas na ordem decrescente de complexidade que identificam o nível de prioridade do paciente pelas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul, de acordo com as diretrizes da estratégia de acolhimento com avaliação e classificação de risco.

A proposta do layout para construção do guia abreviado seguiu as tendências de outros instrumentos construídos para tornar mais factível a abordagem clínica de pacientes atendidos nos serviços de saúde brasileiros, disponíveis no site do Ministério da Saúde, entre eles pode-se citar: as “Recomendações para o tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes”, “Dengue – Classificação de risco para prioridade do atendimento”, “Saiba como cuidar e controlar o Diabetes”, entre outros (BRASIL, 2011).

Estudo de análise dos cartazes do Ministério da Saúde do período de 2000 a 2011, sobre prevenção de AIDS, constatou que na construção destes materiais deve-se dar enfoque à estrutura, bem como aos elementos virtuais e

textuais no subsídio de estratégias publicitárias de comunicação em saúde (CHAGAS, 2011).

Diante disso, organizou-se o layout do guia abreviado em sete linhas e cinco colunas interrelacionadas, vertical e horizontalmente (semelhante à tabela), com cores (vermelha, laranja, amarelo, verde e azul), em tons claros e discretos, que possibilitem o contraste à letras de cor preta, conforme instrumento *Paediatric Triage Tool*, também desenvolvido nesses parâmetros, de acordo com o quadro 1.

Quadro 1 – Proposta de construção de um guia abreviado do Protocolo de ACCR em Pediatria do Município de Fortaleza, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC, 2011.

INDICADORES DE RISCO									
VIAS AÉREAS/ RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO/ HEMODINÂMICA		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		DOR		ELIMINAÇÃO /HIDRATAÇÃO	
Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos
VERMELHO									
LARANJA									
AMARELO									
VERDE									
AZUL									

Fonte: Próprio autor.

Sendo assim, na primeira linha, foram descritos os indicadores de risco, em cinco colunas do guia abreviado. A primeira coluna relaciona-se ao indicador vias aéreas/respiração; a segunda, à circulação/hemodinâmica, terceira ao nível de consciência, quarta à dor e quinta à eliminação/hidratação. A partir da segunda linha as colunas foram subdivididas em dez subcolunas. Nesta apontou-se a queixa principal e os sinais objetivos relacionados conforme classificação de risco preconizada no protocolo original, distribuídos na ordem decrescente de nível de prioridade e representados por cores, a saber: terceira linha do instrumento representada pela cor vermelha, correspondente ao nível máximo de complexidade de risco (casos de ressuscitação); quarta linha representada pela cor laranja, correspondente ao alto nível de complexidade de risco ou iminência de parada cardiorrespiratória; a quinta linha apresenta-se na cor amarela para

pacientes em situação de urgência ou descompensados; sexta linha representada pela cor verde, correspondendo a pacientes com indicação de atendimento prioritário, porém, compensados e, a sétima linha composta pela cor azul que caracteriza pacientes não urgentes.

Para seleção de itens do protocolo incluídos no guia abreviado, buscou-se fundamentação na literatura pertinente, a fim de justificar a escolha de sinais, sintomas e parâmetros melhores, relacionados às queixas de pacientes.

Além disso, também foi levada em consideração a vivência da pesquisadora, pois tem desenvolvido sua prática assistencial, na unidade hospitalar de emergência pediátrica e adulto, no município de Fortaleza-CE, desde 2001.

3.2.2 Fase 2 – Validação do conteúdo e aparência do guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria

Após a construção de instrumentos, faz-se necessária a sua validação para se verificar se as medidas representadas no construto são válidas e confiáveis. A qualidade dos instrumentos, à medida que a validade e confiabilidade são demonstradas, tem influência profunda sobre as descobertas dos estudos, afastando erros aleatórios e sistemáticos e aumentando a credibilidade de sua utilização na prática (LOBIONDO-WOOD, 2001).

Existem vários métodos de avaliação da validade de um instrumento. No entanto, neste estudo optou-se por trabalhar a análise de conteúdo e aparência do guia abreviado, pela avaliação teórica do construto por parte de juízes.

A validade de conteúdo representa o universo ou o domínio de um dado construto, visto que verifica a adequação da representação comportamental de questões relacionadas ao conteúdo (LOBIONDO-WOOD, 2001).

Este método de validação baseia-se, necessariamente, no julgamento de juízes peritos, com experiência na área de domínio do conteúdo. Para esta tarefa é chamado um grupo de juízes para analisar os itens e julgar sua relevância, se abrangentes e representativos ou se o conteúdo se relaciona com o que se deseja medir, bem como verificar sua adequação comportamental (CASSIANI, 1987; OLIVEIRA, 2008).

No presente estudo, optou-se por estabelecer uma concordância de 80% entre os juízes que serviu de critério de decisão para permanência do item considerado representativo do conceito a que teoricamente se refere e, caso o valor não fosse atingido, este item deveria ser descartado (PASQUALI, 1998).

A análise que trata do julgamento sobre a pertinência e adequação dos indicadores de risco (vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência, dor, eliminação/hidratação), em cada item; bem como de sua relevância, no guia como um todo, foi realizada para se obter a validade de conteúdo do instrumento (PASQUALI, 1998).

A validade de aparência ou de rosto, forma subjetiva de validação do instrumento, consiste no julgamento de juízes quanto à clareza, compreensão e legibilidade do conteúdo dos itens, bem como da forma de apresentação do instrumento. Trata-se de uma avaliação superficial realizada pelos que se utilizam do instrumento para verificar se os itens são compreensíveis para a população à qual o instrumento se destina (LOBIONDO-WOOD, 2001).

Em relação a esta validade, consideraram-se como claras e compreensíveis as afirmações que obtiveram concordância de, pelo menos, 70% dos juízes, conforme Joventino (2010) considerando Pupulim (2009), os quais referem que essa condição possa variar de 70% a 80%.

Nesse tipo de pesquisa, há na literatura opiniões sobre a escolha do número de juízes necessários para validação de instrumentos. Pasquali (1997) sugere seis a vinte sujeitos, compondo-se, no mínimo, de três indivíduos que podem ser divididos em grupos de profissionais especialistas. No entanto, Lynn

(2004) recomenda um mínimo de cinco e, um máximo de dez. Para Alexandre (2010), ness decisão, deve-se levar em consideração as características do instrumento e a formação, qualificação e disponibilidade dos profissionais. LoBiondo-Wood (2001) cita estudo com apreciação de um grupo de dez especialistas para avaliar clareza, relevância do item e do instrumento como um todo.

Desta forma, foram seguidas as propostas de Alexandre (2010) e Pasquali (1997), em que se considerou a distinção do conceito do construto e a especificidade do instrumento a ser desenvolvido. Assim, considerou-se coerente dividir os juízes em dois grupos distintos: grupo de juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) e grupo de juízes técnicos (enfermeiros), para a validade de conteúdo e de aparência.

Destarte, o guia abreviado do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria foi avaliado pelos juízes de conteúdo, docentes/pesquisadores, com conhecimento em construção/validação de instrumentos e por juízes técnicos, enfermeiros com experiência clínica em classificação de risco em emergência pediátrica (público-alvo para o qual o instrumento foi desenvolvido).

Elegeu-se, então, um comitê de juízes de conteúdo selecionados por meio da pesquisa por “Assunto” na Plataforma *Lattes*, em todo país. A seleção dos juízes deu-se da seguinte maneira:

Após acessado o site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq), foi selecionada a “Plataforma Lattes”, em seguida, na janela Currículo Lattes, escolheu-se a opção “Buscar”. Na janela “Buscar Currículo Lattes”, o primeiro passo foi escolher o tipo de busca, clicando no quadro “Assunto”, e, no espaço reservado para especificar o assunto da produção, escreveu-se “Construção e Validação de Escalas” (1ª busca); “Estudos de Validação” (2ª busca); “Adaptação Transcultural, Validação e Confiabilidade de Escalas” (3ª busca). No segundo passo, foram selecionadas as bases “Doutores” em vez de “demais pesquisadores”, pois pretendeu-se selecionar

docentes/pesquisadores com nível de excelência no assunto de validação de conteúdo. O terceiro passo foi aplicar filtros aos resultados por “Área de Atuação” selecionando-se como Grande Área “Ciências da Saúde”, na Área de “Enfermagem” e Subárea “Enfermagem Pediátrica”.

Após análise dos currículos lattes, foram selecionados 23 docentes/pesquisadores, com indicador de frequência ao assunto maior ou igual a 70%.

Os juízes de conteúdo também foram escolhidos segundo o sistema de classificação de juízes descritos por Joventino (2010) adaptados de Fehring (1994), adequados a este estudo, com seleção dos que atingiram uma pontuação mínima de 5 pontos conforme quadro a seguir:

Quadro 2 – Critérios de seleção para juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) em enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC, Fortaleza-CE, 2011.

JUIZES DE CONTEÚDO	PONTUAÇÃO
Possuir Tese ou Dissertação na área de interesse*	2 pontos/trabalho
Ter autoria de pelo menos um trabalho publicado em periódico indexado na área de interesse*	1 ponto/trabalho
Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolva as temáticas da área de interesse*	1 ponto
Ter Participado de bancas avaliadoras de Tese, Dissertação ou Monografia de Graduação ou Especialização, que envolvam a temática construção e validação na área de interesse *	1 ponto
Ter experiência docente em Disciplinas da área de interesse*	1 ponto/ano
Ter atuação prática em Unidade Pediátrica	0,5 ponto/ano
Ter orientado de Tese, Dissertações ou Monografias nas temáticas da área de interesse*	0,5 ponto/trabalho

*Área de interesse: Construção e validação de instrumentos de medida na área de enfermagem; Enfermagem em emergência pediátrica; Assistência a pacientes em Unidade de Tratamento Intensivo em Pediatria (UTIP); Saúde da criança e do adolescente. Fonte: Joventino (2010) adaptado.

Pela análise da pontuação (Quadro 2), 10 docentes/pesquisadores tiveram pontuação acima de cinco e foram selecionados para participar como juízes na análise do guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.

Os juízes técnicos, participantes do estudo, deveriam ter conhecimento comprovado em acolhimento com classificação de risco em pediatria, enfermagem em emergência pediátrica, assistência a pacientes em unidade de tratamento intensivo em pediatria (UTIP) e/ou saúde da criança e do adolescente e, foram selecionados por meio da amostragem de rede ou bola de neve.

Segundo LoBiondo-Wood (2001), trata-se de estratégia não probabilística e intensional, para localizar amostras levando-se em consideração as redes sociais. Nessa amostragem especial, identificou-se primeiramente um sujeito, que se enquadrou nos critérios necessários de elegibilidade, descritos anteriormente e, para esse, solicitou-se que indicasse outros possíveis participantes.

Além disso, os enfermeiros com conhecimento clínico em emergência pediátrica também foram escolhidos, segundo Freitas (2010) conforme critérios de Fehring (1994), adaptados a esta pesquisa, os quais deveriam obter uma pontuação mínima de 05 pontos, de acordo com quesitos do sistema de classificação de juízes do quadro a seguir:

Quadro 3 – Critérios de seleção para juízes técnicos (enfermeiros especialistas), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, Fortaleza-CE, 2011.

JUÍZES TÉCNICOS	PONTUAÇÃO
Ter experiência na prática clínica	0,5 ponto/ano
Tempo de atuação prática em Unidade de Emergência no Setor de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediátrica	1 ponto/ano
Participação em habilitação para a implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco realizado pela Prefeitura de Fortaleza-CE	2 pontos
Ter experiência docente no ensino médio da área de interesse*	0,5 ponto/ano

Ter experiência docente no ensino superior da área de interesse*	1 ponto/ano
Possuir Especialização na área de interesse*	1 ponto
Ter Participado de congressos na área de interesse	0,5 ponto/evento
Ter apresentado trabalhos em congressos na área de interesse	0,5ponto/trabalho
Ter autoria em trabalho publicado em periódico indexado na área de interesse*	1 ponto/trabalho

*Área de interesse: Acolhimento com Classificação de Risco; Enfermagem em emergência pediátrica; Assistência a pacientes em Unidade de Tratamento Intensivo em Pediatria (UTIP); Saúde da criança e do adolescente. Fonte: Joventino (2010) adaptado.

Assim, selecionou-se um comitê composto por 09 juízes técnicos, com pontuação acima de 05 pontos, residentes em Fortaleza, uma vez que o protocolo de ACCR em pediatria é uma realidade local.

Logo, o grupo de juízes selecionados para avaliação e validação de conteúdo e aparência do guia abreviado foi formado por 10 juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) e por 09 juízes técnicos (enfermeiros peritos em ACCR), perfazendo total de 19 juízes.

Além disso, fez-se uma adaptação quanto ao número de juízes, segundo proposta de Vianna (1982) e Joventino (2010), com opção pelo número ímpar, por evitar empate de opiniões e possibilitar decisão majoritária.

3.3 Coleta de dados

O período de coleta teve início com a construção do Guia abreviado, nos meses de janeiro a maio de 2011, com etapa de validação de conteúdo e de aparência pelos juízes, no período de junho a setembro de 2011.

Para análise do instrumento previamente elaborado, foi entregue e/ou enviado por email aos juízes de conteúdo e técnicos, um *kit* com os seguintes documentos: 1. carta-convite (APÊNDICE A), conceituando classificação de risco

em unidade de emergência pediátrica e sua importância para melhoria do atendimento às crianças em situações de risco, bem como a importância do desenvolvimento do guia abreviado, baseado no protocolo da ACCR em pediatria, para posterior divulgação e utilização em instituições de saúde de Fortaleza-CE, 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), 3. Questionário de caracterização dos juízes (APÊNDICE C), 4. *Check-list* (APÊNDICE D) para validação do conteúdo e aparência, acrescido de orientações para preenchimento e 5. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria de Fortaleza (Brasil, 2008b), para consulta (ANEXO B).

O questionário de caracterização dos juízes (APÊNDICE C) constou de questões fechadas e abertas, com informações de identificação, formação, qualificação, trajetória profissional e produção científica.

O *check-list* (APÊNDICE D) abordou a validação de conteúdo e aparência pelos seguintes critérios:

- 1) clareza e compreensão com as seguintes opções de resposta: 1.confuso, 2.pouco claro e 3.claro;
- 2) associação à classificação de risco (1.vermelha, 2.laranja, 3.amarela, 4.verde, 5.azul);
- 3) associação ao indicador clínico de risco (1.respiração, 2.circulação/hemodinâmica, 3.nível de consciência, 4.dor, 5.eliminação/hidratação);
- 4) relevância da presença do instrumento no serviço de acolhimento com classificação de risco (1.sim, 2.não);
- 5) o grau de relevância (1.irrelevante, 2.pouco relevante, 3.realmente relevante, 4.muito relevante)

Ressalta-se que o referido *check-list* conteve um espaço destinado à observação e sugestão de modificação de conteúdo e *layout*, para controle e organização da fase de validação.

Aos juízes de conteúdo (pesquisadores/docentes), os instrumentos foram entregues pessoalmente pela pesquisadora ou enviados por correio eletrônico, conforme localização geográfica de habitação, para eles foi concedido prazo de quinze dias para devolução dos instrumentos avaliados. Aos que não os devolveram dentro do período estabelecido previamente, foi feito um novo contato, pessoalmente, por telefone ou email, dando-lhes mais esclarecimentos, enfatizando a importância da avaliação, bem como concessão de prazo de mais sete dias para devolução. Os juízes que não devolveram, no prazo de vinte e dois dias, foram excluídos da pesquisa.

De 10 kits enviados aos juízes de conteúdo que atenderam a pontuação estabelecida, somente quatro responderam dentro do prazo estabelecido abrangendo as cidades do Rio de Janeiro e Fortaleza.

Para os juízes técnicos que foram enfermeiros alocados no município de Fortaleza, o material foi entregue pessoalmente pela pesquisadora, com esclarecimentos sobre os procedimentos de avaliação do instrumento, colocando-se à disposição para dúvidas posteriores. Também, estipulou-se prazo de quinze dias para devolução. Sem devolução no período estabelecido previamente, fez-se um novo contato pessoal da pesquisadora com o juiz, com outros esclarecimentos, dando ênfase à importância da avaliação, bem como concessão de prazo de mais sete dias para devolução do instrumento avaliado. Pelo não cumprimento do prazo de vinte e dois dias, os juízes foram excluídos da pesquisa. Logo, foram entregues 09 kits aos juízes técnicos, sendo que somente cinco responderam ao solicitado.

A esses juízes, a pesquisadora entregou-lhes pessoalmente o material, pondo-se à disposição para possíveis questionamentos. Em alguns casos, foi solicitada a colaboração da pesquisadora quanto a uma melhor explicação de como realizar a leitura do material, apesar de ter sido entregue o kit com explicação do procedimento. A pesquisadora prontamente atendeu as solicitações, facilitando o processo de análise dos juízes.

Ressalta-se que o objetivo da etapa de análise dos juízes foi de verificar a clareza, compreensão, adequação da representação comportamental dos atributos e relevância, ou seja, realizar a validade de conteúdo do instrumento, bem como o seu *layout*. Deste modo, foram modificados os itens, cujas sugestões de juízes foram tidas como pertinentes pela pesquisadora, com o intuito de tornar o instrumento válido e aplicável na prática, pelo profissional de Enfermagem.

3.4 Análise dos dados

Os dados da pesquisa foram processados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0, e analisados por meio de estatística descritiva, efetuando-se análise univariada, quando foram calculadas medidas estatísticas de tendência central e de dispersão, como média e desvio-padrão.

Na análise de validade de aparência do guia abreviado, foi utilizada uma escala do tipo Likert, com dois escores, conforme as seguintes opções: confuso com escore equivalente a 0 (zero), pouco claro e claro com escore de 1 (um). A resposta do juiz poderia variar de 0 a +1, sendo quanto mais próximo de +1, maior o índice de concordância entre eles, o que representou pertinência e/ou aceitação do item avaliado. Para os itens com média de escores inferiores a +1, o item foi revisado e adaptado ao conteúdo do protocolo que originou o guia abreviado e, caso atendesse aos objetivos do estudo, a sugestão do juiz era acatada na íntegra ou em parte, adaptada ou refutada, não havendo, assim, necessidade de reavaliação.

Em relação à validade, bem como à adequação dos indicadores de risco ao conteúdo de queixas principais, sinais e sintomas, considerou-se como claras e compreensíveis as afirmações que obtiveram concordância de, pelo menos, 70% dos juízes, conforme Joventino (2010) e Pupulim (2009).

Para análise dos juízes acerca da relevância de cada item e do instrumento como um todo, considerou-se um percentual de, no mínimo, 80% de concordância entre avaliadores para se ter um item relevante (PASQUALI, 1998).

Além disso, quanto ao grau de relevância do guia abreviado, em relação a cada item e ao instrumento como um todo, efetuou-se o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC), conforme orienta Polit, Beck, Hungler (2004). Dessa forma, empregou-se uma escala Likert, com pontuação de um a quatro: 1= irrelevante, 2= pouco relevante, 3= realmente relevante e 4= muito relevante.

A análise se fez por meio do cálculo de três equações matemáticas: SVI-Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala), SCVI/UA (proporção de itens de uma escala que atinge escores 3 – realmente relevante e 4 – muito relevante, por todos os especialistas) e I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste estudo, foi aceito como concordância ideal um índice preestabelecido de IVC igual ou superior a 0,80 (NORWOOD, 2000); em que o valor 0 (zero) indica nenhuma concordância e o valor 1 (um) representa total concordância (VIEIRA, 1998). A concordância plena, indicada pelo IVC, igual a 1, não quer dizer que os especialistas concederam os mesmos escores em suas avaliações, mas significa uma relativa harmonia entre os escores do especialista, em relação aos escores dos demais (ORIÁ, 2008). Assim, o item com IVC inferior a 0,80 foi retirado da versão final do guia abreviado.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas, gráficos e quadros, apreciados de acordo com a literatura pertinente.

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo seguiu a resolução 196/96, da Comissão Nacional de Saúde, e diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantindo que se evitassem danos previsíveis (não maleficência); certificando igual consideração dos interesses envolvidos, sem perda de sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 1996).

O aceite oficial dos envolvidos foi documentado, com assinatura (ou digitais) no termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará foi apreciado e deferido sob o protocolo de nº 110/2011.

***APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS
RESULTADOS***

4 Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo, desenvolveu-se primeiramente a elaboração do guia abreviado, com base no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em pediatria, após esta fase foram apresentadas e discutidas as etapas da avaliação do mesmo, por nove (09) juízes com notório saber, para validação do conteúdo e aparência.

4.1. Elaboração do guia abreviado construído com base no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em pediatria

Este estudo se propôs em elaborar um guia abreviado do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em pediatria, com o objetivo principal de contribuir com a prática profissional de enfermeiros no setor de ACCR de hospitais de emergência, pela criação de um instrumento que possibilite melhor e mais rápida visualização de sinais e sintomas, segundo as queixas apresentadas pelas crianças ou relatados pelos responsáveis.

A proposta do sistema de ACCR, nos hospitais de emergência, é umas das estratégias da Política Nacional de Humanização (PNH), que deu origem às Diretrizes do Pacto pela Saúde cujo eixo estruturante é buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, incentivar a humanização nas relações de trabalho entre profissionais e usuários, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS (BRASIL, 2006a). Tais diretrizes serviram de base para implantação do sistema de ACCR nas instituições de saúde, bem como para a elaboração de protocolos pelos municípios brasileiros.

Em Fortaleza, o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria foi elaborado por um grupo de profissionais envolvidos na PNH. O protocolo desenvolveu-se tendo, como referenciais teóricos, instrumentos construídos para o mesmo fim, entre eles, programas de suporte de vida e escalas de triagem, existentes em níveis nacional e internacional (BRASIL, 2008b; BEVERIDGE *et al*, 1998; WARREN, 2008; GRAVEL, 2009; GILBOY, 2005; TONI, 2006; BRASIL, 2004a; FUNJINAGA, 2008; SOUZA, 2009; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b)

Considerando o objetivo deste estudo de elaborar um instrumento abreviado pelas informações do protocolo de ACCR em pediatria, leituras exaustivas foram necessárias para aprofundamento do objeto do estudo, além de recorrer a outros referenciais teóricos, na busca de informações úteis que pudessem auxiliar na organização e escolha dos aspectos clínicos relacionados a sinais e sintomas de maior relevância encontrados na literatura, para fundamentar teoricamente a construção do guia abreviado.

No Brasil, tem-se conhecimento de dois instrumentos de classificação de pacientes pediátricos, um elaborado e validado por Dini (2007), que classifica os pacientes hospitalizados em unidade pediátrica pela avaliação do grau de dependência de enfermagem, e outro, instrumento validado para ser usado em unidades neonatais na avaliação do prematuro para início da alimentação oral (FUJINAGA, 2008).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou um instrumento abreviado para avaliação de pacientes, com faixas etárias não especificadas. É o caso do cartaz “Dengue – Classificação de risco para prioridade do atendimento” que caracteriza o agravo em cores e nível de prioridade, de acordo com as condições clínicas do paciente (BRASIL, 2009). No entanto, desconhecem-se instrumentos para avaliação clínica da clientela pediátrica nos serviços de emergência.

No plano internacional, foram encontradas escalas abreviadas de triagem, com perfil de atendimento pediátrico em serviços de emergência, entre

as quais, pode-se citar algumas que serviram de orientação para criação do guia abreviado:

A versão pediátrica da escala canadense de triagem, *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS)*, foi implementada em 2001. Em 2005, houve um movimento de incentivo e implantação do sistema de triagem eletrônica e, em 2008 a criação da atual versão computadorizada da escala CTAS, unificada para as faixas etárias, adulto e pediatria. Trata-se de programa com processo de triagem baseada na apresentação de queixas, com modificadores fisiológicos e históricos da doença (Warren, 2008). A versão pediátrica “PaedCTAS”, na forma eletrônica, foi validada por Gravel (2009) pelo um estudo retrospectivo com base em informações de banco dados do departamento de emergência de um hospital terciário de Montreal – Canadá. Ressalta-se que a utilização de sistemas eletrônicos tem o mesmo propósito do guia abreviado, de facilitar a visualização da escala de triagem canadense (CTAS), classificar o paciente de forma mais rápida e padronizar o atendimento.

As etapas do desenvolvimento da escala de triagem canadense mudaram a compreensão do enfermeiro, nos serviços de emergência, passando da busca da identificação do diagnóstico médico, para avaliação e identificação de alterações fisiológicas com base na história do desenvolvimento da doença conforme queixa do paciente, em resposta às necessidades do paciente pelo atendimento humanizado, integralizado e de qualidade.

A revisão da escala de triagem pediátrica canadense (PaedCTAS) realizada por Warren *et al.* (2008) possibilitou ao enfermeiro do serviço de triagem utilizar de ferramentas e técnicas construídas e validadas por meio de pesquisas para avaliar objetivamente a gravidade da doença e assegurar uma triagem mais precisa do paciente, de acordo com os parâmetros fisiológicos. A exemplo disso, o autor cita o Triângulo de Avaliação Pediátrica, com a finalidade de realizar avaliação mais rápida pela observação do enfermeiro, no que concerne à aparência geral do paciente, às condições da frequência e/ou por esforço respiratório e, às alterações da circulação.

Ainda, os autores, nesta pesquisa, validaram a utilização dos modificadores de avaliação de primeira e segunda ordem, que são os parâmetros fisiológicos necessários na avaliação inicial do paciente (nível de consciência, respiração e esforço da musculatura acessória, frequência cardíaca e estado circulatório). Os modificadores de segunda ordem devem ser usados para atribuir nível de precisão da escala canadense de triagem, e auxiliam na confirmação da impressão inicial feita pelo profissional, sendo eles: temperatura, dor, mecanismos de lesão e glicose (WARREN *et al.*, 2008).

Outra referência que foi norteadora na elaboração do guia abreviado deste estudo foi o *Pediatric Triage Tool* – instrumento abreviado da escala *Australasian Triage Scale (ATS)* (SOUZA, 2009). Trata-se de protocolo de evidências baseadas em fatores de risco que incrementam os resultados de triagem, pela apresentação de indicadores de risco (ABCDPD), manifestados pela criança ou informados pelos responsáveis, os quais devem ser observados pelo enfermeiro na avaliação (LYON, 2007). O instrumento tem formato equivalente a uma tabela de 6 colunas e doze linhas, com duas faces. A face anterior é composta pelos indicadores clínicos das condições do paciente, divididos nas categorias *Airway*, *Breathing*, *Circulation*, *Desability*, *Pain* e *Dehydration*. A face posterior contém dados de identificação do paciente, orientação para início de medidas de manutenção e/ou tratamento de criança como (monitorização, administração de fluidos via oral, administração de O₂, entre outras); escala de fácies de dor com graduação de zero a dez e, quadro com valores normais de peso, frequência respiratória e frequência cardíaca, relacionados com a idade (ANEXO B).

O instrumento *Paediatric Triage Tool*, mencionado anteriormente, não substitui a escala australiana (*Australasian Triage Scale - ATS*), é uma ferramenta aprovada para ser utilizada como guia de orientação para tomada de decisão do enfermeiro no departamento de emergência pediátrica.

A escala de *Manchester Triage System (MTS)* embora não exista escala de triagem específica de criança, também foi utilizada para criação do guia abreviado, visto que este instrumento é o mais difundido no mundo, e foi um dos

principais referenciais utilizados na construção do protocolo de ACCR em pediatria. Além disso, sabe-se que hoje não há estudo publicado que trate da adaptação transcultural e validação da escala para o Brasil, embora se tenha sua aplicação em serviços de urgência, com base na adaptação da tradução da escala de Manchester para português de Portugal (SOUZA, 2009).

Moreira (2010), ao realizar a revisão da validação da escala de Manchester, versão portuguesa, observou que, na avaliação do paciente deveriam ser seguidas algumas fases: a primeira fase, por exemplo, diz respeito a seleção de fluxogramas de atenção adequada à queixa de paciente (52 fluxogramas). A segunda refere-se à avaliação feita por seis discriminadores-chave, na determinação do nível de prioridade. Os discriminadores gerais são os de risco de morte (via aérea, respiração e circulação), dor, hemorragia, nível de consciência, temperatura e duração do problema. Feita a avaliação dos discriminadores gerais, é necessário fazer-se a de parâmetros quantificáveis como glicemia, temperatura, pulso e saturações para assegurar-se de avaliação adequada.

Sendo assim, a elaboração do guia abreviado do protocolo ACCR de pediatria se deu pela utilização de referenciais encontrados no levantamento bibliográfico, os quais propiciaram a construção de um pensamento crítico frente a tais documentos que nortearam o olhar da pesquisadora, no sentido de estratificar informações do protocolo estudado, a fim de separar os indicadores clínicos e parâmetros fisiológicos, e relacioná-los às queixas de pacientes.

Destarte, os principais documentos utilizados para a construção do guia abreviado pelo conteúdo do protocolo ACCR de pediatria foram: Instrumento australiano *Paediatric Triage Tool* na orientação da estrutura organizacional, versão pediátrica da escala canadense de triagem *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS)*, protocolo de *Manchester Triage System (MTS)*, além de referências relevantes no processo de construção, principalmente com relação à sequência dos indicadores de risco e o “*layout*”.

Diante disso, procurou-se organizar, então, o guia abreviado pela sequência de indicadores de risco (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Pain e Dehydration*) do instrumento *Paediatric Triage Tool*. Sendo que nos indicadores “*Airway*” e “*Breathing*”, optou-se por transformá-los em um único indicador. Além disso, acrescentou-se o termo “hemodinâmica” após indicador de risco “circulação” e, substituiu-se a expressão desidratação por “eliminação\hidratação” mantendo os demais itens, do seguinte modo: Vias Aéreas/Respiração, Circulação/Hemodinâmica, Nível de Consciência, Dor, Eliminação/Hidratação.

A primeira versão, do guia abreviado, submetida à validação pelos juízes, apresentou-se em um material com trinta e cinco células de um quadro, subdivididas em cinco colunas e sete linhas. O conteúdo do guia abreviado foi extraído do protocolo de ACCR em pediatria, sendo na primeira linha, com cinco indicadores de risco identificando, os tópicos das colunas em Vias Aéreas/Respiração, Circulação/Hemodinâmica, Nível de Consciência, Dor, Eliminação/Hidratação, conforme Quadro 4, abaixo:

Quadro 4 – Proposta de construção de um guia abreviado do Protocolo de ACCR em Pediatria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC, 2011.

1. VIAS AÉREAS/ RESPIRAÇÃO	2. CIRCULAÇÃO/ HEMODINÂMICA	3. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	4. DOR	5. ELIMINAÇÃO /HIDRATAÇÃO
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35

Fonte: Próprio autor.

As queixas principais (sintomas) e os sinais objetivos relacionados com os indicadores de risco constituíram a segunda linha do guia abreviado. As condições clínicas relatadas pelos pacientes, manifestadas na avaliação, foram dispostas de acordo com os indicadores de risco, seguindo critérios de prioridade do protocolo de ACCR em Pediatria, os quais foram organizados em ordem decrescente de complexidade, em cores (vermelha, laranja, amarela, verde ou azul) preestabelecidas pelo sistema de ACCR, a saber: terceira linha do instrumento representada pela cor vermelha, correspondente ao nível de complexidade – Prioridade I (casos de ressuscitação); quarta linha representada pela cor laranja e correspondente ao nível de complexidade de alto risco ou iminência de parada cardiorrespiratória – Prioridade II; quinta linha em cor amarela correspondente ao nível de complexidade de risco, para paciente em situação de urgência ou descompensado – Prioridade III; sexta linha representada pela cor verde, correspondente ao nível de complexidade de risco para paciente com indicação de atendimento prioritário – Prioridade IV, porém, compensado e, sétima linha correspondente ao nível de complexidade de risco – Prioridade V, composta pela cor azul que caracteriza o paciente não urgente.

A primeira coluna, identificada pelo indicador de risco de saúde com o título “Vias Aéreas/Respiração”, subdivide-se em duas colunas, a primeira, subcoluna representada pela “Queixa Principal (Sintomas)”, de pacientes e a segunda subcoluna, representada pelos “Sinais Objetivos” relacionados às queixas principais. A terceira divisão das colunas compõe quadro com 10 subcolunas e cinco linhas que seguiram ordem decrescente de nível de complexidade, e foram apresentadas nas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul. A construção do guia abreviado foi proposta, conforme esquema da figura 1, a seguir:

Figura 1 – Proposta de construção de um guia abreviado do Protocolo de ACCR em Pediatria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC, 2011.

1ª Linha: Indicadores de risco. Divide-se em cinco colunas, a primeira coluna representada - Vias Aéreas/Respiração, a segunda - Circulação/Hemodinâmica, a terceira - Nível de Consciência, a quarta - Dor e, a quinta - Eliminação/Hidratação.

Vias Aéreas/ Respiração	Circulação/ Hemodinâmica	Nível de Consciência	Dor	Eliminação/ Hidratação
----------------------------	-----------------------------	-------------------------	-----	---------------------------



2ª Linha: Queixa principal (Sintomas) e Sinais Objetivos. Subdivide, cada indicador de risco, em dez colunas sendo, a primeira, subcoluna representada pela “Queixa Principal (Sintomas)”, e a segunda subcoluna, representada pelos “Sinais Objetivos”, conforme esquema abaixo.

Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos
-----------------------------	------------------	-----------------------------	------------------	-----------------------------	------------------	-----------------------------	------------------	-----------------------------	------------------



3ª a 7ª Linhas: Dispõe o conteúdo das condições clínicas na ordem decrescente de nível de complexidade. Subdivide, cada indicador de risco, em duas colunas, totalizando dez subcolunas, organizados em ordem decrescente de complexidade (prioridade I, II, III, IV e V) nas cores (vermelha, laranja, amarela, verde ou azul).

Nível de complexidade – Prioridade I									
Nível de complexidade – Prioridade II					Nível de complexidade – Prioridade II				
Nível de complexidade – Prioridade III			Nível de complexidade – Prioridade III				Nível de complexidade – Prioridade III		
Nível de complexidade – Prioridade III					Nível de complexidade – Prioridade III				
Nível de complexidade – Prioridade III					Nível de complexidade – Prioridade III				

Fonte: Próprio autor.

No que diz respeito à orientação de construção de recursos didáticos, existem na literatura estudos que ressaltam sua utilização no auxílio às aulas, palestras, demonstrações, divulgações, orientações, e sua seleção deve seguir

critérios de escolha do tipo recurso que se adequa ao objetivo, ao conteúdo, ao grau de desenvolvimento do público ao qual se destina e à função que se pretende desenvolver (cognitiva, afetiva ou psicomotora). Deve também ser simples, de fácil manejo, baixo custo, manipulação acessível e de qualidade e, acima de tudo, atrativo para despertar o interesse e a curiosidade do leitor (MELLO, 2004).

Desse modo, o guia abreviado se adequa ao recurso didático equivalente a um “cartaz” o qual tem por finalidade facilitar o processo de trabalho do enfermeiro, na classificação de paciente pediátrico em emergência. O cartaz é um meio de comunicação de massa, de natureza visual, com o fim de anunciar as mais diversas mensagens: comercial, educativa, orientações, política, entre outras. Essas orientações devem conter textos breves, diretos, com linguagem compreensiva à clientela a que se destina. Deve-se escolher o tipo de letra e tamanho proporcional à distância da qual o cartaz será lido. Não se deve empregar tamanhos e fontes muito diversificados, pois tendem a confundir o leitor e deixar foco incerto (MELO, 2004; DOAK *et al.*, 1996; FERREIRA & SILVA JÚNIOR, 1986).

Além disso, deve-se ter cautela com a utilização de cores em instrumentos didáticos, pois são considerados fator importante na comunicação visual gráfica, uma vez que seus efeitos exercem o poder de despertar a atenção do espectador (DOAK *et al.*, 1996; FERREIRA & SILVA JÚNIOR, 1986, CHAGAS, 2011).

Diante do exposto, buscando-se adequar às orientações da literatura e às características de instrumentos disponíveis no site do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), o guia abreviado proposto no estudo, fez-se nas dimensões 460x350mm, impresso em cores de tonalidade clara (vermelha, laranja, amarela, verde e azul) em papel couchê brilhoso, na gramagem de 60g/m². Empregou-se o tipo de fonte Arial, cor preta, por ser letra de fácil compreensão. No entanto, utilizou-se três tamanhos de fonte diferentes: Arial 36 para o título; Arial 14 no cabeçalho das colunas pela identificação dos indicadores de risco e Arial 11 na descrição do conteúdo das queixas principais, sinais e sintomas. A proposição

deve ser de fácil visualização e manuseio pelo enfermeiro, visto que a sugestão é que o guia abreviado deverá encontrar-se próximo ao profissional, à mesa de atendimento, para uso do recurso no atendimento ao paciente pediátrico.

Na primeira versão, o título ficou “Guia Abreviado do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria” com cinco indicadores de risco (vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência, dor, eliminação/hidratação) distribuídos em cinco colunas, sendo estas subdivididas em dez subcolunas, em que se relacionam as queixas principais (sintomas) e sinais objetivos. Cada indicador de risco foi dividido em cinco linhas que indicam o nível de complexidade do paciente, em ordem decrescente de prioridade de atendimento, nas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul.

O conteúdo disposto em 5 linhas e 5 colunas (3ª a 7ª linhas), compuseram 25 itens que caracterizaram a condição clínica do paciente, entre queixa principal (sintomas) e sinais objetivos; a que, para melhor compreensão, se atribuiu valor numérico de 1 a 5 para o indicador vias aéreas/respiração, de 6 a 10 para indicador de circulação/hemodinâmica, de 11 a 15 para o de nível de consciência, de 16 a 20 para o indicador dor e, de 21 a 25 para o indicador eliminação/hidratação conforme pode-se observar no Quadro 5.

Quadro 5 – Representação numérica da distribuição dos itens e respectivos Domínios/Indicadores de risco que formaram a primeira versão da escala. Fortaleza, 2011.

VIAS AÉREAS/ RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO/ HEMODINÂMICA		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		DOR		ELIMINAÇÃO /HIDRATAÇÃO	
Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos	Queixa principal (sintomas)	Sinais objetivos
1		6		11		16		21	
2		7		12		17		22	
3		8		13		18		23	
4		9		14		19		24	
5		10		15		20		25	

Fonte: Próprio autor.

4.2. Análise dos juízes (validade de conteúdo e de aparência)

Elaborado o guia abreviado, fez-se a análise por 9 juízes: 4 juízes docentes/pesquisadores e 5 juízes enfermeiros do serviço de ACCR dos hospitais de Fortaleza-CE. A média de idade de juízes de conteúdo foi de 33,54 anos, variando de 29 a 41, com desvio-padrão de $\pm 5,45$ anos e para os juízes enfermeiros, a média de idade foi de 43,2 anos, variando de 26 a 57, com desvio-padrão de $\pm 15,8$ anos. Todos os juízes foram do sexo feminino (100%).

Abaixo seguem dados de caracterização de juízes de conteúdo docente/pesquisador, participantes do estudo, segundo sistema de classificação de *experts* adotado (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) participantes do estudo segundo sistema de classificação de *experts* adotado. Fortaleza, 2011.

Critérios de classificação dos juízes (N=4)	N	%
Doutor em Enfermagem	3	75
Tese na área de interesse	3	75
Mestre em Enfermagem	4	100
Dissertação na área de interesse do construto	1	25
Artigo publicado em periódico indexado na área de interesse do construto	4	100
Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolva as temáticas da área de interesse*	4	100
Participar em bancas avaliadoras de Tese, Dissertação ou Monografia	3	75
Orientação de Tese, Dissertação ou Monografia	2	50
Prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no	4	100

mínimo dois anos na área de interesse

Experiência docente em disciplina na área de interesse **4 100**

*Área de interesse: Construção e validação de instrumentos de medida na área de enfermagem; Enfermagem em emergência pediátrica; Assistência a pacientes em Unidade de Tratamento Intensivo em Pediatria (UTIP); Saúde da criança e do adolescente. Fonte: Joventino (2010) adaptado.

Os juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) participantes do estudo foram enfermeiros com mestrado em enfermagem, com experiência de ensino e pesquisa na área de interesse do estudo de 1 a 16 anos, e média de 7,25 anos. Os juízes (N=4; 100%) apresentaram também experiência anterior em construção de escalas. Dos participantes, 3 (75%) tiveram curso de doutorado concluído e 1 (25%) em andamento, dos quais 4 (100%) na área de enfermagem. Na produção científica, 4 (100%) tiveram publicações em periódico indexado na área de interesse do construto, com participação em grupo de pesquisa sendo: 3 (75%) na área de saúde da criança e 1 (25%) na de clínica cirúrgica.

Três juízes preencheram o critério “possuir tese na área de interesse do construto”, 3 (75%) em saúde da criança, sendo que 2 (50%) voltadas para construção e validação de instrumentos de medidas na área da enfermagem. Das dissertações, na área de interesse do construto, 3 (75%), relacionaram-se à saúde da criança, sendo 1 (25%) à construção e validação de escala para classificação de paciente hospitalizado em unidade pediátrica considerando o grau de dependência de enfermagem. Ainda, 2 (50%) juízes tinham especialização na área de interesse do construto em saúde criança.

A seleção de juízes docentes/pesquisadores realizou-se pela busca na Plataforma Lattes, com apresentação de Indicador de frequência relacionada ao “Assunto” maior que 70%, e pontuação mínima de cinco.

A seguir estão relacionados as características dos juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) quanto à pontuação atingida no sistema de classificação de *experts* (Quadro 6).

Quadro 6 – Caracterização dos juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) quanto à pontuação atingida no sistema de classificação de *experts*. Fortaleza, 2011.

	Caracterização juízes	Pontuação atingida
Juiz 1	Dissertação concluída na temática classificação de risco de criança em unidade de internação pediátrica; participação em grupo de pesquisa na área de interesse; experiência docência de 1 ano no ensino superior na área de interesse; experiência de 8 anos de atuação na prática clínica na área de interesse; e tem autoria de 2 trabalhos publicados em periódicos indexados na área de interesse	10
Juiz 2	Tese concluída sobre temática construção e validação de instrumentos de medida, na área da enfermagem; participação em grupo de pesquisa na área de interesse; participação em banca examinadora de tese, dissertação ou monografia na área de interesse; experiência docência de 8 anos no ensino superior na área de interesse; experiência de 3 anos de atuação na prática clínica na área de interesse; orientação de 01 dissertação na área de interesse; e tem autoria de 1 trabalhos publicados em periódicos indexados na área de interesse	14
Juiz 3	Tese concluída sobre temática construção e validação de instrumentos de medida e saúde da criança área da enfermagem; participação em grupo de pesquisa na área de interesse; participação em banca examinadora de tese, dissertação ou monografia na área de interesse; experiência docência de 4 anos no ensino superior na área de interesse; e tem autoria de 2 trabalhos publicados em periódicos indexados na área de interesse	10
Juiz 4	Tese concluída na temática construção e validação de instrumentos de medida na área da enfermagem; participação em grupo de pesquisa na área de interesse; participação em banca examinadora de tese, dissertação ou monografia na área de interesse; experiência docência de 16 anos no ensino superior na área de interesse; orientação de dissertação na área de interesse; e tem autoria de 4 trabalhos publicados em periódicos indexados na área de interesse	24,5

*Área de interesse: Construção e validação de instrumentos de medida na área de enfermagem; Enfermagem em emergência pediátrica; Assistência a pacientes em Unidade de Tratamento Intensivo em Pediatria (UTIP); Saúde da criança e do adolescente. Fonte: Joventino (2010) adaptado.

Analisados os questionários de caracterização de juízes, verificou-se que 1 (25%) juiz obteve 24,5 pontos no sistema de classificação de *experts* adotado; 1 (25%), alcançou 14 pontos, e dois (50%) 10 pontos. Todos atingiram pontuação acima do exigido, e foram selecionados para a amostra. Os achados demonstraram elevado nível de *expertise*, afinal, o menor valor alcançado equivale ao dobro do valor mínimo necessário (5 pontos) para participação no estudo.

Achados semelhantes foram identificados em dois estudos de validação de hipermídia educativa, na área da saúde da mulher, um com abordagem de anticoncepção, no qual grupo de especialistas técnicos atingiu a pontuação máxima, nos critérios de seleção (LOPES, 2009); outro, com abordagem de pré-natal, em que quase a totalidade dos especialistas de informática atingiram a pontuação máxima para classificação dos *experts* (FREITAS, 2010), sendo estes considerados de alto nível para avaliação de instrumentos.

Abaixo estão relacionados, dados de caracterização de juízes técnicos, enfermeiros com experiência clínica em ACCR, participantes do estudo segundo sistema de classificação de *experts* adotado (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos juízes enfermeiros especialistas participantes do estudo segundo Sistema de Classificação de *Experts* adotado. Fortaleza, 2011.

Critérios de classificação dos juízes (N=5)	N	%
Especialista em área relacionada ao construto de interesse	4	80
Experiência na prática clínica área de interesse	5	100
Experiência na prática clínica em ACCR em pediatria	5	100
Participação em habilitação para implantação do protocolo de ACCR	5	100
Experiência docente no ensino médio	2	40
Experiência docente no ensino superior	1	20
Autoria em artigo publicado em periódico indexado sobre área de interesse do construto	2	40
Participação em Congresso na área de interesse	2	40

Apresentar trabalhos em congressos na área de interesse	1	20
---	---	----

*Área de interesse: Construção e validação de instrumentos de medida na área de enfermagem; Enfermagem em emergência pediátrica; Assistência a pacientes em Unidade de Tratamento Intensivo em Pediatria (UTIP); Saúde da criança e do adolescente. Fonte: Joventino (2010) adaptado.

Os juízes técnicos, enfermeiros participantes do estudo foram do sexo feminino, com experiência clínica na área de interesse, de 2 a 28 anos, em média de 14,8 anos, em emergência e pediatria. Todas as enfermeiras participaram do treinamento para habilitação à implantação do protocolo de ACCR pela Secretaria de Saúde de Fortaleza-CE. A grande maioria, 4 (80%), referiram ser especialistas em área de interesse do construto, 2 (40%) tinham experiência docente no ensino médio e 1 (20%), no ensino superior. Em se tratando de produção científica, 02 (40%) possuíam publicação em periódico indexado à área de interesse, 02 referiram participação em Congresso em pediatria e/ou emergência e 2 (40%) apresentaram trabalhos em eventos. Ressalta-se que uma (20%) juíza encontrase cursando mestrado em enfermagem, desenvolvendo pesquisa na temática ACCR em pediatria.

A seleção de juízes enfermeiros foi realizada por meio de amostragem em bola de neve, em que se buscou primeiramente um enfermeiro com experiência, habilitado na área de interesse (ACCR em pediatria), solicitando-lhe indicar outros enfermeiros para participar da pesquisa. Salienta-se que os enfermeiros deveriam atingir pontuação mínima de cinco.

A seguir estão relacionadas a caracterização de juízes técnicos pela pontuação atingida no sistema de classificação de *experts* adotado (Quadro 7).

Quadro 7 – Caracterização dos juízes de técnicos enfermeiros com experiência em ACCR, segundo Sistema de Classificação de *Experts* adotado. Fortaleza, 2011.

	Caracterização juízes	Pontuação atingida
Juiz 5	Experiência de 28 anos de atuação na prática clínica; Experiência de 3 anos de atuação na prática no setor de ACCR adulto e pediátrico; participação na capacitação em habilitação em ACCR; e especialização na área de interesse.	20
Juiz 6	Experiência de 30 anos de atuação na prática clínica; experiência de 3 anos de atuação na prática no setor de ACCR adulto e pediátrico; experiência docência de 3 anos no ensino médio na área de interesse; participação na capacitação em habilitação em ACCR; e especialização na área de interesse.	22,5
Juiz 7	Experiência de 11 anos de atuação na prática clínica; experiência de 3 anos de atuação na prática no setor de ACCR adulto e pediátrico; participação na capacitação em habilitação em ACCR; e participação em 1 congresso na área de interesse	11
Juiz 8	Experiência de 2 anos de atuação na prática clínica na área de interesse; experiência de 2 anos de atuação na prática no setor de ACCR adulto e pediátrico; participação na capacitação em habilitação em ACCR; especialização na área de interesse; e autoria de 1 trabalho publicado em periódico indexado na área de interesse	7
Juiz 9	Experiência de 3 anos de atuação na prática clínica na área de interesse; experiência de 2 anos de atuação na prática no setor de ACCR pediátrica; participação na capacitação em habilitação em ACCR; experiência docência de 1 ano no ensino médio na área de interesse; experiência docência de 2 anos no ensino superior na área de interesse; participação em 4 congressos na área de interesse; apresentação de 8 trabalhos em congressos na área de interesse; especialização na área de interesse; e autoria de 10 trabalhos publicados em periódicos indexados na área de interesse	26,5

*Área de interesse: Construção e validação de instrumentos de medida na área de enfermagem; Enfermagem em emergência pediátrica; Assistência a pacientes em Unidade de Tratamento Intensivo em Pediatria (UTIP); Saúde da criança e do adolescente. Fonte: Joventino (2010) adaptado.

Os juízes participantes do estudo referiram experiência na área de ACCR, de 2 a 3 anos, com uma média de 2,6 anos (86,7%). Destaque-se que a implantação do sistema de ACCR em Fortaleza, iniciou há apenas 3 anos, e que 02 (40%) das enfermeiras selecionadas como juízas do estudo fizeram parte do grupo de trabalho para implantação da Política Nacional de Humanização em Fortaleza, e 1 (20%) participou da elaboração do protocolo de ACCR do município de Fortaleza.

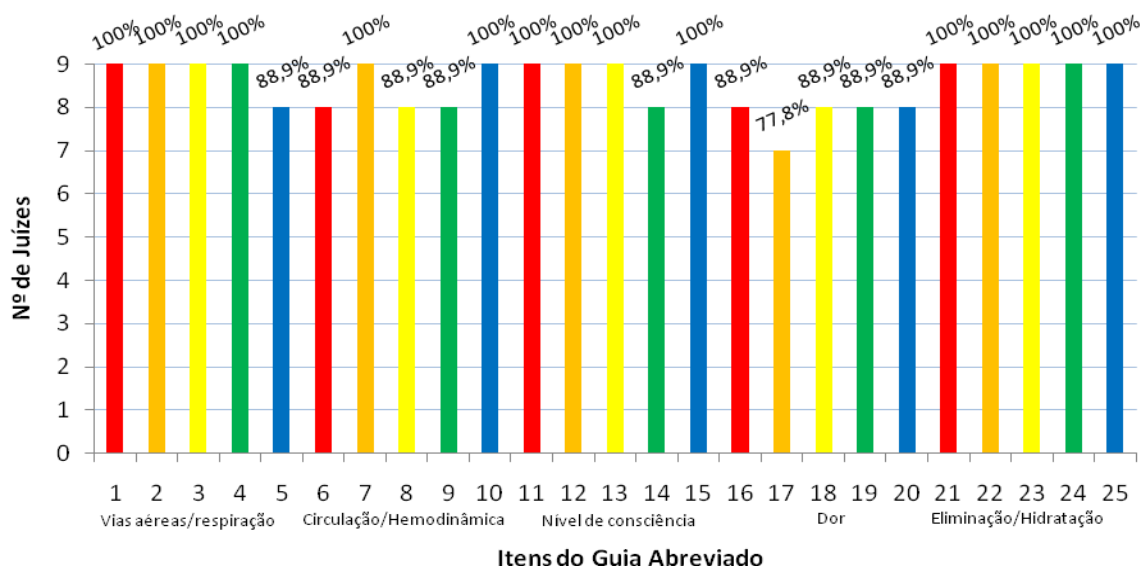
Assim, após a análise dos questionários de caracterização de juízes, 3 (60%) juízes obtiveram de 20 a 26,5 pontos no sistema de classificação de *experts* adotado; 1 (20%) 11 pontos e 1 (20%) atingiu 7 pontos. Os indicadores demonstraram a experiência de especialistas na temática, o que representou maior confiança com relação a sua opinião a respeito do guia abreviado, dada a constatação da experiência com a temática.

Joventino (2010), em estudo de validação de escala para avaliação da auto-eficácia materna, na prevenção de diarreia em criança, considerou elevado nível de *expertise* de juízes, visto que nenhum havia atingido apenas a pontuação mínima exigida.

Para validar a aparência do guia abreviado, os juízes avaliaram os itens a respeito de clareza e compreensão. Esse tipo de validação não deve ser aplicado como critério isolado, por tratar-se de uma forma de análise subjetiva de validação de instrumento, a que não se atribuem propriedades de medida (LOBIONDO-WOOD, 2001).

Nesta validade, consideraram-se, como claras e compreensíveis, os itens em concordância de, pelo menos, 70% de juízes, conforme Joventino (2010) e Pupulim (2009). Para este estudo, o percentual corresponde a concordância de, pelo menos, 7 juízes (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição das afirmações consideradas claras e compreensíveis para os juízes avaliadores do guia abreviado de ACCR em pediatria. Fortaleza, 2011.



Fonte: Próprio autor.

De acordo com dados do Gráfico 1, de 25 itens do guia abreviado, 15 (60%) foram considerados claros e compreensíveis por todos os juízes (N=9; 100%) e 9 (36%) apresentaram itens com índices superiores a 80%.

Somente o item 17 (referente ao indicador de risco “Dor” relacionado à classificação de risco na cor “laranja”), embora com parecer de claro e compreensivo pela maioria dos juízes (N=7; 77,8%), foi o que mais apresentou sugestões para alteração e melhoria do conteúdo. Nenhum item teve percentual abaixo de 70%.

Os juízes também avaliaram a pertinência dos itens (queixas principais e sinais e sintomas), em relação à classificação de risco (vermelho-prioridade 1; laranja-prioridade 2, amarelo-prioridade 3, verde-prioridade 4 e azul-prioridade 5), para o que foi considerado pertinente ao assunto, o que apresentou concordância mínima de 70% dos juízes, conforme Joventino (2010) (Quadro 8).

Quadro 8 – Relação dos itens considerados pertinentes à Classificação de Risco no guia abreviado de ACCR em pediatria segundo os juízes. Fortaleza, 2011.

Itens (queixa principal e sinais e sintomas)	Juízes que consideram o item pertinente à <i>Classificação de Risco</i>	
	N	%
1,4,5,6,8	9	100
9,12,14,19,21,25	8	88,9
2, 7,10,11,13,15,16,17, 20, 22, 23, 24	7	77,8
3,18	6	66,7

Fonte: Próprio autor.

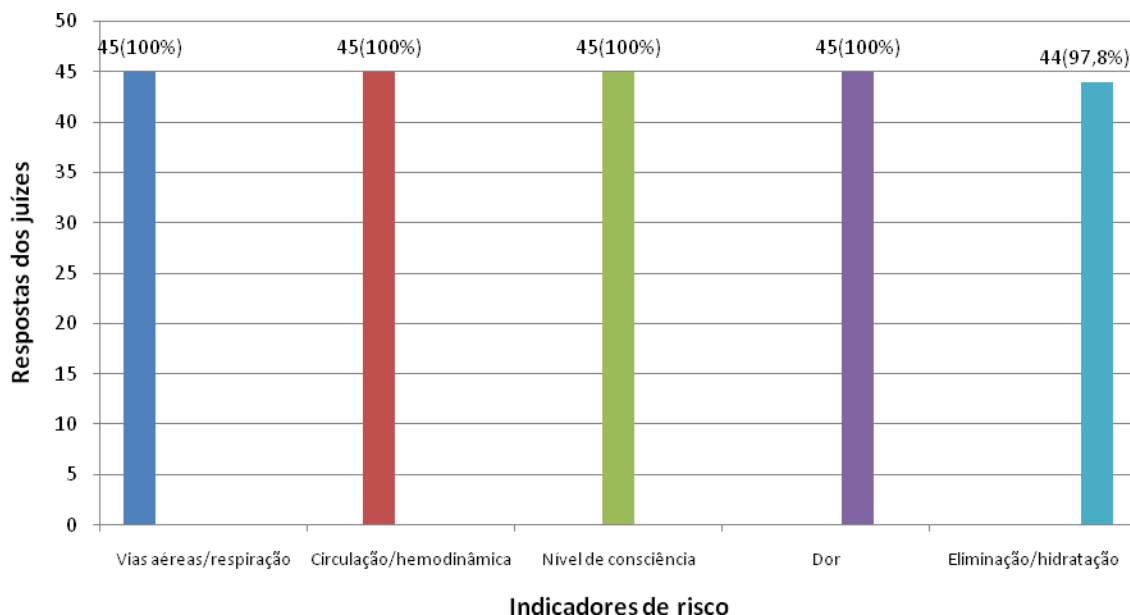
Dos 25 itens avaliados, 23 (92%) foram pertinentes à classificação de risco, em concordância acima de 70% dos juízes. Destes, 5 (20%) itens foram tidos como relacionados ao assunto por todos os juízes (N=9; 100%); 6 (24%) por 8 (88,9%) juízes e 12 (48%) por 7 (77,8%). O que sugere que as queixas principais e os sinais e sintomas relacionaram-se à classificação de risco, adequados ao nível de prioridade.

Apenas 2 (8%) itens, o 3 (“vias aéreas/respiração” de classificação de risco na cor “amarela”) e o 18 (“dor”, cor “amarela”), foram tidos pertinentes à classificação de risco somente por 6 (66,7%) juízes.

O guia abreviado também foi analisado quanto à adequação do indicador de risco, em relação ao conteúdo de queixas principais e sinais e sintomas. Para o mesmo, considerou-se como percentual mínimo, nível de 70% de concordância entre os juízes.

Considerando que o guia abreviado apresenta cinco indicadores de risco, com cinco itens (queixa principal e sinais e sintomas) para cada um destes, e que 9 juízes os analisaram; as respostas dos juízes poderiam variar de 1 a 45, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição das estimativas de associação entre os indicadores de risco e o conteúdo dos itens (queixa principal e sinais e sintomas) do guia abreviado segundo a opinião dos juízes. Fortaleza, 2011.



Fonte: Próprio autor.

Assim, quatro indicadores de risco (vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência e dor) foram considerados adequados ao conteúdo dos itens (queixa principal e sinais e sintomas), com concordância de todos (N=9; 100%) os juízes. E, o indicador de risco “eliminação/hidratação” teve anuência de todos os juízes em quase a totalidade dos itens (N= 44; 97,8%). Os achados confirmaram que o conteúdo do guia abreviado está relacionado ao propósito para o qual foi construído, bem como ao conteúdo do protocolo de ACCR em pediatria, do qual foi originado.

Mesmo tendo sido observado um percentual acima de 90% de pertinência dos indicadores de risco ao conteúdo dos itens do guia abreviado, alguns juízes, além de relacionarem o indicador de risco ao conteúdo dos itens corretamente, também referiram outro indicador, conforme exemplo do item 21.

O item 21 refere-se ao indicador de risco “eliminação/hidratação”, na classificação de risco de cor “vermelha”, em que um juiz o relacionou ao indicador de risco “circulação/hemodinâmica”. Esse item ressalta condições clínicas de uma criança com queixa principal de “desidratação grave”, com os seguintes sinais e sintomas relacionados: “letargia”, “dificuldade para beber”, “boca muito seca”, “olhos muito encovados”, “fontanela muito deprimida”, “pega cutânea se desfaz lentamente (>10seg)”, “pulso muito fino” e “enchimento capilar muito lento (>5seg) (BRASIL, 2008b).

Considerando o proposto pelo juiz, encontrou-se na literatura, estudo sobre atualizações diagnósticas e terapêuticas da diarreia aguda, cujo autor refere que o quadro clínico da diarreia causada pelo rotavírus, pode apresentar, além de gastriterites, manifestações respiratórias e neurológicas. Assim como, diarreias agudas infecciosas causadas pelo vibrião colérico, pode levar a ocorrência de distúrbios metabólicos importantes, principalmente na criança (MINCIS, 2008). Tais considerações corroboram a opinião do juiz, pois as alterações fisiológicas manifestadas estão presentes em mais de um órgão ou sistema corpóreo.

De acordo a fisiopatologia do organismo humano, a alteração de órgão ou sistema acarreta sobrecarga ou falência de outros (GUITON; HALL, 2006; BRUNNER/SUDDARTH, 2000), o que demonstra interrelação e unicidade do sistema corpóreo. As evidências demonstram pertinência de opinião do juiz ao considerar as manifestações clínicas da desidratação grave como representativas também do indicador de risco “circulação/hemodinâmica”.

Sendo assim, os indicadores de risco do guia abreviado foram considerados validados quanto à legibilidade do conteúdo dos itens (queixa principal e sinais e sintomas) pelos juízes. Isso revela que o instrumento não necessita de alterações de estrutura permanecendo com os cinco indicadores de risco propostos na primeira versão do guia abreviado.

Os juízes também avaliaram a relevância da presença do item no guia abreviado e, para decisão sobre sua permanência, considerou-se um percentual de, no mínimo, 80% na avaliação (PASQUALI, 1998).

Reconhecidas a importância e a necessidade de permanência dos itens no instrumento a fim de contemplar os níveis de complexidade das condições clínicas propostas no guia abreviado, optou-se por realizar alterações e adaptações ao conteúdo dos que não alcançaram percentual mínimo exigido na avaliação. Para tanto, levou-se em consideração sugestões de juízes e o proposto no protocolo, sem necessidade de reavaliação do guia abreviado.

Quadro 9 – Relação dos itens considerados relevantes no guia abreviado de ACCR em pediatria, segundo os juízes. Fortaleza, 2011.

Itens	Relevância	
	N	%
1, 4,9,17,24,25	9	100
2,5,10,12,14,15,19,20,21,22,23	8	88,9
3,7,8,11,13,16,18	7	77,8
6	6	66,7

Pelos dados do quadro 9, 17 (68%) itens, foram considerados pelos juízes relevantes no guia abreviado de ACCR em pediatria. Destes, 6 (24%) foram tidos relevantes por todos os juízes (N=9; 100%) e, 11 (44%), relevantes pela grande maioria (N=8; 88,9%), com concordância superior a 80%.

Dos itens com percentual abaixo de 80%, 7 (87,5%) se analisaram como relevantes por 7 (77,8%) juízes e 1 (12,5%) relevante por 6 (66,7%).

Assim, os itens (3, 7, 8, 11, 13, 16, 18 e 6) haveriam de ter sido retirados do guia abreviado, contudo julgou-se oportuno, fazer o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) do guia abreviado por meio dos cálculos do IVC (SVI-Ave,

SCVI/UA, I-CVI) propostos por Polit, Beck, Hungler (2004), os quais levam em consideração o grau de relevância, dos itens através das seguintes opções de respostas: (1) irrelevante, (2) pouco relevante, (3) realmente relevante e (4) muito relevante.

Sendo assim, a partir da Tabela 3, os itens do guia abreviado obtiveram I-CVI acima de 0,80.

Tabela 3 – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (I-CVI) obtidos na segunda análise do guia abreviado pelos juízes. Fortaleza, 2011.

Item	I-CVI
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	1
14	1
15	0,888889
16	1
17	1
18	0,888889
19	0,888889
20	0,888889
21	1
22	0,888889
23	1
24	1
25	1

Após aplicação das equações (SVI-Ave, SCVI/UA, I-CVI), recomendadas por Polit, Beck, Hungler (2004), obteve-se IVC geral de 0,98, o que significa que o

guia abreviado é representativo do conteúdo e está apto a medir o grau de complexidade de criança em serviços de emergência, pois o IVC atingido foi superior ao mínimo exigido de 0,80, recomendável na literatura (NORWOOD, 2000).

Destarte constatou-se que os itens deveriam permanecer no guia abreviado, pois dos 25 itens avaliados, o valor do IVC variou de 1 a 0,888889, mesmo tendo-se observado, no Quadro 7, que 8 (3, 7, 8, 11, 13, 16, 18 e 6) itens tiveram concordância inferior a 80% quanto a sua relevância.

Diante dos resultados obtidos nas etapas anteriores de validação e, visando tornar os itens cada vez mais compreensíveis, foram levadas em conta as sugestões dos juízes, tendo sido acatada boa parte. Inclusive algumas sugestões referentes aos itens que tinham alcançado níveis de concordância satisfatórios, também foram revisados e ajustados buscando-se um melhor entendimento.

As sugestões dos juízes estão relacionadas às alterações dos itens que podem ser mais bem observadas nos quadros (8, 9, 10, 11 e 12). Para o anonimato de identidade, os juízes foram representados por números, seguindo-se a ordem de entrega dos formulários à pesquisadora.

É oportuno salientar que algumas sugestões inerentes ao *layout* foram acatadas para os indicadores de risco, pois diz respeito ao instrumento, como um todo, da primeira versão do guia abreviado.

Entre as alterações, pode-se citar o alinhamento da Queixa Principal (Sintomas), com Sinais Objetivos, sendo aceitas as solicitações dos juízes 2 e 4.

No guia abreviado, os indicadores de risco (vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência, dor e eliminação/hidratação) são caracterizados pelas condições clínicas, divididas em subcolunas, nomeadas na primeira versão como Queixa Principal (Sintomas) e Sinais Objetivos. No entanto, foi sugerido pelos juízes que, nos títulos das subcolunas de Queixas Principais (Sintomas) fossem retiradas a palavra “Sintoma”, uma vez que algumas condições clínicas são caracterizadas por sinais e outras por sintomas. Da

mesma forma, nas subcolunas de Sinais Objetivos, foi sugerida retirada da palavra “Objetivo”, bem como o acréscimo da palavra “Sintomas”, pelo mesmo motivo anterior. Isso foi considerado pelo juiz 4, com a devida alteração feita, ficando a versão final do guia abreviado com as expressões “Queixa Principal” e “Sinais e Sintomas”.

Em serviços de emergência, é fundamental utilizar indicadores adequados à classificação de pacientes. Para o guia abreviado considerou-se o título das condições clínicas (sinais e sintomas) relacionadas às situações de saúde de pacientes apontadas no protocolo por sinais de alerta, de acordo com o nível de prioridade e, denominou-os por Queixa Principal. Souza (2009), analisando a comparação do termo queixa principal entre os protocolos de Manchester e do hospital Odilon Behrens, define-o como sendo a descrição de uma situação específica apresentada pelo paciente no momento da avaliação.

Sabendo-se que a maioria das escalas de triagem utiliza a queixa principal como parâmetro inicial da avaliação de enfermagem, e sendo esta, a forma considerada mais adequada de avaliar a doença e à resposta fisiológica da criança (WARREN, 2008), torna-se importante incorporá-la no início do processo.

Segundo os princípios da estratégia de ACCR, a avaliação do paciente deve focar os sinais e sintomas com base na queixa principal para identificar os sinais de alerta (BRASIL, 2006b). Avaliação relaciona-se à primeira etapa do processo de enfermagem, denominada investigação ou histórico de enfermagem, com a finalidade de obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade e respostas em dado momento do processo saúde e doença, com fundamento em dados objetivos ou subjetivos (IVER, 1993). O mesmo autor denomina dados subjetivos a queixa, as percepções, sentimentos e idéias dos clientes acerca do seu estado de saúde, e como dados objetivos aqueles diretamente observáveis e/ou mensuráveis pelos profissionais de saúde.

Sendo assim, os enfermeiros do setor de acolhimento podem identificar os dados subjetivos na avaliação de enfermagem pela identificação do início do problema, da queixa apresentada, da descrição da dor, de fatores de

agravamento ou de alívio do problema e de história prévia; e pelos dados objetivos, com a observação da aparência física, resposta emocional, avaliação física, nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow, identificação do grau de dor utilizando a escala de dor, glicemias, verificação dos sinais vitais, entre outros (PIRES, 2003; BRASIL, 2008b; IVER, 1993).

O guia abreviado proposto no estudo teve como objetivo reunir as condições clínicas (queixa principais e sinais e sintomas) do protocolo de ACCR em pediatria em pediatria, dividindo-as em indicadores de risco (vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência, dor e eliminação/hidratação), a fim de construir instrumento capaz de facilitar a identificação de parâmetros, de acordo com o nível de complexidade, e assegurar a tomada de decisão do enfermeiro na avaliação da criança, no setor de acolhimento. E, como parte do processo de validação, o guia abreviado foi submetido à apreciação de juízes, os quais deram sugestões para melhor adequar o instrumento ao seu propósito.

O quadro nove refere-se às sugestões por parte dos juízes do estudo quanto ao indicador de risco “Vias aéreas/Respiração”.

Quadro 10 – Distribuição das sugestões dos juízes nos itens do indicador de risco “Vias aéreas/Respiração”, em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria. Fortaleza, 2011.

Nº de Ordem	Itens da 1ª versão do guia abreviado		Considerações e sugestões dos juízes acatadas
1	1.PCR Iminência de 2.PCR 3.IR 4.Choque	SSVV ausentes Dispneia extrema, Cianose central, SpO ₂ < 90% Dispneia extrema ou fadiga muscular Obstrução em vias aéreas	<u>JUIZ 2</u> : “Sugiro que os sinais objetivos estejam alinhados às queixas aos quais se relacionam” <u>JUIZ 4</u> : “Sugiro substituir os termos dispneia extrema e especificar quanto seria a FR, pois fica muito subjetivo.” <u>JUIZ 9</u> : “Especificar iminência de PCR, dispneia extrema e qual parâmetro para determinar”
2	1.Asma prévia 2.Sibilância 3.Corpo estranho	SSVV alterados SpO ₂ < 92% FR alterada	Não houve sugestões

	em vias aéreas 4. Anafilaxia por reação alérgica	(bradipnéia/taquipnéia) Estridor/roncos Sialorréia Angústia respiratória intensa Esforço muscular Sensação de garganta fechando	
3	1. Asma com dispnéia ao exercício 2. Epistaxe 3. Hemoptise	SpO ₂ >92 e <94% FR <50 ou <140bpm Dispnéia ao exercício Ortopnéia Tosse freqüente Hemoptise franca Epistaxe com PA alterada Peck Flow >40 e <90 Taquicardia T < 38,5°C	<u>JUIZ 2:</u> "A hemoptise franca é um sinal que a criança pode aguardar por 30 minutos? Consta no protocolo na classificação vermelho II". <u>JUIZ 4:</u> "Alguns parâmetros não constam no item, como exemplo epistaxe, hemoptise" <u>JUIZ 7:</u> "Sugiro retirar peak flow, por falta de equipamento e treino"
4	1. Sintomas gripais	Dor de garganta Dor de ouvido Tosse produtiva Rinorréia purulenta Mialgia Febre: 37,8° > T < 38,5°C	Não houve sugestões
5	1. Sem sintomas respiratórios	Coriza Queixas leves Dor de garganta sem febre SSVV normais	<u>JUIZ 2:</u> "Então colocar sintomas gripais e especificar os sinais objetivos, diferenciando da cor verde" <u>JUIZ 9:</u> "Sugiro incluir na queixa principal: sintomas gripais sem alteração"

Algumas considerações foram feitas pelos juízes em relação a inserção de parâmetros (valores) de frequência respiratória (FR), dispnéia extrema e frequência cardíaca (FC) (juiz um, juiz quatro e juiz nove). Estes valores encontram-se no "Anexo A" do protocolo, em dois quadros: um especifica a frequência cardíaca e outro, a frequência respiratória, por idade (Brasil, 2008b). Assim, por relevante colaboração, ao item acrescentou-se "ANEXO A", depois de "frequência respiratória alterada", "dispnéia extrema" e "taquicardia-bradicardia", a fim de auxiliar o enfermeiro no reconhecimento dos parâmetros de respiração e frequência cardíaca por idade, através da consulta ao protocolo.

Lyon (2007), ao construir o *Pediatric Triage Tool*, inseriu neste um quadro contendo valores normais de peso, FR e FC, divididos de acordo com a idade da criança. No entanto, o instrumento contém duas faces e estes parâmetros constam da face posterior, o que não se aplica ao guia abreviado, por tratar-se de instrumento para afixação perto do enfermeiro, no setor de acolhimento, no entanto, construído em uma única face. De acordo com o propósito do guia abreviado, o enfermeiro, sempre quando necessário, deverá estar consultando o protocolo, a fim de identificar alterações nos SSVV do paciente.

O juiz nove sugeriu acrescentar aos sinais e sintomas do item 2 (cor laranja), após “edema de glote”, “sensação de garganta fechando”, solicitação alterada conforme protocolo.

Os juízes dois e quatro evidenciaram erro de digitação, no item 3, ao verificar que “epistaxe” e “hemoptise” se encontravam na classificação amarela e no indicador de risco “vias aéreas/respiração” e, de acordo com o protocolo, as condições clínicas referem-se ao item 7 da classificação, de cor laranja e indicador de risco “circulação/hemodinâmica”. A mudança faz-se na versão final do guia abreviado.

O juiz sete apontou a retirada do sinal e sintoma “Peck Flow > 40 e < 90”, no item 3, devido à falta de equipamento no serviço de emergência das instituições hospitalares. Optou-se então, em retirá-lo, já que este não influencia diretamente na avaliação da criança, sendo o oxímetro de pulso, o equipamento mais usado para medir condição de oxigenação da criança, bem como a medição de pulso.

No indicador de risco “Circulação/Hemodinâmica”, dos itens 6 ao 10 (Quadro 11), observou-se algumas sugestões que foram acatadas para melhor compreensão dos itens.

Quadro 11 – Distribuição das sugestões de juízes nos itens do indicador de risco “Circulação/Hemodinâmica”, em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria. Fortaleza, 2011.

Nº de Ordem de	Itens da 1ª versão do guia abreviado		Considerações e sugestões dos juízes acatadas
6	1. Choque hipovolêmico 2. Trauma torácico, abdominal ou TCE* com perfuração 3. Esteriorização de órgãos internos 4. IR*	Hipotensão Taquicardia /Bradycardia Palidez acentuada Sudorese, pele fria, pulso fino Pulso carotídeo impalpável Síncope postural Dor intensa	<p><u>JUIZ 2:</u> IR “já está na respiração. Então pode ser retirado daqui”</p> <p>“Os sinais de IR não estão especificados: cianose, letargia, dispnéia, alteração SPO₂”; “Acho importante incluir queimadura, que pode levar ao choque, assim como: sintomas respiratórios alterados, alteração do sensorio, febre, ventilação ou oxigenação ineficaz”;</p> <p>“Substituir trauma torácico, abdominal ou TCE com perfuração por trauma maior como no protocolo”</p> <p><u>JUIZ 9:</u> “Sugiro na dor intensa, modificar para ser visto no protocolo”</p>
7	1. Amputação 2. Ferimento com sangramento ativo 3. Fratura com deformidade/ sangramento 4. Sangramento vaginal Gravidez ectópica/aborto 5. Hemorragia digestiva	Palidez Sudorese pegajosa Hipotensão postural associada a dor abdominal ou pélvica Taquicardia inexplicada Hematêmese volumosa Melena Má perfusão capilar SSVV alterados	<p><u>JUIZ 2:</u> “Uma criança com amputação, ferimento com sangramento ativo, palidez, sudorese... Pode aguardar 15 minutos para ser atendido?”</p> <p><u>JUIZ 4:</u> “Retirar da QP fratura com deformidade, sangramento e retirar sangramento vaginal, gravidez ectópica/aborto”; “Incluir infecções graves/sepsis na QP e respectivos sinais objetivos: alteração mental, SSVV instáveis”; “Sugiro colocar os sinais objetivos ao lado de cada parâmetro”</p> <p><u>JUIZ 5:</u> “Qual a causa da amputação?”; “Sangramento vaginal como sinal objetivo?”</p>
8	1. Ferimento extenso por mordedura 2. Ferimento com sangramento compressível 3. Queimaduras 4. Hemorragia digestiva 5. Ferida cortocontusa 6. Urticária ou prurido intenso 7. Acidente perfurocortante com material biológico	Sangramento compressível 2º e 3º graus em > 10% SCQ 1º em > 10% SCQ ou em face, perineo, mãos e pés Sangramento digestivo não atual (24h)	<p><u>JUIZ 2:</u> “1. Deve acrescentar nos sinais objetivos as palavras: queimadura de, grau após o 2º e 3º”</p> <p><u>JUIZ 3:</u> “O item Urticária ou prurido intenso não está relacionado com circulação/hemodinâmica”</p> <p><u>JUIZ 4:</u> “Acrescentar: áreas não críticas no item queimaduras 2º e 3º...”</p> <p><u>JUIZ 5:</u> “Retirar da QP urticária e acidente perfurocortante, ou transferir para sinais objetivos”</p> <p><u>JUIZ 6:</u> “Retirar urticária e prurido intenso pois não correspondem com nenhum dos sinais objetivos”</p> <p><u>JUIZ 7:</u> “Retirar queixa de acidente perfuro contante”</p>
9	1. Mordedura 2. Laceração que	Mordedura não extensa	<p><u>JUIZ 2:</u> “O item 4 das queixas principais pode ser:</p>

	requer investigação 3. Queimadura 1º grau (área não crítica) 4. Ferida com febre e necrose 5. Miíase (infestação)	Laceração que não tem histórico de maus tratos Queimadura < 10% SCQ Febre 37,8°C > T < 38,5°C Sinais de infecção – dor, calor e rubor	ferida com necrose e febre” <u>JUIZ 4</u> : “Acrescentar nos SO: 1º grau em queimadura, SSVV normais, dor, dispneia” <u>JUIZ 6</u> : “Retirar miíase da queixa principal”
10	1. Feridas limpa sem sinais de infecção 2. Infecção local – escaras sem sinais sistêmicos 3. Queimadura pequena 1º Grau	Escoriações Ferida que não requer fechamento Curativo de úlceras crônicas Retirada de pontos	<u>JUIZ 2</u> : “No item 3 colocar queimadura pequena de 1º grau em áreas não crítica.” “Como irá diferenciar queimadura < 10% (item 9) de queimadura pequena (item 10) (até quanto é considerado pequena?)”

No item 6, os juízes dois e quatro fizeram considerações sobre a retirada do termo “insuficiência respiratória” do indicador de risco “Circulação/Hemodinâmica”, sendo esta sugestão aceita e retirada da Queixa Principal, pois realmente esta condição clínica não está associada a este indicador de risco no protocolo.

Ainda no item 6, retirou-se, conforme sugestão do juiz quatro, o termo “evisceração de órgãos internos”, por concordar-se com a opinião do juiz e considerar situação evidente que necessita de encaminhamento imediato ao atendimento, prioridade I.

Retirou-se do guia abreviado a Queixa Principal “fratura com deformidade/sangramento” por realmente caracterizar-se no protocolo como uma das condições clínicas de “trauma maior” que diz respeito à dor (juiz 4).

O juiz quatro solicita a retirada de Queixa Principal “sangramento vaginal/Gravidez ectópica” do guia abreviado, pedido acolhido por ser condição clínica pouco relatada em artigos descritivos de perfil de crianças em serviços de emergência pediátrica em que se referem na maioria febre, sintomas respiratórios, gastrointestinais e dor como as principais queixas (OLIVEIRA,

SCOCHI, 2002; BATISTELA, 2010; SENA, 2010). Trata-se, no entanto, de casos pontuais, e a Enfermeira tem acesso à informações no próprio protocolo.

O item 8: “ferimento extenso por mordedura” e “ferida cortocortusa”, foi retirado da Queixa Principal para Sinais e Sintomas, conforme protocolo original. No entanto, as queixas principais “acidente perfurocortante com material biológico” e “urticaria ou prurido intenso” foram retirados do guia abreviado na versão final. Estas alterações foram feitas de acordo com sugestão dos juízes (3, 5, 6 e 7).

No item 9, atendeu-se a sugestão de retirada da Queixa Principal “ferida com febre e necrose” e “mífase (infestação)”, de acordo com opinião dos juízes (2 e 6). Nestes dois termos foram realizadas alterações na redação a fim de adequar ao que consta no protocolo, e foram acrescentadas à subcoluna de Sinais e Sintomas.

O juiz dois e o quatro fizeram sugestões de acréscimo ao item 8 relativo a “Queimadura”. O primeiro considerou importante acrescentar “queimadura de” antes de “2º e 3º graus” e “grau” após “1º”. O segundo juiz pediu para acrescentar “em áreas não críticas” após “queimadura”, o que foi aceito na versão final do guia abreviado. No intuito de atender ao protocolo, “Queimadura” foi acrescentada à subcoluna de Queixa Principal, para o qual foi relacionada, na subcoluna Sinais e Sintomas, as condições clínicas propostas no protocolo (BRASIL, 2008b).

Também o juiz nove, solicitou a inclusão de “ANEXO C” na subcoluna de sinais e sintomas após “Dor intensa” no item seis. Considerou-se a sugestão relevante por direcionar o olhar do profissional que necessita de aprofundamento para melhor avaliação da dor e para ter ciência da existência da escala da dor no protocolo. Entretanto, este sinal e sintoma foi transferido para o indicador de risco “Dor”, item 17.

Considerou-se importante a sugestão do juiz quatro de incluir “Infecções graves, sepse” na subcoluna de Queixa Principal, em virtude de se tratar de condição clínica que leva a alterações hemodinâmicas e requer do enfermeiro

avaliação mais acurada de sinais e sintomas na criança para identificação de sinais de alerta. A sugestão foi acrescentada ao item sete, na versão final do guia abreviado. Segundo Warren (2008), aspectos específicos são essenciais na avaliação do estado hemodinâmico da criança, entre eles, estado circulatório, frequência cardíaca e esforço respiratório por idade. Para o autor, a variação de parâmetros especificados por idade facilita a identificação e definição do nível de prioridade do paciente.

Atentou-se para essa opção, para adequar também a queixa principal “choque” aos sinais e sintomas: “hipotensão, taquicardia, bradicardia”, “palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, pulso carotídeo impalpável”, no item 6.

Acrescentou-se a expressão “áreas não críticas”, no item 10, conforme solicitação do juiz dois, em atendimento aos critérios do protocolo.

Juntou-se, ainda, “Anexo D” que diz respeito à Avaliação da Superfície Corporal Queimada – SCQ, em conformidade com protocolo, pois o juiz dois questionou a diferenciação entre “queimaduras < 10%”, item 9 e “queimadura pequena”, item 10, do indicador de risco “circulação/hemodinâmica”.

Considerando que o Enfermeiro do setor de ACCR deve ter responsabilidade, autonomia e muita experiência clínica (SOUZA, 2009), e que a avaliação do paciente deve ser baseada em dados subjetivos, objetivos e, sempre que necessário, sua percepção deve ser levada em apreço, uma vez que os protocolos de classificação de risco ou as escalas de triagem não descartam vieses de subjetividade envolvidos na avaliação do paciente (BEVERIDGE, 1998; GILBOY, 2005; MOREIRA, 2010; MAFRA, 2006; BRASIL, 2008b), considerou-se, no entanto, que o enfermeiro, ao consultar o “ANEXO D” no protocolo, tem capacidade de decidir sobre o nível de complexidade apresentado pelo paciente.

Foi questionado, no item 6, a ausência de “Trauma maior” da queixa principal e seus respectivos sinais e sintomas pelo juiz quatro, e ao observar-se a primeira versão do guia abreviado, realmente este não estava registrado, somente descrito nos sinais e sintomas. Assim, na última versão, inseriu-se como queixa

principal “Trauma maior” e suas condições clínicas na subcoluna de sinais e sintomas, conforme protocolo.

Os juízes (2 e 3) questionaram o motivo de “Amputação” estar em “Trauma maior”, classificação cor laranja, com espera, segundo o fluxograma de ACCR, de até 15 minutos pelo atendimento, devido à classificação prioridade II (cor laranja). Entretanto, o protocolo realmente o classifica dentro da prioridade II (BRASIL, 2008b), bem como a escala CTAS referencia a amputação neste item de prioridade (PIRES, 2003; BEVERIDGE, 1998).

O profissional de enfermagem precisa estar apto a avaliar, e observar a presença de outras queixas principais com que se possa classificar a criança no nível de prioridade vermelho I, pois, segundo o protocolo, a presença de pelo menos uma queixa no nível de prioridade I (vermelho I), mesmo com outras, em níveis de prioridade inferiores, prevalece a classificação de maior prioridade (BRASIL, 2008b).

No indicador de risco “nível de consciência”, dos itens 11 ao 15 (Quadro 12) observou-se também algumas sugestões.

Quadro 12 – Distribuição das sugestões de juízes nos itens do indicador de risco Nível de Consciência”, em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria. Fortaleza, 2011.

Nº de Ordem	Itens da 1ª versão do guia abreviado		Considerações e sugestões dos juízes acatadas
11	1. Irresponsivo 2. Com resposta à dor 3. TCE 4. Convulsão 5. Intoxicação exógena 6. Doença psiquiátrica 7. Distúrbios metabólicos	ECG* – 3 a 8 TCE fechado Dor intensa Convulsão em atividade Hipoglicemia Hiperglicemia Rigidez de membros SpO ₂ < 90%	<u>JUIZ 1</u> : Doença psiquiátrica não parece nem relevante, nem caracterizado como vermelho como os demais sintomas <u>JUIZ 2</u> : No caso dos sintomas objetivos (hipoglicemia e hiperglicemia) para serem classificados em vermelho I devem estar associados com outro sintoma ou sinal. Não consta no protocolo na classificação vermelho I. <u>JUIZ 9</u> : “Sugiro acrescentar: resposta a estímulos dolorosos”. “Sugiro retirar: doença psiquiátrica com rigidez de membros”; “Unir hipoglicemia e hiperglicemia com alterações glicêmicas”.

12	<p>1.Alteração do estado mental por TCE</p> <p>2.Alteração mental por hipo ou hiperglicemia</p> <p>3.Alteração mental por doença psiquiátrica ou comportamental</p>	<p>Déficit cognitivo</p> <p>Agitação/Letargia</p> <p>Irritabilidade</p> <p>Confusão mental</p> <p>Sonolência</p> <p>ECG 9 a 13</p> <p>Perda da consciência</p> <p>Dor cervical</p> <p>Náusea/vômito</p> <p>Sudorese (hiperglicemia)</p> <p>Visão borrada</p> <p>Hálito cetônico</p>	<p><u>JUIZ 2:</u> O déficit cognitivo é pouco relevante para a avaliação do risco da criança e os demais itens são muito relevantes. Assim, esse sintoma não deve ser considerado vermelho II</p> <p><u>JUIZ 5:</u> “Retirar “por TCE” da QP alterações do estado mental”; “Dor cervical é relatado pelo paciente, poderia relacionar com a escala de dor. Não caracteriza como sinal de alteração mental”</p> <p><u>JUIZ 9:</u> “Sugiro modificar o item 2 para alteração mental por distúrbios glicêmicos”; “Sugiro que reveja a sudorese (seria por hipoglicemia?)”</p>
13	<p>1.Convulsão</p> <p>2.Doença psiquiátrica ou comportamental</p>	<p>ECG 14 a 15</p> <p>Pós-comicial (alerta)</p> <p>Convulsão nas últimas 24h ou primeiro episódio porém curto (<5min)</p> <p>Agitação não intensa</p> <p>Consciente</p> <p>Potencialmente agressivo</p> <p>Alucinação, desorientação</p>	<p><u>JUIZ 1:</u> Pós-comicial (alerta) não é um termo comum para todos os enfermeiros que podem fazer a classificação</p> <p><u>JUIZ 4:</u> “SSVV normais, risco para si ou para outrem? “ECG 14 a 15?, consciente? (referem-se a mesma coisa e estão separados, merece reorganizar)”</p>
14	<p>1.Doença psiquiátrica ou comportamental</p>	<p>Alerta (ECG = 15)</p> <p>Pensamento suicida</p> <p>Não agitado</p> <p>Sem risco pra si ou para outrem</p> <p>Com acompanhante</p>	<p><u>JUIZ 2:</u> “O sinal “com acompanhante” não é um sinal, mas um “aspecto” que toda criança deve ter para ir a uma emergência”; “Sugiro retirar! É irrelevante na classificação”. “Uma criança com doença psiquiátrica, ECG=15, não agitada, sem risco para ninguém porque deve ter prioridade? Considero essa criança em azul”; “Como irá diferenciar a doença psiquiátrica ou comportamental (ECG=15) na cor verde (item 14) da doença psiquiátrica (ECG 14 a 15) na cor amarela (item 13)”</p> <p><u>JUIZ 4:</u> “Acréscimo SSVV nos sinais objetivos”</p>
15	<p>1.Doença psiquiátrica</p> <p>2.Depressão crônica recorrente</p> <p>3.Crise social</p>	<p>SSVV normais</p>	<p><u>JUIZ 2:</u> Como irá diferenciar a doença psiquiátrica com SSVV normais da doença psiquiátrica (itens 13 e 14), pois os sinais objetivos dos itens 13 e 14 não falam que os SSVV estão alterados. Então pode ter os sinais</p>

	4.Impulsividade 5.Estado mental normal		objetivos citados e SSVV normais. Assim, como diferenciam?
--	---	--	--

Foi proposto pelo juiz quatro a inserção de “SSVV” em sinais e sintomas do item 14. È pertinente a sugestão, pois, em nenhum dos sinais e sintomas de queixas principais, havia sido referida essa condição. Na versão final do guia abreviado, acrescentou-se ainda a este termo a palavra “Normais”. Considera-se esta informação relevante na decisão do enfermeiro sobre o nível de prioridade da criança, pois as medições fisiológicas estão entre os principais recursos que o enfermeiro utiliza na avaliação da criança.

A decisão de inserir, no guia abreviado, “SSVV”, partiu do proposto em pesquisas identificadas na literatura. Cioffi (2000), ao estudar os critérios de avaliação do grau de comprometimento do paciente, adotados pelos enfermeiros de unidade de internação, observa que a maioria utiliza critérios subjetivos e intuição, e ressalta a importância da avaliação pela identificação de parâmetros fisiológicos, bem como criação de instrumentos para assegurá-las. Lowe (1994) acrescenta a importância de validação dos instrumentos, antes de serem utilizados na prática clínica.

Procurou-se também fundamentar a importância da avaliação dos parâmetros vitais com base na definição do termo triagem que, de acordo com alguns autores, entende-se como sendo um sistema de pontuação ou codificação utilizado para atribuir prioridades, com base nas necessidades de urgência de cuidados de paciente, baseadas na avaliação de parâmetros fisiológicos e em sinais complexos através de escalas (GRAVEL, 2008; McDONALD, BUTTERWORTH, YATE, 1995).

O juiz nove sugeriu acréscimo do termo “Resposta a estímulos dolorosos” a sinais e sintomas “Não responsivo”, do item 11. A sugestão foi pertinente, por constar no protocolo a redação “paciente não responsivo, ou só com resposta à dor”, logo foi acatada.

O juiz dois indicou retirar “Hipoglicemia” e “hiperglicemia” de sinais e sintomas, item 11, por não constar no protocolo. O juiz nove propõe junção dos dois termos. Para adequar melhor a condição clínica, decidiu-se seguir o proposto no protocolo ao que se refere à alteração mental por distúrbio metabólico, ficando sinais e sintomas, denominados “Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)” e queixa principal “Escala de coma de Glasgow (ECG 3 a 9)”, item 11, conforme protocolo.

O “Déficit cognitivo” foi descrito como sinais e sintomas da queixa principal “Alteração do estado mental por TCE” e, por sugestão do juiz dois, que considerou a condição clínica pouco relevante para avaliação do comprometimento da criança, este foi retirado da versão final do guia abreviado. Também retirou-se “por TCE”, conforme sugestão do juiz cinco, para adequar queixa principal ao conteúdo do protocolo.

Justifica-se a retirada dos sinais e sintomas “Déficit cognitivo”, com base no proposto por Fuertes (2010) que, ao comparar o déficit cognitivo entre criança e adulto após traumatismo cranioencefálico (TCE), concluiu que essa medida é um indicador válido como critério de avaliação da população adulta, mas encontrou evidências contra a validade desse critério quando aplicado à avaliação da população pediátrica, não se tratando, portanto, de condição necessária à avaliação de criança, para medir o nível de prioridade nos serviços ACCR emergência. No entanto, no que diz respeito à previsão da probabilidade de morbidade após TCE na infância, a avaliação cognitiva fornece informações pertinentes à prestação de cuidados eficazes e intervenção precoce para redução de sequelas (WECHSLER et al., 2005), importantes na observação da evolução clínica de criança com TCE.

Por sugestão dos juízes cinco e nove retirou-se “dor cervical” dos sinais e sintomas item 12, e, conforme juiz seis, a condição clínica enquadra-se no indicador de risco “dor”. No entanto a mesma foi retirada da versão final do protocolo.

Na primeira versão do guia abreviado apontou-se a expressão “Pós-comicial (alerta)”, como sinais e sintomas relacionados à queixa principal “Convulsão”. No entanto o juiz um, indicou sua retirada, por não considerar comum sua utilização pelos enfermeiros do setor de ACCR. Este termo é bastante utilizado em ambientes de tratamento neurológico, e define-se como sendo o estado após um episódio convulsivo em que a criança apresenta-se letárgica, prostrada, sem interesse no que ocorre ao seu redor. Frequentemente não olha para a mãe e nem a observa enquanto fala. Pode ter um olhar fixo, sem expressão, e não se dá conta, aparentemente, do que se passa ao seu redor (BRASIL, 2003). Entretanto a pesquisadora decidiu acatar a sugestão do juiz um e retirar este termo da versão final, por concordar com que se trata de um termo muito específico da área neurológica.

O juiz dois solicitou a retirada dos sinais e sintomas “Com acompanhante” referindo-se à queixa principal “Doenças psiquiátricas ou comportamental”, por considerar que não se trata de uma condição clínica, mas, um “aspecto” inerente a toda criança que necessite ir à emergência. Assim, em concordância com o juiz, subtraiu-se o termo.

A condição clínica descrita para criança com “Doença psiquiátrica”, no item 14, bem como o motivo desta estar relacionada ao nível de prioridade 4, com classificação de risco cor verde, foi questionada pelo juiz dois. Para esse juiz, uma criança “Alerta (ECG 15), sem risco para si ou para outrem e não agitada”, caracteriza-se na classificação de risco de cor azul. Esse mesmo juiz também não conseguiu visualizar diferenças entre os níveis de prioridades dos sinais e sintomas, nos itens 13, 14 e 15 do guia abreviado.

Em relação aos questionamentos e sugestões anteriores feitas pelo juiz dois, quanto à queixa principal “Doença psiquiátrica ou comportamental”, dos itens 13, 14 e 15, concordou-se em parte com ele. Para tanto, foram feitas alterações de maneira a deixar evidentes as diferenças entre níveis de prioridades e classificações de risco de cada um.

No item 13, “Agitação não intensa” foi substituída por “Agitação menos intensa”, porém os juízes (4 e 9) sugeriram a retirada do termo “mas consciente” após a expressão “Agitação menos intensa”, uma vez que essa condição consta da queixa principal relacionada a “Traumatismo craniano”, ficando, na última versão do guia abreviado, “Agitação menos intensa”. No item 14, “Não agitado” foi substituído por “Gesticulando, mas não agitado”, e, no item 15, em lugar de “SSVV normais”, inscreveram-se as seguintes condições clínicas “Depressão crônica recorrente”, “Crise social” e “Estado mental normal”. As sugestões dos juízes foram acatadas, e as alterações realizadas de acordo com o proposto no protocolo.

O juiz nove questionou a clareza e a compreensão do termo “alteração mental por hipo ou hiperglicemia”, relacionado à queixa principal, no item 12. Com a avaliação do questionamento, verificou-se a necessidade de alteração do conteúdo para adequação ao protocolo, denominando-se a queixa principal por “Alteração do estado mental” e retirando-se o termo “Hipo ou hiperglicemia” do indicador de risco. Na subcoluna de sinais e sintomas acrescentou-se “Agitação, letargia, irritabilidade, sonolência, coma”.

Os juízes (4 e 9) sugeriram retirar do indicador de risco “Nível de consciência”, a condição clínica “Sudorese” por estar mais relacionada a alterações hemodinâmicas. A pesquisadora considerou pertinente a sugestão dos juízes transferindo o termo “sudorese para indicador de risco circulação/hemodinâmica.

No quadro 13 a seguir, em relação às sugestões no indicador de risco “Dor”, foram ressaltadas sugestões por parte dos juízes, que podem ser observadas.

Quadro 13 – Distribuição das sugestões de juízes nos itens do indicador de risco “Dor”, em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria. Fortaleza, 2011.

Nº de Ordem	Itens da 1ª versão do guia abreviado		Considerações e sugestões dos juízes
16	1. Dor intensa por trauma torácico, abdominal ou TCE 2. Choque cardiogênico (IAM*)	Escala da dor (9 a 10) Pior dor da vida Dor incontrolável	<p><u>JUIZ 3</u>: “Texto informal – se a escala da dor é de 9 a 10 – logo deve ser muito acentuada. Sugiro retirar (pior dor da vida)”</p> <p><u>JUIZ 4</u>: “Não consegui identificar no protocolo original este parâmetro de dor”</p> <p><u>JUIZ 9</u>: “O item um da queixa principal ficou confuso, sugiro separar cada tipo de dor intensa (se torácica ou abdominal ou TCE)”; “O item “pior dor da vida” é muito subjetivo devido ao limiar da dor de cada indivíduo”</p>
17	1. Dor por trauma grave 2. Dor torácica (não trauma) do tipo viscera, em peso, opressão, queimação ou irradiação 3. Dor torácica súbita/pontada 4. Dor abdominal ou pélvica intensa com hipotensão 5. Cefaléia 6. Lombalgia incapacitante	SSVV alterados ECG 13 a 15 Fratura com deformidade ou sangramento Amputação Dor moderada a grave Escala da dor (8 a 10) Sangramento vaginal Rigidez de nuca, náuseas e vômitos Diminuição da função dos MMII	<p><u>JUIZ 2</u>: “Dor por trauma grave pode esperar 15 minutos com SSVV alterados? No protocolo consta na cor vermelho II trauma grave com SSVV normais”.</p> <p><u>JUIZ 4</u>: “Definir melhor o que você considera como queixa ou sintoma. “Poderia incluir mais sinais: “hipotensão, hipertensão, febre, sudorese, cefaleia intensa, sudorese, alteração do estado mental, paresia, afasia, náuseas, dispnéia (relacionar com o sintoma)”; “Poderia escrever nos sintomas “dor intensa” em vez de “lombalgia incapacitante” e relacionar a diminuição da função”.</p> <p><u>JUIZ 5</u>: “Retirar amputação dos sinais objetivos”</p> <p><u>JUIZ 6</u>: “Retirar amputação dos sinais objetivos, pois não se encaixam em nenhuma queixa principal”</p> <p><u>JUIZ 9</u>: “Sugiro que deixe amputação no domínio “circulação/hemodinâmica”, já referido anteriormente”</p>
18	1. Cefaléia por TCE 2. Fratura alinhada 3. Hematoma traumático 4. Trauma torácico com dor leve ou	Aguda a moderada Escala da dor (8 a 10 ou 4 a 7) SpO2 95% SSVV normais Piora com respiração profunda ou à palpação Distensão abdominal Retenção urinária	<p><u>JUIZ 1</u>: “Talvez classificaria como laranja, dependendo do estado do paciente no momento, sobretudo por TCE com cefaléia e vômito, os demais manteria como amarelo mesmo”; “A fratura alinhada, caso estivesse com muito edema em ossos longos também poderia ser laranja”; “Considerarei pouco relevante pois embora a dor seja a maior ênfase da queixa, todas as queixas podem</p>

	<p>moderada e sem dispnéia</p> <p>5.Dor torácica em pontada</p> <p>6.Dor abdominal</p> <p>7.Dor intensa central e crônica (SSVV normais)</p> <p>8.Enxaqueca, cólica renal, disúria</p> <p>9.Articulação ou membros com dor intensa</p>	<p>Prostração e febre</p> <p>Calor, edema, eritema em articulação ou membros com febre</p>	<p>ser contempladas nos itens anteriores”</p> <p><u>JUIZ 2</u>: “Como irá diferenciar dor torácia em pontada (item 18) da dor torácica súbita/pontada (item 17); “O que é aguda a moderada? Dor? Seria intensa a moderada?”</p> <p><u>JUIZ 4</u>: “Achei confuso o descrito nos sintomas. Separa o item 8”, “Acrescentar a escala em aguda a moderada (Anexo)”; “Acrescentar a dispneia para caracterizar item 7.”</p> <p><u>JUIZ 5</u>: “Retirar TCE da “cefaléia” na queixa principal”; “Retirar “dor intensa central e crônica” pois os sinais objetivos não estão relacionados à queixa principal no item 7”</p> <p><u>JUIZ 6</u>: “Substituir cefaléia por TCE” por “cefaléia intensa””</p> <p><u>JUIZ 9</u>: “Acredito que “hematoma traumático” pode ser retirado”; “colocar classificação da dor “aguda a moderada” tal como no anexo”.</p>
19	<p>1.TCE menor (consciente)</p> <p>2.Trauma torácico sem dispnéia</p> <p>3.Distensões, torções, fratura possível</p> <p>4.Trauma menor</p> <p>5.Dor abdominal sem prostração</p> <p>6.Cefaléia súbita, não intensa e não enxaqueca</p> <p>7.Lombalgia, artralgia com limitações sem sinais flogísticos</p>	<p>Baixo impacto sem vômitos</p> <p>Acidente há mais de 6h e < 10 dias</p> <p>Dor moderada</p> <p>Escala da dor (4 a 7)</p> <p>Dor abdominal aguda a moderada com SSVV normais</p>	<p><u>JUIZ 2</u>: “Como é dor aguda a moderada? Não é leve a moderada?”</p> <p><u>JUIZ 4</u>: “importante definir melhor o que será sintoma e sinais; pois ausência de sinais flogísticos é sinais objetivos”; “acrescentar escala da dor”, “SSVV”, “Acrescentar ausência de sinais flogísticos nos sinais”.</p> <p><u>JUIZ 9</u>: “Sugiro unir dor moderada com a escala de dor”</p>
20	<p>1.Dor crônica</p> <p>2.Contusões com dor leve</p> <p>3.Mialgia, distensões ou dor em MMII sem sinais flogísticos</p>	<p>Dor leve</p> <p>Escala da dor < 4</p>	<p><u>JUIZ 1</u>: “A dor é um sinal extremamente subjetivo, a tolerância da dor é muito diversificada na população, com isso é essencial focar a importância do exame físico do enfermeiro para avaliar sinais de gravidade que podem não aparecer com a queixa referida. Este é o diferencial do enfermeiro para um recepcionista. Dores abdominais podem evoluir para</p>

	4. Dor abdominal moderada/leve 5. Constipação 6. Dor torácica superficial Lombalgia crônica não traumática 7. Disúria sem febre		abdome agudo caso o paciente seja muito tolerante à dor. Em todos os casos é necessário o exame físico e a análise das fácies, e dos SSVV do paciente” <u>JUIZ 4</u> : “Sugiro criar sinais objetivos para avaliar a dor específica: por exemplo: como definir que a dor em decorrente de constipação? Ou disúria? Ou lombalgia? Seria melhor criar parâmetros de avaliação. Ex: constipação pode ser avaliada por ausência de fezes no período de 3 dias” <u>JUIZ 9</u> : “Acrescentar “Anexo” na escala da dor”
--	---	--	---

Na construção da primeira versão do guia abreviado, a pesquisadora descreveu o grau de dor nos sinais e sintomas, pela expressão “A pior dor da vida”, ao referir-se à escala da dor (9 a 10/10), o que não ficou claro para os juízes (3 e 9) que indicaram a retirada da expressão e inclusão de “ANEXO C” que compreende a escala da dor no protocolo. A sugestão foi alterada na versão final, com a seguinte redação: “Trauma torácico, abdominal ou craniano com: dor intensa (ANEXO C)”.

Os juízes (4, 5, 6 e 9) não concordaram com a condição clínica “Amputação” nos sinais e sintomas do indicador de risco “Dor”, item 17, e solicitaram sua retirada. De acordo com Pires (2003), na CTAS versão brasileira, ao que se refere à avaliação do paciente em relação à função músculo esquelética, existem dois níveis de prioridade para a condição “Amputação”: Um na prioridade I, que se refere à emergência, relacionado com “amputação de extremidades” e outro, na prioridade 2, em que “amputação traumática” traz especificação (dedos) pós-termo. No entanto, manteve-se a condição clínica “amputação” no nível de prioridade II (cor laranja), conforme protocolo.

O juiz quatro sugeriu inserir “Dispnéia” item 18, em relação a “Dor intensa central e crônica (SSVV normais)”, e o juiz 5 referiu que as condições “Intensa, central e crônica” não se relacionavam a queixa principal, sugerindo retirá-los. Dessa forma, em concordância com os juízes, substituiu-se queixa principal por “Trauma moderado” e os sinais e sintomas relacionados organizados conforme descrito no protocolo, ficando “Trauma torácico com dor leve ou

moderada, sem dispneia”. Na versão final, acrescentou-se aos sinais e sintomas a expressão “ANEXO C”.

Foi questionado pelo juiz dois, a diferença entre “Dor torácica súbita/pontada”, item 17, de “Dor torácica em pontada”, item 18. Após avaliar o questionamento, substituiu-se nos itens 17 e 18, a queixa principal da primeira versão do guia abreviado por somente “Dor torácica tipo visceral” e, como sinais e sintomas relacionados, alterou-se por “Associados a sudorese, náusea, dispneia” no item 17. Para o item 18, substituiu-se a queixa principal “Trauma moderado” e os sinais e sintomas “Trauma torácico com dor leve ou moderada (Anexo C), sem dispneia”, a fim de facilitar a visualização da diferença do grau de complexidade entre os níveis de prioridade.

Por sugestão do juiz nove, retirou-se da queixa principal “Hematoma traumático”, por ter sido considerado irrelevante para avaliação do paciente. Sendo assim, retirado o termo e alterado o item, a queixa principal identificou-se por “Dor” com sinais e sintomas “Lombalgia mais intensa, artralgia com limitação” relacionado, item 18.

Os juízes (2, 4, e 9) consideraram confusa a descrição das características de dor em “Dor intensa, central e crônica (SSVV normais)”, do item 18. Foram realizadas alterações e, na queixa principal, retiradas as palavras “Intensa, central e crônica (SSVV normais)”, ficando somente “Dor”, e os sinais e sintomas relacionados “Enxaqueca” e “Cólica renal”.

No item 16, atendeu-se sugestão de reorganizar a redação da queixa principal relacionada à “Dor intensa por trauma torácico, abdominal ou TCE”, condição clínica alterada para “Trauma torácico, abdominal ou craniano com: dor intensa (9 a 10/10) (Anexo C)”, transferida para a subcoluna de sinais e sintomas, relacionada à queixa principal “Trauma maior” para adequar-se ao proposto protocolo.

Segundo avaliação dos juízes um, cinco e seis, a condição clínica do item 18, no que concerne a “Cefaléia por TCE” e a “Fratura alinhada”, em caso de edema em ossos longos, consideram-se característicos do nível de

prioridade 2 (cor laranja), bem como pouco relevante para avaliação do profissional. Em resposta à consideração dos juízes, e para melhorar o “*layout*” do guia abreviado facilitando a localização das condições clínicas relacionadas às queixas principais, retirou-se a queixa principal “Cefaléia por TCE” e, em seu lugar, acrescentou-se “Trauma craniano”, sendo então selecionados os sinais e sintomas “cefaléia moderada (4 - 7/10) (Anexo C)”, “sem perda da consciência (ANEXO B)”. A sugestão do juiz um, foi considerada relevante, por propiciar mudanças para melhor evidência de diferenciação do grau de complexidade entre os itens 16, 17, 18, 19 e 20.

Segundo Borges (1999), os recursos audiovisuais são instrumentos utilizados para facilitar a comunicação de ideia, informação ou qualquer conteúdo e bem como facilitar comparação entre dois ou mais objetos e, conseqüentemente, identificação de semelhanças e diferenças, por como exemplo, diferenças entre condições clínicas de maior e menor complexidade.

A queixa principal “cefaléia súbita, não intensa e não enxaqueca” foi alterada conforme sugestão do juiz um. Identificou-se a queixa principal por “Cefaléia” e, nos sinais e sintomas, relacionou-se “Não súbita”, “Não intensa (ANEXO C)” e “Não-enxaqueca”.

Conforme sugestão dos juízes (4 e 9), acrescentou-se “ANEXO C” após “SSVV”, na classificação da intensidade da dor. Dessa forma substituiu-se “Dor abdominal sem prostração”, por “Dor abdominal”, na queixa principal e, relacionada à expressão “Aguda, moderada (ANEXO C)”. Também, foi questionado pelos juízes (2 e 9) acerca da clareza da expressão “dor aguda, moderada”.

Rossato (2006) refere-se à dor como condicionada ao limiar de cada indivíduo, bem como podendo ser súbita, progressiva ou não, além da dificuldade de ser descrita de maneira clara pela criança. Para o autor a necessidade de avaliação da dor em crianças e adolescentes perpassa da identificação da intensidade, para a necessidade de avaliação de sua qualidade e dimensões, pela utilização de instrumentos testados a fim de garantir que a identificação do que a

criança esteja vivenciando, e não o que o profissional julgue o que ela esteja sentindo.

Por utilizar-se do anexo C “Escala da dor”, proposto no protocolo, para avaliar a dor da criança nos serviços de emergência, decidiu-se manter, a descrição da dor “aguda, moderada” no guia abreviado. A dor aguda tem início súbito e está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. Geralmente associada à intensidade forte, incapacitante com impacto na qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2001). Já dor moderada, é também denominada significativa, mas suportável. É caracterizada por causar dificuldade de realização de algumas atividades (BRASIL, 2008b), com impacto moderado na qualidade de vida.

A queixa principal descrita por “Lombalgia, artralgia, com limitações sem sinais flogísticos” foi alterada para “Dor”, em relação aos sinais e sintomas: “Lombalgia mais intensa” e “Artralgia com limitação”, acatando-se as sugestões dos juízes quatro, cinco e nove.

O instrumento “Escala de avaliação da dor” (Anexo C) do protocolo trata-se de uma escala em forma de escada na qual constam características e intensidade da dor, alterados na ordem crescente de degrau, numerados de zero a dez, sendo que zero identifica criança sem dor e, dez está relacionado “a pior dor da vida, incontrolável” (Brasil, 2008b). Face à subjetividade da dor, em que cada indivíduo utiliza o termo relacionando-o a experiências vivenciadas, descrevendo-o de acordo com a capacidade de comunicação através de sinais e signos próprios de contextos sociais, culturais, educacionais, entre outros, faz da avaliação da dor em criança um dos problemas mais desafiantes dos profissionais de saúde (ROSSATO, MAGALDI, 2006; MENOSSE, LIMA CORRÊA, 2008).

Foi válido o questionamento dos juízes um, quatro e nove, sobre importância da avaliação da dor, de qualidade pelo profissional de enfermagem, criteriosa, com exame físico e observação dos SSVV, principalmente utilizando a escala da dor a fim de garantir avaliação de qualidade da dor em crianças.

O juiz quatro questionou, mais uma vez, sobre definição da escolha de queixas principais e sinais e sintomas. A questão fora colocada anteriormente, e esclarecida. No entanto, sugere-se acrescentar condições clínicas às queixas de dor, que possam ser incluídas como sinais e sintomas do item 17: “hipotensão”, “hipertensão”, “febre”, “sudorese”, “cefaleia intensa”, “sudorese”, “alteração do estado mental”, “paresia”, “afasia”, “náuseas” e “dispnéia”. É pertinente a sugestão, pois, conforme a fisiopatologia do organismo humano, as doenças se apresentam pelas alterações de parâmetros fisiológicos, em resposta aos agravos. As alterações originam sinais que podem ser observados pela enfermagem, ou sintomas que podem ser descritos pelos pacientes a fim de caracterizar o nível de comprometimento hemodinâmico dos mesmos (BRASIL, 2008b; WONG, 2005; BRUNNER/SUDDARTH, 1994, BRASIL, 2003; WARREN *et al.* 2008). Diante disso, acatou-se a sugestão do juiz por considerar relevante e para assegurar a tomada de decisão do enfermeiro, na classificação da prioridade de criança no setor de ACCR.

A dor é queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças ou disfunções (BRASIL, 2004a, CARRET, M.L.V. *et al.*, 2009). Segundo a Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), define-se como experiência sensorial e emocional desagradável, cujos indivíduos associam a lesões teciduais reais ou potenciais (WHO, 1998). Rossato e Magaldi (2006) compreendem a dor como sensação temida por pessoas de todas as faixas etárias, principalmente crianças, de quem os profissionais de saúde subestimam a queixa e emitem as próprias impressões.

A avaliação da dor é classificada de diversas formas, entre as escalas de triagem existentes. A CTAS pediátrica considera a dor aguda e crônica, nos seguintes níveis de comprometimento: aguda (nível II), aguda moderada (nível III), aguda leve (nível IV) e crônica (nível V) (WARREN, 2008). O protocolo de ACCR em pediatria faz a classificação da dor, em ordem crescente: intensa, dilacerante e insuportável associada a alterações hemodinâmicas e nível de consciência (prioridade 1 cor vermelha); moderada a grave, em peso, em opressão, em pontada, intensa com SSVV alterados, aguda (prioridade 2 cor

laranja); moderada, muito forte, em pontada, intensa central e crônica com SSVV normais (prioridade 3 cor amarela), intensa crônica ou moderada, aguda e periférica com SSVV normais (prioridade 4 cor verde) e dor leve, crônica ou recorrente (prioridade 5 cor azul), pela escala (ANEXO C).

O juiz dois discutiu a condição da queixa principal, item 17, de uma criança com “dor por trauma grave” e com “SSVV alterados”, de ter que esperar até 15 minutos por atendimento, bem como identificou erro de redação na condição “SSVV alterados” quando no protocolo constava “SSVV normais”.

Verificanda a condição, encontrou-se em outros instrumentos de triagem crianças com as mesmas características clínicas, também classificadas no nível de prioridade II, como na versão brasileira da escala canadense de triagem, ao afirmar que paciente com trauma grave apresenta mecanismos de lesão de alto risco e sintomas graves, porém, na avaliação física, os SSVV apresentam-se normais ou quase normais (PIRES, 2003). Ainda, segundo Índice de Severidade de Emergência (ESI), escala de triagem americana refere que mecanismos de injúria associados a alto grau de risco de complicações são categorizados na escala como nível 2, salvo com instabilidade nos sinais vitais que requeiram intervenção imediata (GILBOY *et al.*, 2005). Após análise do questionamento, bem como do protocolo e literatura, a pesquisadora alterou o termo para “SSVV normais” e decidiu manter a condição clínica no nível de prioridade II (classificação de risco cor laranja) conforme protocolo.

No Quadro 14 a seguir, foram ressaltadas sugestões ao indicador de risco “eliminação/hidratação”, pelos juízes.

Quadro 14 – Distribuição das sugestões de juízes nos itens do indicador de risco “eliminação/hidratação”, em relação à primeira versão do guia abreviado de ACCR em pediatria. Fortaleza, 2011.

Nº de Ordem	Itens da 1ª versão do guia abreviado		Considerações e sugestões dos juízes acatadas
21	Desidratação grave	Letargia Dificuldade para beber Boca muito seca	JUÍZ 2: “Para classificar a criança em desidratação grave é preciso ter mais de um sinal objetivo, pois caso a criança esteja apresentando dificuldade de

		Olhos muito encovados Fontanela muito deprimida Prega cutânea se desfaz lentamente (>10seg) Pulso muito fino Enchimento capilar muito lento (> 5seg)	beber pode não ser suficiente para classificar em vermelho I.”
22	Desidratação moderada COM vômitos incoercíveis	Irritada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea (<10seg) Pulso fino e rápido Enchimento capilar (3 a 5seg)	JUIZ 1: “Em pediatria as desidratações evoluem muito rápido e não devem ser classificadas em laranja, mas em vermelho sempre”; “Além disso, o termo vômitos incoercíveis não é comum no dia a dia.” JUIZ 2: “O sinal de muita sede e boca seca é pouco relevante isoladamente para classificar em vermelho II. Os demais são muito relevantes.”; “Choro sem lágrimas pode ter vários significados (p. ex: birra)”
23	Desidratação moderada SEM vômitos História de Diabetes mellitus com desidratação acentuada	Irritada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea (<10seg) Pulso fino e rápido Enchimento capilar (3 a 5seg) Glicemia >300 ou <50mgdl	JUIZ 1: “Pelos mesmos motivos destacados no item anterior, (desidratação evoluir rapidamente em pediatria) não classificar como amarelo, mas como vermelho II. Lembrar também que a punção venosa de uma criança desidratada é muito difícil. O que já ocasionará, mais demora para rehidratação. Com isso, priorizando uma criança que está com desidratação moderada, poder-se-á ganhar minutos preciosos com terapia de reposição oral.” JUIZ 2: “Os sinais irritada, muita sede e boca seca isoladamente é pouco relevante para classificar em desidratação moderada na cor amarela” JUIZ 3: “No guia tem INICIAR–TRO – Não entendi!! – Sugiro retirar pois não é momento de intervenção” JUIZ 4: “Acrescentar vômito e dor abdominal nos sinais objetivos”
24	Vômito diarréia E SEM desidratação	Mucosa úmida Diurese habitual Turgor da pele normal Evacuações/dia < 5 episódios Vômitos/dia < 5 episódios	JUIZ 1: “Classificaria como amarelo pelos mesmos motivos anteriores. Para iniciar terapia de reposição oral o quanto antes. Além disso já validaria um protocolo para que o enfermeiro iniciasse a conduta e para que a criança aguardasse a consulta médica.” JUIZ 4: “Acrescentar SSVV normais nos sinais objetivos”
25	Vômito diarréia OU SEM desidratação	Estado mental normal SSVV normais	JUIZ 1: “Neste caso classificaria como amarelo e prosseguiria com a idéia do protocolo para iniciar terapia de reposição oral, dado à evolução súbita que a criança pode ter, caso apresente novos episódios de evacuações líquidas ou vômitos.”

Os juízes um, dois e quatro comentaram sobre a forma de avaliação da desidratação, uma vez que a doença evolui de forma rápida, principalmente em criança pequena, a que se indica adoção de avaliação mais criteriosa, com exame físico e verificação dos SSVV, com corroboração de Mincis *et al.*, (2008), ao relatarem que diarreia não tratada desencadeia desidratação, distúrbios metabólicos, distúrbios hidroeletrólíticos levando à acidose, hipernatremia e hipopotassemia, capazes de evoluir rapidamente à insuficiência renal aguda.

O protocolo de ACCR em pediatria, origem do guia abreviado, não aborda a forma e características de avaliação das condições clínicas relacionadas à desidratação. E os sinais e sintomas de avaliação do grau de comprometimento da criança desidratada são semelhantes entre si. Ressalta-se que se deve estar atento na avaliação clínica da criança, pois estudos referem que os sinais de desidratação nem sempre são confiáveis, o que torna difícil avaliar o nível de desidratação, sendo de suma importância exame físico completo, bem como medições fisiológicas (SSVV) (WARREN, 2008; PIRES, 2003)

Diante disso, para construção do guia abreviado, optou-se por seguir as orientações do instrumento *Paediatric Triage Tool*, no que concerne à quantificação do número de sinais e sintomas, para melhor evidenciar a distinção entre os níveis de complexidades. De acordo com esse instrumento, a criança com desidratação severa, classificada no nível de prioridade I, apresenta mais de seis sinais e sintomas; com desidratação moderada, entre três e seis, e a desidratação leve é caracterizada em criança com menos de três sinais e sintomas relacionados (LYON, 2007).

Para melhor identificação do nível de prioridade de desidratação com base na literatura e por sugestão dos juízes um, dois e quatro, acrescentou-se ao item 21, após queixa principal “Desidratação grave”, a expressão “> 6 sinais de desidratação”; ao item 22, após queixa principal “Desidratação moderada **COM** vômitos”, a expressão “3 a 6 sinais de desidratação” e no item 23 “Desidratação moderada **SEM** vômitos”, “> 6 sinais de desidratação”. Tal sequência seguiu a escala *Paediatric Triage Tool*, em que nesse instrumento, para desidratação severa, é considerada a presença de mais de seis sinais e sintomas relacionados à queixa; para desidratação moderada, deve-se observar presença de três a seis sinais e sintomas e, para classificação de crianças com desidratação leve, menos de três sinais e sintomas relacionados (LYON, 2007).

Por observação do juiz quatro, que constatou a ausência do termo “SSVV normais” nos sinais e sintomas relacionados a queixa principal de “Vômitos e diarreia SEM desidratação”, item 24, foi acrescentado o termo na

versão final do guia abreviado, pelo fato de ser considerado pertinente e importante para avaliação da condição clínica da criança.

Os juízes um e nove analisaram “vômitos incoercíveis”, como termo não comum no dia a dia no setor de ACCR. Após avaliação, a sugestão dos juízes e, como o objetivo do guia abreviado é de facilitar a avaliação pelos enfermeiros dos serviços de emergência, as pesquisadoras decidiram retirar o termo na versão final, minimizando, ao máximo, qualquer condição que pudesse dificultar sua aplicação.

O juiz três sugeriu retirar “INICIAR – TRO”, por não caracterizar condição clínica, mas, procedimento que pode ser realizado pela equipe de ACCR. Entretanto o juiz um ressaltou, em vários momentos, a necessidade de priorizar a criança com quadro de desidratação moderada ou leve, pelo fato de a condição clínica evoluir rapidamente, bem como importância de iniciar, o quanto antes, terapia de reidratação oral (TRO), enquanto a criança aguarda consulta com pediatra. Por ser procedimento de extrema importância para redução do agravamento das condições clínicas de criança com quadro de desidratação, que necessita aguardar consulta por 15 a 30 minutos, acatou-se a sugestão do juiz um, de manter a expressão.

Diante do exposto, tem-se a conclusão de que o guia abreviado do protocolo de ACCR em pediatria do município de Fortaleza, foi considerado pelos juízes como claro e compreensivo, bem como o conteúdo das queixas principais e sinais e sintomas relacionadas à classificação de risco e aos indicadores de risco aos quais se referem.

O guia abreviado obteve IVC geral igual a 0,98, e foi tido como relevante e apto a medir o grau de complexidade de criança no setor de acolhimento.

Com as alterações do *layout* e conteúdo para adequação ao propósito, a segunda versão pode ser representada conforme o esquema do quadro 15 a seguir, e na íntegra, através do Apêndice E.

Quadro 15 – Representação numérica da distribuição dos itens e respectivos indicadores de risco que formaram a segunda versão do guia abreviado. Fortaleza-CE, 2011.

GUIA ABREVIADO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA									
Vias aéreas/ Respiração		Circulação/ Hemodinâmica		Nível de Consciência		Dor		Eliminação/ Hidratação	
Queixa principal	Sinais e sintomas	Queixa principal	Sinais e sintomas	Queixa principal	Sinais e sintomas	Queixa principal	Sinais e sintomas	Queixa principal	Sinais e sintomas
1		6		11		16		21	
2		7		12		17		22	
3		8		13		18		23	
4		9		14		19		24	
5		10		15		20		25	

Fonte: Próprio autor

Ressalta-se que os juízes tiveram oportunidade de opinar sobre a utilização do guia abreviado na prática, sobre sua relevância e propósito:

“O material é de extrema relevância” (juiz 1),

“O guia irá facilitar a implementação do acolhimento com classificação de risco” (juiz 2),

“Irá proporcionar uma maior viabilidade na triagem, por possuir queixas e sinais e sintomas de fácil entendimento e condizente com a realidade de uma emergência pediátrica (juiz 3)”,

“Proposta interessante (juiz 4)”,

“Agiliza o atendimento a partir da necessidade do paciente com base no nível de risco em que ele se enquadre” (juiz 6),

“Relevante para melhorar a qualidade da assistência no que diz respeito à classificação de risco em pediatria (juiz 8)” e,

“Instrumento pertinente para facilitar a utilização do protocolo de ACCR em unidade de emergência pediátrica e melhorar a qualidade da assistência do nosso paciente (juiz 9)”.

As opiniões dos juízes confirmaram a relevância do guia abreviado para prática profissional dos enfermeiros do setor de acolhimento com avaliação e

classificação de risco em pediatria, pois, através da sua utilização, o enfermeiro será capaz de reduzir o tempo de consulta e os erros de classificação de risco, reorganizar o processo de trabalho através da padronização da consulta de enfermagem, assegurar as tomadas de decisão, além de aumentar a satisfação dos profissionais e dos pacientes.

Assim, o instrumento atende ao propósito para o qual foi construído, e está pronto a ser aplicado na prática afim de que possa ser submetido à validação clínica e ser posteriormente utilizado no cotidiano do profissional enfermeiro que atende crianças no acolhimento em situações de emergência.

CONCLUSÕES

5 Conclusões

Este estudo permitiu a elaboração do instrumento “Guia Abreviado do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria”, com cinco indicadores de risco, identificados por vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência, dor e eliminação/hidratação, relacionados às funções fisiológicas através de queixas principais e sinais e sintomas.

O propósito do instrumento foi possibilitar ao enfermeiro visualização instantânea dos sinais e sintomas pela queixa principal para o enquadramento correto no nível de prioridade de atendimento. Com isso, cada indicador de risco foi dividido em cinco níveis de complexidade, em ordem decrescente de prioridade de atendimento, identificados pelas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul.

Sua validade de conteúdo e aparência realizou-se pela apreciação de nove juízes, divididos entre quatro enfermeiros docentes/pesquisadores, com conhecimento na área de interesse do construto e estudos validação, e cinco enfermeiros com experiência clínica em classificação de risco comprovada, os quais apresentaram elevado nível de *expertise*, com pontuação acima da exigida no sistema de classificação de *experts* adotado, o que possibilitou maior confiança na avaliação.

Para validade de aparência, os juízes consideraram os 25 itens do guia abreviado como claros e compreensíveis, pela concordância acima de 70%.

Os juízes também avaliaram a pertinência da “queixa principal” e dos “sinais e sintomas”, quanto à classificação de risco relacionada, e consideraram que o conteúdo de 23 (92%) dos 25 itens foi pertinente à classificação de risco. Somente 2 (8%) itens (3 e 18), foram tidos como pertinentes por 6 (66,7%) juízes, ou seja, abaixo do mínimo estipulado (70%). Nos dois itens, foram feitas

alterações no conteúdo para adequação da condição clínica (queixa principal e sinais e sintomas) à classificação de risco relacionada.

Cada função fisiológica do organismo foi representada pelo indicador de risco selecionado a partir dos discriminadores de saúde do instrumento australiano *Pediatric Triage Tool*, e os conteúdos das queixas principais e sinais e sintomas foram extraídos do protocolo de ACCR em pediatria de Fortaleza. No que concerne à adequação dos indicadores de risco ao conteúdo das queixas principais e sinais e sintomas, 5 (100%) indicadores foram considerados pertinentes na opinião dos juízes (N=9; 100%), caracterizando que os indicadores de risco estão apropriados aos conteúdos das queixas principais e sinais e sintomas relacionados.

Quanto à importância do guia abreviado, os juízes consideraram relevantes, 17 (68%) itens com percentual acima de 80% e 8 (32%) itens, não relevantes, com percentual de 77,8% a 66,7% de concordância entre os juízes.

Reconhecendo que validação do conteúdo mede a relevância e grau de importância dos itens do instrumento, bem como determina a sua permanência ou não, é oportuna a validação do conteúdo pela avaliação do grau de relevância dos itens e do instrumento como um todo, por meio da aplicação do cálculo do Índice de Validade do Conteúdo (IVC), em que se obteve IVC igual a 0,98. Ou seja, de acordo com o grau de relevância, não houve necessidade de retirar 8 (3, 7, 8, 11, 13, 16, 18 e 6) itens do guia abreviado, considerado validado pelos juízes.

Assim, decidiu-se manter os itens propostos na primeira versão, ressaltando-se adequações por sugestões dos juízes, quanto ao *layout*, à estrutura e ao conteúdo do guia abreviado.

Quanto ao *layout* e estrutura, o guia abreviado foi construído em face única, impresso em cores de tonalidades claras (vermelha, laranja, amarela, verde e azul), em papel couchê brilhoso, gramagem 60g/m² e dimensões 460x350mm. Houve alinhamento entre o conteúdo das queixas principais aos sinais e sintomas relacionados; alteração dos subtítulos “Queixas Principais

(Sintomas)” e “Sinais Objetivos” por “Queixa Principal” e “Sinais e Sintomas”, bem como alteração de estrutura do instrumento pela separação entre colunas para melhoria de visualização no sentido vertical. Na adequação do estilo e tamanho da letra, escolhe-se fonte “Arial”, tamanho igual a 36 para o título, para subtítulos do cabeçalho das colunas, fonte igual a 14, e para descrição das queixas principais e sinais e sintomas, fonte 11.

Pelas alterações de conteúdo de 25 itens nos 5 indicadores de risco, conclui-se:

No indicador de risco “vias aéreas/respiração”, na 1ª coluna do guia abreviado, representado pelos itens de 1 a 5, houve alterações relacionadas a acréscimos de palavras e símbolos, correções de erros de digitações, bem como exclusão de sinais e sintomas que não se enquadravam no indicador de risco e/ou na classificação de risco.

O Indicador de risco “circulação/hemodinâmica” foi representado na 2ª coluna pelos itens de 6 a 10, com as seguintes alterações: retirada de termos não relevantes ou que não se enquadraram no indicador de risco relacionado; alteração da condição clínica relacionada a queixa principal para a subcoluna de sinais e sintomas do mesmo nível de prioridade e acréscimo e inserção de palavras a termos existentes.

O indicador de risco “nível de consciência” foi alocado na 3ª coluna, identificado pelos itens de 11 a 15. Foram feitas as adequações de conteúdo das queixas principais e sinais e sintomas, no que concerne ao acréscimo de termos, retirada de expressões e condições clínicas (sinais e sintomas), bem como alterações de conteúdos dos itens 13, 14 e 15 para evidenciar melhor a diferenciação entre os três níveis de prioridade.

O indicador de risco “dor”, na 4ª coluna, identificado pelos itens de 16 a 20, necessita de alterações de exclusão de termos, considerados confundidores pelos juízes, acréscimo de expressões para melhor clareza das condições clínicas, alteração de conteúdo de sinais e sintomas a fim de melhorar o *layout* e

assegurar a diferenciação entre grau de complexidade dos itens 16, 17, 18, 19 e 20, e transferência de condições clínicas da queixa principal para sinais e sintomas a fim de adequar ao protocolo.

O indicador de risco “eliminação/hidratação” foi apresentado na 5ª coluna, pelos itens de 21 a 25 para os quais se teve opções de acréscimo às queixas principais de condições a fim de nortear a avaliação da desidratação em crianças, no que se refere ao número de sinais de desidratação apresentados nos itens 21, 22 e 23. Na criança com desidratação grave (item 21) considerou-se que deveriam conter “> 6 sinais de desidratação”, para as com desidratação moderada **COM** vômitos, de “3 a 6 sinais de desidratação” (item 22) e para a criança em condição de desidratação moderada **SEM** vômitos, “< 3 sinais de desidratação”.

Ainda, no referido indicador de risco, foram realizadas alterações de acréscimo e retirada de termos, bem como manutenção do termo “INICIAR – TRO”, mesmo não considerado por um juiz como condição a ser avaliada em criança com desidratação, mas com procedimento.

Em conclusão, tem-se um instrumento válido, capaz de medir corretamente o grau de complexidade clínica da criança, conseqüentemente, apto para utilização do enfermeiro nos serviços de emergências a fim de garantir classificação de risco mais rápida e com menos risco de erro.

RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 Recomendações e Considerações Finais

A investigação propiciou criação e validação de instrumento de medição utilizando metodologia complexa e desafiadora pela avaliação psicométrica. A importância desse tipo de estudo está na capacidade de avaliar cuidadosamente esses instrumentos e validá-los para serem aplicados na prática clínica ou em pesquisas, aumentando a precisão de generalizações e a redução de erros sistemáticos. Entretanto, somente a utilização do instrumento na prática clínica poderá ser conclusiva quanto à sua validade e confiabilidade. Desse modo, recomenda-se a aplicação clínica do guia abreviado em populações e contextos distintos, para ratificar sua validade e confiabilidade.

Ressalta-se que foram enfrentadas algumas dificuldades no desenvolvimento dessa pesquisa, entre elas a falta de consenso na opinião dos pesquisadores na escolha do número de juízes necessários para validar um instrumento; bem como poucos esclarecimentos sobre a aplicação das propriedades de medição da validação de conteúdo na literatura.

Outra dificuldade encontrada está relacionada à captação de juízes. Poucos são os juízes que se dispõem a participar desse processo de análise, pois requer dos mesmos, empenho, dedicação de tempo, de concentração, de conhecimento, entre outros. Reconhece-se que sua participação é muito importante, uma vez que são imprescindíveis à realização desse tipo de pesquisa e sobre os quais inside a co-responsabilidade da qualidade do material validado. Vale à pena ressaltar quão importante é o trabalho da equipe de juízes para a promoção e desenvolvimento da pesquisa em enfermagem. Dessa forma, recomenda-se aos órgãos de fomento a valoração da produção científica como critério de pontuação na avaliação de currículos, ou mesmo a remuneração dessa produção intelectual.

Torna-se premente salientar que o processo de acolhimento com avaliação e classificação de risco existe apenas para classificar os pacientes no momento da chegada nos serviços de emergência ou pré-emergência e que se deve levar em consideração que a classificação do risco/triagem não pode tomar o lugar de uma avaliação de enfermagem completa, ou avaliação médica completa. Com isso, o guia abreviado deve ser utilizado unicamente, para avaliação e a classificação de risco de crianças no setor de acolhimento nos serviços de emergência, quiçá, nas unidades da atenção básica.

O sistema de ACCR é formado por duas ações individuais - o acolher e o classificar o risco. No entanto estas ações são realizadas mutuamente pelo enfermeiro do setor de acolhimento, o qual deve possuir características específicas como conhecimento clínico, experiência, paciência, trato com outros profissionais e usuários, boa comunicação, ética, discernimento, iniciativa entre outros no desenvolvimento dessa função.

Acolher é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços cujo objetivo principal é garantir-lhes condições adequadas e assistência e com qualidade nos serviços de saúde. Já classificar risco significa identificar prontamente urgências e emergências para o atendimento conforme a gravidade e/ou encaminhar, com segurança de atendimento, os casos considerados não pertinentes ao nível de atenção do serviço. Ou seja, trata-se de uma proposta ampla que visa à melhoria da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde, cujo profissional enfermeiro participa ativamente nesse processo, ampliando o seu campo de atuação profissional.

A função do enfermeiro neste setor é priorizar o atendimento com base na avaliação de critérios estabelecidos por protocolos. No entanto, existem poucos desses instrumentos na nossa realidade, e o próprio ambiente conflitante dos serviços de emergência impede a utilização dos mesmos por parte dos profissionais.

O instrumento ora construído, trata-se de uma versão resumida do protocolo de ACCR em pediatria de Fortaleza, de fácil manuseio e apresentação simples, pelo que se orienta a sua utilização juntamente como o mesmo, pois este não invalida o protocolo original, tratando-se apenas de um roteiro de fácil visualização.

Espera-se que o guia abreviado seja utilizado por enfermeiros do acolhimento, a fim de afastar uma avaliação das condições clínicas de pacientes e com base apenas na experiência e intuição, o que muitas vezes pode ocorrer em erros e acarretar prejuízo tanto ao profissional quanto às crianças. Espera-se ainda, que este sirva de base para tomada de decisão do enfermeiro na classificação do risco de crianças nos serviços de emergência pediátricos, uma vez que o mesmo foi construído com base em evidências de pesquisas, cujo objetivo maior é o de aproximar a teoria à prática clínica.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BATISTELA, S., GUERREIRO, N.P; ROSSETTO, E.G. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde** [online].2008 jul/dez.

BEVERIDGE, R; CLARKE, B. JANES, L.; BAVAGE, N.; THOMPSON, J.; DODD, G.; MURRAY, M.; JORDAN, C.N.; WARREN, D.; VADEBONCOEUR, A.; Implementation Guidelines for the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS), Version: CTAS16.DOC. **By the Canadian Association Of Emergency Physicians (CAEP)**, the National Emergency Nurses Affiliation os Canada (NENA), and L'association des médecins d'urgence Du Québec (AMUQ). December 16, 1998.

BASTABLE, Susan B. **O enfermeiro como educador**, 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n.2, supl., p.15-25, 1996..

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001

_____. 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. 56 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança**

de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2 / Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. 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**/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 48p.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão.** Brasília, DF, 2004b..

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O Acolhimento como uma diretriz da política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**, Abbês, C. Brasília: 2006b. Acessado em 27/04/2011. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/humanizacao/acolhimento_pnh.ppt.

_____. Ministério da Saude. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**, NEVES, C.A.; ROLLO, A., 2. Ed. Brasília-DF, 2006.

_____, Ministério da Saúde, Equipe HumanizaSUS, PNH, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenação de Gestão Hospitalar/MSM, Hospitais Municipais de Fortaleza, Articuladores da Implementação do ACCR no Hospitais

Municipais. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**, MAFRA, A.A. *et al*, 1ª. Ed. Fortaleza, set. 2008b.

_____, Ministério da Saúde, Equipe HumanizaSUS, PNH, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenação de Gestão Hospitalar/MSM, Hospitais Municipais de Fortaleza, Articuladores da Implementação do ACCR no Hospitais Municipais. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco adulto**, MAFRA, A.A. *et al*, 1ª. Ed. Fortaleza, set. 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Vigilância Epidemiológica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Indicadores de Dados para a Saúde no Brasil (IDB-2010) – **RIPSA (online)**. 2010. Acesso em 05/12/2011. Disponível em <http://www.ripsa.org.br/php/indez.php>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Livros. Séri A **Normas e Manuais Técnicos**. Acessado em 05/12/2011. Disponível em: <http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/11/biblioteca.html>.

BRUNET & SUDDARTH, **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica** – 9ª Edição – RJ. Editora Guanabara / Koogan, 2000.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n. 9, p. 2005-2008, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança:** revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde: In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CARVALHO, E.C.; AGUIAR, A.S.C; JOVENTINO, E.S.; FONTENELE, F.C.; MOREIRA, R.P.; MELO, R.P. Critérios para seleção de *experts* em estudos de validação de diagnósticos. **Anais...** SINADEN. 2010.

CASSIANI, S.H.B. **A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem:** estratégia, validade e confiabilidade [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): USP/EERP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 1987.

CHAGAS, R.U.A. **Explorando os cartazes do Ministério da Saúde no período de 200 a 2011.** / Renato Uirá Afonso Chagas. – Brasília, 2011. 67 f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília. Faculdade de Comunicação. Brasília, DF. 2011.

CIOFFI, J. Recognition of patients who require emergency assistance: a descriptive study. **Heart Lung**, v. 29, n. 4, p. 265-8, 2000.

COHEN, J. A Coefficient of agreement for nominal scales. **Educational and Psychological Measurement**, [S.l.], v. 20, p. 37-46, 1960.

Complaint Oriented Triage - **COT 2008.** Canadian Triage and Acuity Score 2008, na versão pediátrica e adulta. Acesso em 21/05/2010. Disponível em: <http://www.caep.ca/template.asp?id=b795164082374289bbd9c1c2bf4b8d32>

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

FEHRING, R.J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHSON, P. (Ed.). **Classification of Nursing Diagnosis:** proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-7.

FRANÇA, E.; SOUZA, J.M.; GUIMARÃES, M.D.C.; GOULART, E.M.A.; COLOSIMO, E.; ANTUNES, C.M.F. Associação entre fatores socioeconômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. **Cad Saúde Pública** 2001; 17:1437-47.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FREITAS, L.V. **Construção e validação de hipermídia educacional em exame físico no pré-natal/** Lydia Vieira Freitas. – Fortaleza, 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará. 2010.

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

FUJINAGA, C.I.; SCOCHI, C.G.S.; SANTOS, C.B.; ZAMBERLAN, N.E.; LEITE, A.M. Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.8 no.4 Recife Oct./Dec. 2008

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 maio-junho; 12(3):549-56.

GILBOY, N; Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. **Emergency Severity Index (ESI), Version 4: Implementation Handbook.** AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.

GOODMAN, C.M. The Delphi Technique: a critique. **J Adv Nurs**, 1987; 12:729-34

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos Editorial, 2000. 438p.

GRAVEL, J.; MANZANO, S.; ARSENAULT, M. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. **CJEM • JCMU**, January 2009; 11:(1), 23-28.

GUIFON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ed. 2006.

HADAD S, FRANÇA E, UCHOA E. Mortes infantis por causas evitáveis e qualidade dos serviços de saúde: um estudo da percepção materna da doença e do atendimento à criança doente. **Cad Saúde Pública** 2002; 18:1519-27

HUANG, D.T. Clinical review: impact of emergency department care on intensive care unit costs. **Critical Care**, v. 8, n. 6, p. 498-502, 2004.

HULLEY, S.B.; et al, **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 384p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. 162p.

JOVENTINO, E.S. **Construção de uma escala psicométrica para mensurar a auto-eficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 215f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2010.

KOVACS, M.H.; FELICIANO, K.V.O; SARINHO, S.W.; VERAS, A.A.C.A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-atendimento. **J Pediatr** (Rio J). 2005;81(3):251-8.

LACERDA, T.T.B., MAGALHÃES, L.C., REZENDE, M.B. Validade de conteúdo de questionários de coordenação motora para pais e professores. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 63-77, maio/ago., 2007.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, R.P.; XIMENES, L.B; JOVENTINO, E.S.; VIEIRA, L.J.E.; ORIÁ, M.O.B.

Accidentes em la infancia: el lugar de ocurrencia y la conducta de los familiares em el ámbito domiciliario. **Enfermería Global** nº. 15, Febrero, 2009.

LYON, N.; BABEKUHL, S.N.S.W. Pediatric Health Clinical Practice Guidelines. Executive Director responsible for Policy and PCP. Director of Policy – guidelines, Standards and protocols (Pediatrics) NCHN, *Alternat Contact*: Winskill Rhonda, **NCHN Pediatrics CNC / HNE** Health. Authorized in May 2007. Acesso em 21/05/2010 em: http://www.kaleidoscope.org.au/docs/PCP/RoSC_MH.pdf.

LOPES, E.M. **Construção e validação de hipermídia educacional em planejamento familiar**: abordagem à anticoncepção. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2009. 140f.

LOWE, R.A. et al. Refusing care to emergency department patients: evaluation of published triage guidelines. **Ann Emerg Med**, v.23, n.2, p. 286-93, 1994.

FONSECA, L.M.; SCOCHI, C.G.S.; ROCHA, S.M.M.; LEITE, A.M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista-am Enfermagem** 2004. Janeiro-fevereiro 12(1):65-75.

FUERTES, A.; McKAY, C.; HAY, C.; Cognitive reserve in pediatric traumatic brain injury: relationship with neuropsychological results. **Lesão Cerebral**, 2010 Jul; 24 (7-8): 995-1002. ISSN: 0269-9052 PMID: 20515361 CINAHL AN: 2010692449

MAFRA, A.A.; NARTUBSM O; BELEZIA B.; SHIMAZAKI M.E.; BARBOSA, Y.R.; RATES, S.M.M.; NORONHA, R.; ROCHA, M.O.C. **Acolhimento com classificação de risco no pronto do hospital municipal Odilon Behrenes em Belo Horizonte – Proposta de validação Ministério da Saúde**. QualiSUS, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselho Regional de Medicina CRM MG, Conselho Regional de Enfermagem COREN MG. Belo Horizonte, 2006.

MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração,

análise e interpretação de dados. 5a ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.

MATTOS, I.E. Morbidade por causas externas em crianças de 0 a 12 anos: uma análise dos registros de atendimento de um hospital do Rio de Janeiro, **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 4, p. 189– 98, 2001.

MAZZOTTI, A. I. A.; GEWANDZNAIDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998. 203p.

McDONALD, L.; BUTTERWORTH, T.; YATE, D.W. Triage: a literature review 1985 - 1993. **Emerg Nurs Accid** 1995, 3:201-7

MELO, E.M.C.; ASSUNÇÃO, A.A.; FERREIRA, R.A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(12):3000-3010, dez, 2007.

Memorandum of Understanding Between the Manchester Triage Group (MGT) and Portuguese Triage Group (GPT) and Brazilian Triage Group.

Assinado em 09 de outubro de 2007. Disponível em :

www.unihorizontes.br/novosite/banco_dissertações080920101604002479.pdf

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

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

MOREL, C.M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2):261-270, 2004.

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

67, 2001.

OLIVEIRA, M.L.F.de; SCOCHI, M.J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 123-128, 2002.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C. SAWADA, N.O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 115-23.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

ORIÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale**: aplicação em gestantes. 2008. 182f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5 ed. esp., p. 206-223, 1998.

PASQUALI, L. Testes Referentes a contrato: Teoria e Modelo de Construção. In: Pasquali L.(organizador). **Instrumentos psicológicos: Manual Prático de elaboração**. Brasília: LabPam; 1999. p.37-71.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev.Esc.Enf. USP**, v.32, n.2, p.153-68, ago. 1998.

PIRES, P.S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência**: “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS). 2003. 206p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem. São Paulo, 2003.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em**

enfermagem: métodos, avaliações e utilização. 5ª ed. São Paulo: ArtMed, 2004.

PRADO, L.M. **Desenvolvimento de avaliação e material multimídia para orientação de pais e cuidadores de criança com Síndrome de Down.** 165f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia de Bauru. Bauru, 2011,

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Projeto do Milênio das Nações Unidas:** investindo no desenvolvimento: um plano prático para atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio. Nova Iorque: Communications Development; Washington, D.C: Grundy & Northedge, 2005.

PUPULIM, J.S.L. **Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física:** construção e validação de um instrumento de medida. 2009. 222f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.

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

RODRIGUEZ, J.M. **Emergências.** Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill. p. 309, 2002.

ROTI L., Gori E., Gostinicchi S., Maciocco G.. Innovazione e qualità dell'assistenza. **Salute e territorio**, 25, 97-106, 2005

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

SIDOTI, E.; ARCOLEO, A. Humanização e equidade na educação superior em medicina. **Anais do III Seminário Internacional em Educação e Saúde: "O papel**

da internacionalização da educação superior". São Paulo, Botucatu, 2007. Acesso em 21/02/2011 em:

http://www.unifesp.br/centros/cedess/producao/producao_eventos.htm

SILVA, M.D.S.O. **Educar para o autocuidado num serviço hospitalar**. 2007. Dissertação – Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto, 2007.

SOUZA, C.C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 119p. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2009.

STREINER, D.L., NORMAN, G. Health Measurement Scales: A practical Guide to their development and use. 2nd edition. **Great Britain: Oxford Medical Publications**; 2001. 230 p.

TEIXEIRA, C.L.S.; KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V.; COELI, C.M. Reclassificação dos grupos de causas prováveis dos óbitos de causa mal definida, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar no Sistema Único de Saúde, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p. 1315-1324, 2006.

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

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, fev., 2001.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P. **Epidemiologia da desigualdade**: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIEIRA S. **Introdução à bioestatística**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

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

WIEBE, R.A. ACADEMICAN ACADEMY OF PEDIATRICALS. Committee on Pediatric Emergency Medicine and American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee. Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. **Pediatrics** 2001; 107:777-81.

WHITTEMORE, R., KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica – Elementos essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

WRIGHT, J.; GIOVINAZZO, R. Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisa em Administração** 2000; 01(12):54-65.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Câncer pain relief an palliative care in children**. Geneva, England: WHO, 1998.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE PARA JUÍZES

Fortaleza, ____ de _____ de 2011

Caro(a) Senhor(a),

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de mestranda da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-CE, onde pretendo construir e validar um GUIA ABREVIADO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.

Por reconhecimento de sua experiência profissional, você foi escolhido para emitir seu julgamento sobre o conteúdo deste guia abreviado respondendo ao questionário em anexo.

Para a elaboração deste guia abreviado, consideramos a descrição inicial do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza-CE, utilizado nos hospitais de emergência para classificar o risco e orientar o atendimento conforme o grau de complexidade, para crianças que buscam esse tipo de atendimento.

Cada item do guia abreviado está distribuído em cinco indicadores críticos de saúde (1-Respiração; 2-Circulação/Hemodinâmica; 3-Nível de consciência; 4-Dor; 5-Eliminação/hidratação), que estão relacionados aos principais sinais de alerta apresentados pelos pacientes ou relatados pelas mães/responsáveis. Cada um destes discriminadores possui gradação de classificação de risco entre 1 e 5, apontados a seguir: 1=vermelho, 2=laranja, 3=amarelo, 4=verde e 5=azul.

As atividades que solicito ao(a) senhor(a) referem-se a:

- 1 – Leitura do texto integral do protocolo utilizado nesse estudo;
- 2 – Assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).
- 4 – Apreciação do conteúdo e relevância do guia abreviado ao preencher o *check-list* (Validação de Conteúdo e Aparência);
- 5 – Comentários e sugestões sobre os itens contidos no guia abreviado. Assim, caso ache pertinente, Vossa Senhoria pode sugerir a inclusão, exclusão ou modificação de qualquer item;
- 6 – Preenchimento do Questionário para caracterização dos especialistas;

Para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, que o(a) senhor(a) devolva os questionários dentro do prazo de 15 dias.

Desde já, agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Joelna Eline G.L.F. Veras
Bernadete Maria Leal, Nº 93, Salinas. Telefones: 30237903/88546940.
E-mail: joelnaveras@ufc.br

Lorena Barbosa Ximenes
Orientadora
E-mail: lbximenes2005@uol.com.br

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/JUÍZES TÉCNICOS

Caro (a) Senhor (a),

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação da Professora Lorena Barbosa Ximenes, com título CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM GUIA ABREVIADO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.

Para tanto, o guia abreviado precisa ser submetida a um rigoroso protocolo 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 (juiz). Como tal, o(a) senhor(a) receberá um *check-list* com as informações contidas no guia abreviado do protocolo de ACCR em Pediatria de Fortaleza-CE, as instruções de como proceder à análise da validade do instrumento, mediante normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo.

Convido-o a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá além de sua disponibilidade de tempo para analisar/validar o guia abreviado, um encontro com a pesquisadora para que possamos juntos discutir e fazer uma síntese de sua apreciação do instrumento.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu 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, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

Nome: Lorena Barbosa Ximenes, **Telefone para contato:** 3366-8464

Nome: Joelna Eline G.L. de F. Veras, **Telefone para contato:** 8854-6940/3366-8464

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8344.

Eu, _____, RG _____, após ter sido devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/JUÍZES DE CONTEÚDO

Caro (a) Professor (a),

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação da Professora Lorena Barbosa Ximenes, com título CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM GUIA ABREVIADO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.

Para tanto, o guia abreviado precisa ser submetida a um rigoroso protocolo 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 (juiz). Como tal, o(a) senhor(a) receberá um *check-list* com as informações contidas no guia abreviado do protocolo de ACCR em Pediatria de Fortaleza-CE, as instruções de como proceder à análise da validade do instrumento, mediante normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo.

Convido-o a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para analisar/validar o guia abreviado.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu 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, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

Nome: Lorena Barbosa Ximenes, **Telefone para contato:** 3366-8464

Nome: Joelna Eline G.L. de F. Veras, **Telefone para contato:** 8854-6940/3366-8464

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8344.

Eu, _____, RG _____, após ter sido devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES TÉCNICOS – 1ª FASE

ENFERMEIROS(AS) ESPECIALISTAS

ESPECIALISTA Nº. _____

1 - IDENTIFICAÇÃO

1. Idade: _____

2. Ocupação atual: 1. Assistência () 2. Ensino () 3. Pesquisa () 4. Consultoria () 5. Outros () _____

3. Local de trabalho: _____

4. Área de atuação (atual): _____

5. Experiência com docência: 1. Sim 2. () Não () 6. Qual Nível: 1. Médio () 2. Superior ()

7. Tempo de atuação no ensino Nível Médio () em anos: _____ 8. Nível Superior () em anos: _____

9. Experiência com classificação de risco em emergência pediátrica (em anos): _____

10. Capacitação em habilitação para implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em emergência pediátrica pelo Município de Fortaleza: 1. () SIM 2. () NÃO

2 – QUALIFICAÇÃO

11. Formação/Graduação: _____ Ano de conclusão: _____

12. Especialização 1. () SIM 2. () NÃO

13. Mestrado 1. () SIM 2. () NÃO

14. Doutorado 1. () SIM 2. () NÃO

15. Outros (Qual e ano de conclusão): _____

2 – PRODUÇÃO CIENTÍFICA

17. Defesa de tese 1. () SIM 2. () NÃO

18. Defesa de dissertação 1. () SIM 2. () NÃO

19. Orientação de: 1. Tese () 2. Dissertação () 3. Monografia ()

22. Participação em Banca Examinadora: 1. () SIM 2. () NÃO

23. Autoria em publicação de artigo em periódico: 1. () SIM 2. () NÃO Quantos: _____

3 – OUTRAS INFORMAÇÕES: _____

APÊNDICE D - Check-list para Validação do “Guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria”

Formulário 1 - Para cada um dos itens propostos para o **GUIA ABREVIADO** (quadro em destaque) contendo a queixa principal e os sinais observados, responda as perguntas 1, 2, 3, 4 e 5. Caso algum item do quadro em destaque não lhe pareça claro, compreensivo ou pertinente ao indicador de risco relacionado nas questões, acrescente sua sugestão no espaço 6 correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Observados	Validação				
1. PCR* 2. Iminência de PCR 2. IR* 3. Choque	SSVV* ausentes Dispneia extrema, Cianose central, SpO ₂ * < 90% Dispneia extrema ou fadiga muscular Obstrução em vias aéreas	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho I?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/>				

*PCR: Parada cardio-respiratória; IR: Insuficiência respiratória; SSVV:Sinais vitais; FR: Frequência respiratória, FC: Frequência cardíaca; SpO₂: Saturação de oxigênio.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Asma prévia 2.Sibilância 3.Corpo estranho em vias aéreas 4.Anafilaxia por reação alérgica	SSVV* alterados SpO ₂ < 92% FR* alterada (bradpnéia/taquipnéia) Estridor/roncos Sialorréia Angústia respiratória intensa Esforço muscular Sensação de garganta fechando	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho II/ Laranja?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/>				

* SSVV:Sinais vitais; FR: Frequência respiratória, FC: Frequência cardíaca; SpO₂: Saturação de oxigênio.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1. Asma com dispnéia ao exercício 2. Epistaxe 3. Hemoptise	SpO ₂ >92 e <94% FR <50 ou <140bpm Dispnéia ao exercício Ortopnéia Tosse freqüente Hemoptise franca Epistaxe com PA alterada Peck Flow >40 e <90 Taquicardia T< 38,5°C	1. O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2. As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Amarela?	3. As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4. As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo () 3. Compreensivo ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração () Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência () Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* SpO₂: Saturação de oxigênio; FR: Frequência respiratória; T: Temperatura.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1. Sintomas gripais	Dor de garganta Dor de ouvido Tosse produtiva Rinorréia purulenta Mialgia Febre: 37,8°>T<38,5°C	1. O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2. As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Verde?	3. As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4. As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo () 3. Compreensivo ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração () Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência () Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

*T: Temperatura.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1. Sem sintomas respiratórios	Coriza Queixas leves Dor de garganta sem febre SSVV normais	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Azul?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* SSVV:Sinais vitais.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Choque hipovolêmico 2.Trauma torácico, abdominal ou TCE* com perfuração 3.Evisceração de órgãos internos 4. IR*	Hipotensão Taquicardia /Bradycardia Palidez acentuada Sudorese, pele fria, pulso fino Pulso carotídeo impalpável Síncope postural Dor intensa	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho I?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

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

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Amputação	Palidez	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho II / Laranja?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
2.Ferimento com sangramento ativo	Sudorese pegajosa					
3.Fratura com deformidade/sangramento	Hipotensão postural associada a dor abdominal ou pélvica					
4.Sangramento vaginal	Taquicardia inexplicada					
5.Hemorragia digestiva	Melena					
	Má perfusão capilar	1. Confuso ()	1. Não ()	Respiração()	1. Não ()	1. Irrelevante ()
	SSVV alterados	2. Pouco compreensivo()	2. Em parte ()	Circulação/Hemodinâmica ()	2. Em parte ()	2. Pouco relevante ()
		3.Compreensivo()	3. Sim ()	Nível de Consciência()	3. Sim ()	3. Realmente relevante ()
				Dor ()		4. Muito relevante ()
				Eliminação/Hidratação ()		
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* SSVV:Sinais vitais.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Ferimento extenso por mordedura	Sangramento compressível	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Amarela?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
2.Ferimento com sangramento compressível	2° e 3° graus em > 10%SCQ					
3.Queimaduras	1° em >10% SCQ ou em face, períneo, mãos e pés					
4.Hemorragia digestiva	Sangramento digestivo não atual (24h)					
5.Ferida corto-contusa						
6.Urticária ou prurido intenso		1. Confuso ()	1. Não ()	Respiração()	1. Não ()	1. Irrelevante ()
7.Acidente perfuro-cortante com material biológico		2. Pouco compreensivo()	2. Em parte ()	Circulação/Hemodinâmica ()	2. Em parte ()	2. Pouco relevante ()
		3.Compreensivo()	3. Sim ()	Nível de Consciência()	3. Sim ()	3. Realmente relevante ()
				Dor ()		4. Muito relevante ()
				Eliminação/Hidratação ()		
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* SCQ: Superfície corporal queimada.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Mordedura 2.Laceração que requer investigação 3.Queimadura 1º grau (área não crítica) 4.Ferida com febre e necrose 5.Mífase (infestação)	Mordedura não extensa Laceração que não tem histórico de maus tratos Queimadura < 10% SCQ Febre 37,8°C>T<38,5°C Sinais de infecção – dor, calor e rubor	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão? 1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Verde? 1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco? Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco? 1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque? 1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* SCQ: Superfície corporal queimada; T: Temperatura.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Feridas limpa sem sinais de infecção 2.Infecção local – escaras sem sinais sistêmicos 3.Queimadura pequena 1º Grau	Escoriações Ferida que não requer fechamento Curativo de úlceras crônicas Retirada de pontos	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão? 1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Azul? 1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco? Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco? 1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque? 1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1. Irresponsivo	ECG* – 3 a 8	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho I?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
2.Com resposta à dor	TCE fechado					
3.TCE	Dor intensa					
4.Convulsão	Convulsão em atividade					
5.Intoxicação exógena	Hipoglicemia	1. Confuso ()	1. Não ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6.Doença psiquiátrica	Hiperglicemia	2. Pouco compreensivo()	2. Em parte ()			
7.Distúrbios metabólicos	Rigidez de membros	3.Compreensivo()	3. Sim ()			
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

*TCE: Trauma crânio-encefálico; SpO₂: Saturação de oxigênio; ECG: Escala de Glasgow de Coma.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Alteração do estado mental por TCE	Déficit cognitivo	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho II / Laranja?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
2.Alteração mental por hipó ou hiperglicemia	Agitação/Letargia					
3.Alteração mental por doença psiquiátrica ou comportamental	Irritabilidade					
	Confusão mental	1. Confuso ()	1. Não ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
	Sonolência	2. Pouco compreensivo()	2. Em parte ()			
	ECG 9 a 13	3.Compreensivo()	3. Sim ()			
	Perda da consciência					
	Dor cervical					
	Náusea/vômito					
	Sudorese (hiperglicemia)					
	Visão borrada					
	Hálito cetônico					
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

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

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Convulsão 2.Doença psiquiátrica ou comportamental	ECG 14 a 15 Pós-comicial (alerta) Convulsão nas últimas 24h ou primeiro episódio porém curto (<5min) Agitação não intensa Consciente Potencialmente agressivo Alucinação, desorientação	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Amarela?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* ECG: Escala de Glasgow de Coma.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Doença psiquiátrica ou comportamental	Alerta (ECG = 15) Pensamento suicida Não agitado Sem risco pra si ou para outrem Com acompanhante	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Verde?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* ECG: Escala de Glasgow de Coma.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1. Doença psiquiátrica 2. Depressão crónica recorrente 3. Crise social 4. Impulsividade 5. Estado mental normal	SSVV normais	1. O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2. As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Azul?	3. As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4. As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo () 3. Compreensivo ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração () Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência () Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* SSVV: Sinais vitais.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1. Dor intensa por trauma torácico, abdominal ou TCE 2. Choque cardiogénico (IAM*)	Escala da dor (9 a 10) Pior dor da vida Dor incontrolável	1. O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2. As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho?	3. As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4. As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo () 3. Compreensivo ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração () Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência () Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

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

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1. Dor por trauma grave	SSVV alterados	1. O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2. As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho II / Laranja?	3. As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4. As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
2. Dor torácica (não trauma) do tipo viscera, em peso, opressão, queimação ou irradiação	ECG 13 a 15					
3. Dor torácica súbita/pontada	Fratura com deformidade ou sangramento					
4. Dor abdominal ou pévica intensa com hipotensão	Amputação					
5. Cefaléia	Dor moderada a grave Escala da dor (8 a 10)					
6. Lombalgia incapacitante	Sangramento vaginal					
	Rigidez de nuca, náuseas e vômitos	1. Confuso ()	1. Não ()	Respiração ()	1. Não ()	1. Irrelevante ()
	Diminuição da função dos MMII	2. Pouco compreensivo ()	2. Em parte ()	Circulação/Hemodinâmica ()	2. Em parte ()	2. Pouco relevante ()
		3. Compreensivo ()	3. Sim ()	Nível de Consciência ()	3. Sim ()	3. Realmente relevante ()
				Dor ()		4. Muito relevante ()
				Eliminação/Hidratação ()		
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

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

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1. Cefaléia por TCE	Aguda a moderada	1. O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2. As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Amarela?	3. As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4. As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
2. Fratura alinhada	Escala da dor (8 a 10 ou 4 a 7)					
3. Hematoma traumático	SpO ₂ 95%					
4. Trauma torácico com dor leve ou moderada e sem dispnéia	SSVV normais					
5. Dor torácica em pontada	Piora com respiração profunda ou à palpação					
6. Dor abdominal	Distensão abdominal					
7. Dor intensa central e crônica (SSVV normais)	Retenção urinária					
8. Enxaqueca, cólica renal, disúria	Prostração e febre					
9. Articulação ou membros com dor intensa	Calor, edema, eritema em articulação ou membros com febre					
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* SSVV: Sinais vitais; FR: TCE: Trauma crânio-encefálico; SpO₂: Saturação de oxigênio.

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Desidratação grave	Letargia Dificuldade para beber Boca muito seca Olhos muito encovados Fontanela muito deprimida Prega cutânea (>10seg) Pulso muito fino Enchimento capilar muito lento (> 5seg)	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho I?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Desidratação moderada COM vômitos incoercíveis	Irritada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea (<10seg) Pulso fino e rápido Enchimento capilar (3 a 5seg)	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Vermelho II / Laranja?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Desidratação moderada SEM vômitos 2.História de Diabetes mellitus com desidratação acentuada	Irritada	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Amarela?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
	Muita sede					
	Boca seca	1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
	Olhos encovados					
	Choro sem lágrimas					
	Fontanela deprimida					
	Prega cutânea (<10seg)					
	Pulso fino e rápido					
	Enchimento capilar (3 a 5seg)					
	Glicemia >300 ou <50mgdl					
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1.Vômito E diarreia SEM desidratação	Mucosa úmida	1.O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2.As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Verde?	3.As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4.As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
	Diurese habitual					
	Turgor da pele normal	1. Confuso () 2. Pouco compreensivo() 3.Compreensivo()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração() Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência() Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
	Evacuações/dia < 5 episódios					
	Vômitos/dia < 5 episódios					
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

Queixa Principal (Sintomas)	Sinais Objetivos	Validação				
1. Vômito OU diarreia SEM desidratação	Estado mental normal SSVV normais	1. O texto do quadro ao lado está bem redigido e de fácil compreensão?	2. As queixas principais e sinais observados representam o nível de Classificação de risco na cor Azul?	3. As queixas principais e os sinais observados estão relacionados com qual indicador de risco?	4. As queixas principais e os sinais observados são relevantes para uma melhor e mais rápida classificação de risco?	5. Qual o grau de relevância deste texto em destaque?
		1. Confuso () 2. Pouco compreensivo () 3. Compreensivo ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	Respiração () Circulação/Hemodinâmica () Nível de Consciência () Dor () Eliminação/Hidratação ()	1. Não () 2. Em parte () 3. Sim ()	1. Irrelevante () 2. Pouco relevante () 3. Realmente relevante () 4. Muito relevante ()
6. Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo ou relacionado ao domínio ou função fisiológica selecionada, acrescente suas sugestões neste espaço		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

* SSVV: Sinais vitais.

Sua opinião é importante:

Qual a sua opinião geral sobre o material produzido? 1. () Ótimo 2. () Bom 3. () Regular 4. () Fraco

Você acredita que os Enfermeiros terão facilidade em utilizá-lo na prática? 1. Sim () 2. Não () 3. Em parte ()

Você acredita que os Enfermeiros terão interesse em utilizá-lo na prática? 1. Sem interesse () 2. Com pouco interesse dificuldade () 3. Com muito interesse () 4. Extremamente interessante ()

Você entende que a utilização do material validado é relevante para o exercício da profissão na assistência de enfermagem à crianças em unidade de emergência pediátrica? 1. Irrelevante (), 2. Pouco relevante (), 3. Realmente relevante (), 4. Muito relevante (). Justifique sua resposta: _____

APÊNDICE E

VERSÃO FINAL DO GUIA ABREVIADO

GUIA ABREVIADO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA DE FORTALEZA

RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO/HEMODINÂMICA		NÍVEL DE CONSCIENCIA		DOR		ELIMINAÇÃO/HIDRATAÇÃO	
Queixa Principal	Sinais e Sintomas	Queixa Principal	Sinais e Sintomas	Queixa Principal	Sinais e Sintomas	Queixa Principal	Sinais e Sintomas	Queixa Principal	Sinais e Sintomas
Código de parada (sinal sonoro)	PCR* Inimência de PCR paciente não responde SSVV* assinilvestantes (ANEXO A)	Trauma maior	Trauma torácico, abdominal ou cefálico com perfuração	Código de parada	PCR Não responde SSVV ausentes	Trauma maior	Trauma torácico, abdominal ou cefálico com dor intensa (escala de dor <= 9 a 10) (ANEXO C)	Desidratação grave (> 5 sinais de desidratação)	Lafargia Dificuldade para beber Boca muito seca Olhos muito encovados Fontanela muito deprimida Pruga cutânea se desfaz muito lentamente (>10seg) Pulso muito fino e enchimento capilar muito lento (>5seg)
Ineficiência respiratória	Cianose central, FR* alterada (ANEXO A) Dignidade extrema, SpO2 < 90%, Obstrução de via aérea	Choque	Hipotensão, taquicardia, Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fio	Choque	TCE (ECG 3 a 8)	Choque	Alteração do sensorio associado a sinais de choque		
Dignidade, Asma grave, Síndrome recorrente	SSVV* normais Estridor, sibilância intensa, esforço muscular Passado de asma grave Sat O2 < 92%	Trauma grave	Ferimento extenso com sangramento ativo	Alteração do estado mental	Agitação, Lafargia Intubidade, sonolência, coma	Trauma craniano	Coma ECG entre 9 e 13 (ANEXO B), cefaleia intensa, dor cervical	Desidratação moderada COM vômitos (de 3 a 6 sinais de desidratação)	Intada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Pruga cutânea se desfaz lentamente (>10seg) Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5seg)
Anafilaxia	Sensação de garganta fechando, edema de glote	Comprometimento hemodinâmico	Palidez Sudorese Taquicardia inapropiada Tortura ao se levantar	Trauma craniano	ECG 9 a 13 (ANEXO B) Perda da consciência, convulsão, confusão mental, Náuseas e vômitos	Trauma grave	SSVV normais (ANEXO A) Dor moderada a grave (escala da dor = 5 a 9) (ANEXO C) Fratura com deformidade ou sangramento Amputação	Criança	Lafargia Recusa alimentar, vômito e/ou diarreia, com ou sem febre, com sinais de desidratação (olhos encovados, fontanela deprimida, oligúria, anúria acima de 6 horas)
		Queimaduras	Queimaduras de 2º ou 3º grau em áreas não críticas (>25% ou em áreas críticas (face, perineo) ou circunferências (ANEXO D)	Doença psiquiátrica ou comportamental	Alteração do comportamento Agitação extrema Desmaiado	Dor torácica	SSVV alterados (ANEXO A)	Historia de diabetes mellitus	Sinais de desidratação Sudorese (hipoglicemia) Vômito Pulso anormal Dor abdominal
		Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe	Hematemese volumosa Hemoptise franca Epistaxe com PA alterada	Abstinência grave de álcool ou drogas	Convulsão, alucinações, agitação, tremores	Dor torácica tipo visceral	Associadas a sudorese, náusea, dispnéia		
		Infecções graves, sepsis	SSVV instáveis (ANEXO A) Temperatura >38,3°C, calafrios Eritema purpúrico (meningite)			Dor abdominal	SSVV alterados (ANEXO A) Associadas náuseas, vômitos, sudorese Dor intensa (ANEXO C)		
		Sinais vitais alterados com sintomas	FR, FC e PAS ou PAD < ou > de acordo com a idade (ANEXO A) T < 35°C ou T > 42°C			Cefaleia	Intensa incontrolável Com rigidez na nuca Náuseas ou vômitos Sinais neurólógicos focais (parêntese, afasia)		
Dignidade leve a moderada	Asma com dispnéia ao exercício Tosse frequente Asma e SpO2 entre 92 e 94%	Trauma moderado	SSVV normais Ferimento menor (pequeno) com sangramento compressível Ferimento extenso por mordedura	Trauma craniano	Sem perda da consciência ECG 14 a 15 Náuseas ou vômito	Trauma craniano	Cefaleia moderada (ANEXO C) Sem perda da consciência (ANEXO B) Náuseas ou vômito	Desidratação moderada SEM vômitos (< 3 sinais de desidratação)	Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Pruga cutânea se desfaz lentamente (>10seg) Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5seg)
SSVV* alterados sem sintomas	FC < 50 ou > 140bpm T < 35,3°C FR alterada (ANEXO A)	Queimaduras	Queimadura de 2º a 3º grau em áreas não críticas, SCQ < 10% 1º a 10% da SCQ ou em áreas não críticas, face, perineo, mãos e pés 1º grau em face, perineo, mãos e pés	Convulsão	SSVV normais (ANEXO A) Crise nas últimas 24h ou primeiro episódio, porém curto (<5min)	Trauma moderado	Trauma torácico com dor leve ou moderada e sem dispnéia (ANEXO C)	Historia de diabetes mellitus	Desidratação acentuada, vômito, dor abdominal Glicemia > 300 ou < 50mg/dl
		Historia de diabetes mellitus	Glicemia > 300mg/dl ou menor que 50mg/dl	Doença psiquiátrica ou comportamental	Agitação menos intensa mas comumente Retenção urinária Alucinação, desorientação	Dor abdominal	SSVV normais (ANEXO A) Distensão abdominal Próstriação Febre		
		Hemorragia digestiva	Sangramento não atual (Últimas 24 horas) SSVV normais (ANEXO A)	Deficiente mental	-----	Dor	Enxaqueca Cólica renal		
		Queixas em articulações e partes moles	Articulações ou membros com dor intensa, impotência funcional, calor, edema, eritema com febre associada Ferida corto-contusa						
		Sinais vitais alterados sem sintomas	FC < 50 a 140bpm Temperatura > 38,3°C FR > 200bpm						
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) Malícia	Trauma menor	SSVV normais Mordedura não-extensa	Trauma craniano	Sem perda da consciência, sem vômitos Alerta (ECG = 15) Acidente há mais de 6 horas SSVV normais (ANEXO A)	Trauma craniano	Baixo impacto Sem perda da consciência (ANEXO B) Acidente há mais de 6h e < 10 dias	Vômito E desidratação	SSVV normais Mucosas úmidas Diurese habitual Turgor de pele normal Evacuações/dia < 5 epistórios Vômitos/dia < 5 episódios
		Febre	Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C	Doença psiquiátrica ou comportamental	Pensamentos suicidas Gesticulando mais não agitado Sem risco pra si ou para outrem	Trauma menor	SSVV normais Torácico sem dor de costela ou dispnéia Distensões, contusões, torções Fratura possível		
		Queimaduras e fendas	Queimadura 1º grau, < 10% SCQ, área não crítica	Situações especiais	Deficientes físico	Dor abdominal	Aguda, moderada (ANEXO C) Ausência de prostração		
						Cefaleia	Não-súbita Não-intensa (ANEXO C) Não-enxaqueca		
						Dor	Lombalgia mais intensa (ANEXO C) Artralgia com limitação sem sinais flogísticos		
Sintomas gripais	Coiza Queixas leves Dor de garganta Sem sintomas respiratórios SSVV normais (Anexo A)	Trauma menor	Escoriações Ferida que não requer fechamento	Doença psiquiátrica	Depressão crônica recorrente Crise social Estado mental normal	Trauma menor	Dor (ANEXO C) Contusões Malícia Distensões	Vômito OU diarreia	SEM desidratação Estado mental normal SSVV normais
		Feridas	Limpa sem sinais sistêmicos de infecção Escara sem sinais sistêmicos Controle de úlceras crônicas Retirada de pontos Queimadura de 1º Grau pequena, área não-crítica (ANEXO D)			Dor leve a moderada	SSVV normais (ANEXO A) Dor aguda, leve (< 4/10) (ANEXO C) Constipação intestinal Torção superficial, crônica, piora à compressão Lombalgia crônica, não traumática Disúria		

*PCR: Parada cardio-respiratória, IR: Ineficiência respiratória, SSVV: Sinais vitais, FR: Frequência respiratória, FC: Frequência cardíaca, MMIL: Membros inferiores, TCE: Trauma crânio-encefálico, SpO2: Saturação de oxigênio, ECG: Escala de Coma de Glasgow, SCQ: Superfície corporal queimada, TRO: Terapia de reidratação oral.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará está em concordância na execução do projeto intitulado: **Construção e validação de um guia abreviado do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria do município de Fortaleza-CE**, sob a coordenação da professora Doutora Lorena Barbosa Ximenes.

Fortaleza, 10 de maio de 2011.

Profa. Dra. Maria Dalva Santos Alves
Chefe do DENF/FFOE/UFC



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza – CE / CEP: 60430-160

ORÇAMENTO FINANCEIRO – JUSTIFICATIVA

O presente estudo “**Construção e validação de um guia abreviado do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria do município de Fortaleza-CE**”, não conta com financiamento de qualquer instituição pública ou privada. Despesas menores como materiais de escritório (papel e tintas para impressora) serão assumidas pelas pesquisadoras. Ademais, ressalta-se que o estudo não acarretará qualquer ônus para o universo da pesquisa, no caso a Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza, 10 de maio de 2011.

Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras

Mestranda em Enfermagem da UFC



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza – CE / CEP: 60430-160

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP

Eu, Lorena Barbosa Ximenes, CPF. nº: 462.335.043-68, Prof^a Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, orientadora da aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras, CPF: 380.673.583-20, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: “**Construção e validação de um guia abreviado do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria do município de Fortaleza-CE**”, encaminho o projeto da pesquisa supracitado para apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Em caso de qualquer intercorrência, o CEP poderá entrar em contato com as pesquisadoras na Rua Alexandre Baraúna, 1115, sala 14 – Bairro: Rodolfo Teófilo CEP:60.430-160 Fortaleza, Ceará, ou no telefone (85) 3366-8464 ou pelo endereço eletrônico: joelnaveras@ufc.br, ou lbximenes2005@uol.com.br.

Fortaleza, 10 de maio de 2011.

Prof^a. Dr^a Lorena Barbosa Ximenes
Prof^a Associada do Depto. Enfermagem da UFC

Joelna Eline Gomes Lacerda de F. Veras
Mestranda em Enfermagem da UFC

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO



Prefeitura de
Fortaleza



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que estamos ciente que a Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima realize juntamente com as discentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará a validação do "Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria" e do "Protocolo de Acolhimento com Classificação Adulto", desenvolvidos por profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais da Prefeitura Municipal de Fortaleza, apoiado pelo Ministério da Saúde. A validação ocorrerá em três fases: validação de análise de conceito, validação por especialista e validação clínica. Destaca-se que também autorizamos a realização da validação clínica nos hospitais municipais de Fortaleza, os quais são: Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira (Frotinha de Messejana), Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba), Hospital Dr. Evandro Ayres Moura (Frotinha de Antônio Bezerra), Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima R.G. Sá, Gonzaguinha da Barra do Ceará, Gonzaguinha do José Walter e Gonzaguinha de Messejana.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema Municipal de Saúde Escola

ANEXO B – PROTOCOLO ACCR EM PEDIATRIA

Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.

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

1ª Edição Setembro/ 2008



PREFÁCIO

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

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.

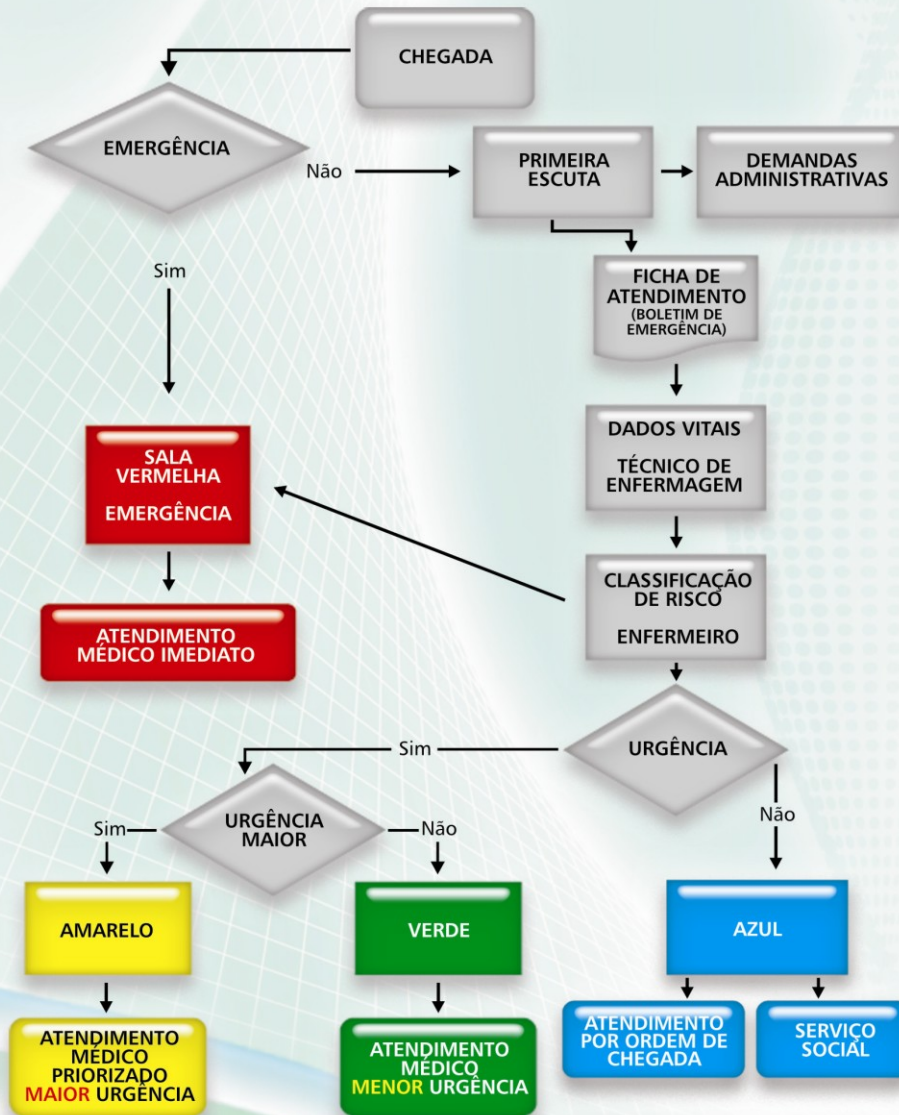
MODELO DE DOCUMENTAÇÃO

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 sensorio
 - Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural
 - Ventilação ou oxigenação ineficaz
 - Febre, toxemia
 - Pré-parada
- Ex: choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos

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

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

5. Insuficiência Respiratória

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

6. Desidratação grave

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

7. Gravidez > 20 semanas

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

Paciente típico da prioridade I

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

PRIORIDADE II - VERMELHO / LARANJA

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

1. Alteração do estado mental

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

ATENÇÃO: DOSAR GLICEMIA CAPILAR!

2. Trauma craniano

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

ATENÇÃO! Casos de ejeção corporal, passageiro sem cinto de segurança com choque no pára-brisa, atropelamento, queda de altura superior a cinco degraus, agressão com objeto rombo.
Avaliar tempo do impacto; mecanismo, início e gravidade da lesão; evolução dos sintomas

3. Trauma grave

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

ATENÇÃO! Impacto a mais de 40 Km/h sem frear, ou a mais de 60 Km/h freando, ejeção corporal, capotamento, motocicleta e carro a mais de 30 Km/h, atropelamento a mais de 10 Km/h, desaceleração (queda de altura maior que 02 vezes a estatura, queda de berço ou rede, explosão), perda da consciência, fraturas de 1ª e 2ª costelas ou da 9ª, 10ª, 11ª ou de mais de três costelas, aspiração, contusão pulmonar, órbitas 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° grau, 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 frequentes
- Risco de arritmias e deterioração

15. Sinais vitais alterados sem sintomas

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

16. Situações Especiais

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

PRIORIDADE IV - VERDE

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

1. Trauma Craniano

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

2. Trauma Menor

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

3. Febre

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

4. Queimaduras e Feridas

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

ANEXO A

ANEXO A - Sinais Vitais

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

Fonte: De Gillette PC: Dysrhythmias. Em Adams FH, Emmanouilides GC, Reimenschneider TA, editores: Moss'heart (Useaseill injan15, 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.

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

Fonte: 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	90° Percentil	95° Percentil
Recém-nascido (1 a 3 dias)	65/41 (50)	75/49 (59)	78/52 (62)
1 mês a 2 anos	95/58 (72)	106/68 (83)	110/71 (86)
2-5 anos	101/57 (74)	112/66 (82)	115/68 (85)

Fonte: 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.

ANEXO B

Escala de coma de Glasgow

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

TCE severo (escore Glasgow: 3-8); TCE moderado (escore Glasgow: 9-12); TCE leve (escore Glasgow: 13-15).
J Pediatr (Rio J) 2003; 79 (4): 287-96

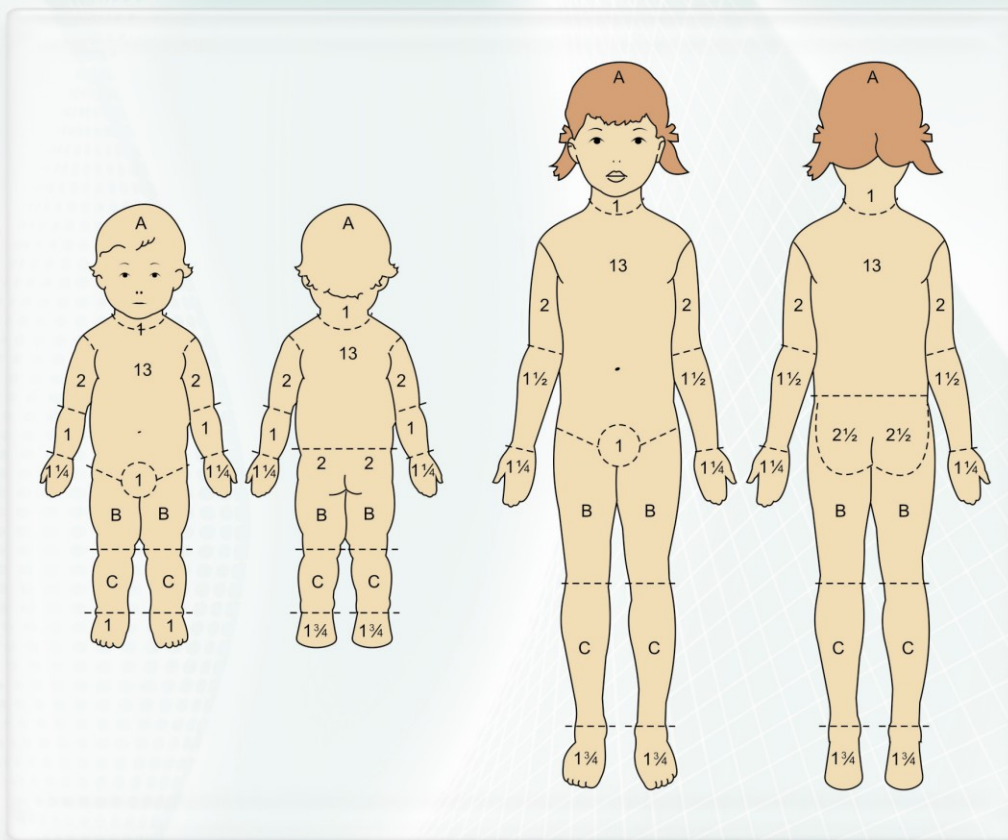
ANEXO C

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 1/4	3 1/4	4
C = 1/2 de uma perna	2 1/2	2 1/2	2 1/4

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 1/4	4 1/2	4 1/4
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 Ton. José Barreira, 251 CEP: 60.336-040	Álvoro Weyne	3452.6657/6659
2. C.S.F LINEU JUCA	Rua Vila Velha, 101 CEP: 60.331-291	Barra do Ceará	3452.5887/5888
3. C.S.F FERNANDO FAÇANHA	Rua Rio Tocantins, s/n CEP: 60.340-110	Jd. Iracema	3452.6660/6661
4. C.S. CARLOS RIBEIRO	Rua Jacinto Matos, 944 CEP: 60.310-210	Jacarecanga	3452.6375/6376
5. C.S.F DR. PAULO DE MELO MACHADO	Rua Bernardo Porto, 497 CEP: 60.320-570	Monte Castelo	3452.6380/6396
6. C.S.F JOÃO MEDEIROS DE LIMA	Av. L. 982 CEP: 60.348-140	Vila Velha	3452.6646/6645
7. C.S.F PROF. REBOUÇAS MACAMBIRA	Rua Cruzes Rocha, s/n CEP: 60.336-800	Jd. Guanabara	3452.6686/6687
8. C.S.F VIRGILIO TÁVORA	Av. Monsenhor Hélio Campos, s/n CEP: 60.336-800	Cristo Redentor	3452.6641/3487
9. C.S.F GUIDOMAR ARRUDA	Rua Gal Costa Matos, 06 CEP: 60.310-690	Pirambu	3452.6377/6378
10. C.S.F F.C. DOMINGOS DA SILVA	Av. Castelo Branco, 4707 CEP: 60.310-003	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	3296.6041/6040 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 AIDA SANTOS E SILVA	Rua Ingarão de Medeiros, 813 CEP: 60.132-080	Vicente Pinzon	3265.6566/3452.2734 FAX: 3433.2734
2. C.S.F FREI TITO	Rua José Claudio Costa Lima, 100	Praia do Futuro II	3433.2730 FAX: 3452.2313
3. C.S.F CÉLIO BRASIL GIRÃO (Serviuz)	Rua Prof. Henrique Firmeza, 82	Cais do Porto	3261.1070/1431.2739 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 Beliziano Távora, s/n CEP: 60.130-830	São João do Tauape	3452.1896/3433.3512 FAX: 3452.1896
6. C.S.F BENEDITO ARTUR DE CARVALHO	Rua Jaime Leão, 228 CEP: 60.811-320	Luciano Cavalcante	3243.2288 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 Benedito do Campo, s/n CEP: 60.180-710	Castelo Encantado	3433.2738
9. C.S.F IRMÁ HERCULIA ARAGÃO	Rua Frei Vidal, 1821 CEP: 60.120-100	São João do Tauape	3452.1883/1834 FAX: 3257.4830
10. C.S.F PAULO MARCELO	Rua 25 de Março, 607 CEP: 60.060-120	Centro	3254.2273/3101.2722 FAX: 3433.8701
11. C.S.F RIGOBERTO ROMERO	Rua Almeida das Graças, 195 CEP: 60.190-600	Cidade 2.000	3452.3759/FAX: 3433.4010/1050 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. CLODDALDO PINTO	Rua Bonnard 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 HERMINIA LEITÃO	Rua João Couto, 470	Quintino Cunha	3433-9741
6. C.S.F JOÃO XXIII	Rua Aúlto Braga, S/N	João XXIII	3488.3258/3290.7317
7. C.S.F FCO. PEREIRA DE ALMEIDA	Rua Paraguai n° com Rua Chicó, S/N	Bela Vista	3433.2890
8. C.S.F FERNANDES TÁVORA	Rua Maccini, 1354	Henrique Jorge	3488.3254
9. C.S.F SANTA LIDIJINA	Rua Prof. João Bosco, 213	Rodolfo Teófilo	3433.2569
10. C.S.F WALDEMAR DE ALCANTARA	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 Delmíro de Farias, 1679	Rodolfo Teófilo	3433.2564/2562/2563 3105.3424
13. C.S.F JOSÉ SOBREIRA AMORIM	Av. Des. Luis Paulino, 190	Jôquei Club	3105.3424/3488.1271
14. C.S. IVANA DE SOUSA PAES	Rua Virgílio Brigido, s/n	Presidente Kennedy	3131.3056
15. C.S.F ELIEZER STUDART	Rua Tomás Cavalcante, 545	Autran Nunes	3488.3259
16. C.S.F GEORGE BENEVIDES	Rua Pio Sarava S/N	Quintino Cunha	3105.1086

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: 60.741-8108	Itaperi	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 Elias 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 (Inquieta 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	Berfica	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

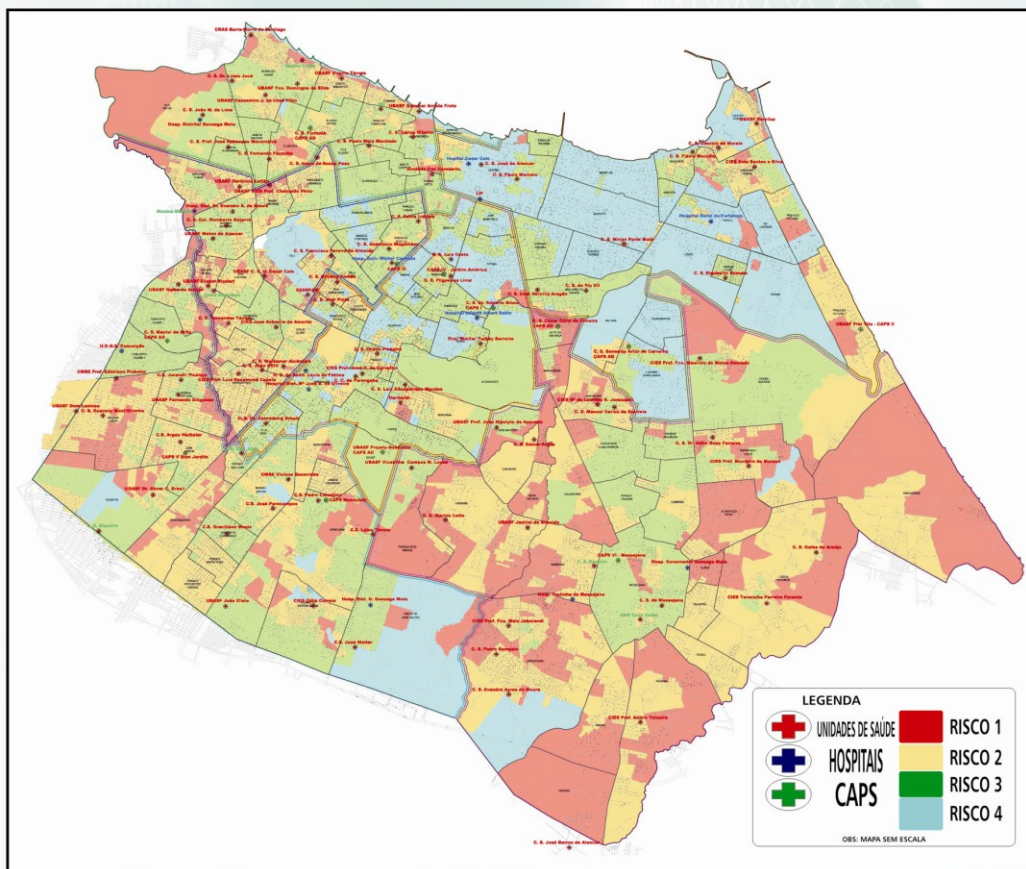
UNIDADE DE SAÚDE SER V	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONES DA UNIDADE
1. C.S.F GALBA ARAUJO	Av. Senador F. Távora, 3161 CEP: 60533-590	Gernibau	3452.6753
2. C.S.F DOM LUSTOSA	R. Cel. João Correia, s/n	Granja Lisboa	3452.2464
3. C.S.F LUCIANO TORRES DE MELO	R. Delta, 365 CEP: 60713-440	Vila Manoel Sáteno	3433.4922
4. C.S.F ABNER CAVALCANTE BRASIL	R. Isona Batista, 471 CEP: 60731-502	Canindezinho	3452.2467/3452.2468
5. C.S.F FERNANDO DIOGENES	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 Areas, 1296	Vila Manoel Sáteno	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: 60531-150	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. Castelo Jato, 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 PICANÇO	R. Das Nações s/n CEP: 60.545-250	Granja Portugal	3452.2480
17. C.S.F GRACILIANI MUNIZ	Rua 106, n.º 345	Conj. Esperança	3433.4913
18. C.S.F JOÃO ELISIO HOLANDA	Rua Juventude Sales s/n	Aracapé	3131.6222
19. C.S.F SIQUEIRA	Rua Eng. Luis 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	3295.2653/34332947
4. C.S.F VICENTINA CAMPOS	Rua R, 145	Pq. Dois Irmãos	3492-5171
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 FLUIJA	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. MELD 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. Eválio Miranda, 391	Água Fria	3278.2755
20. C.S.F WALDO PESSOA	Rua Capitão Hugo Bezerra, 75	Barroso	3452.1830

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

MAPA DE RISCOS DAS MICROÁREAS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE



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

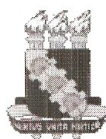
CAPS GERAL VI - CNES 2529041

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: pmrданos@yahoo.com.br

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 170/11

Fortaleza, 20 de Agosto de 2011

Protocolo COMEPE nº 110/11


Pesquisador responsável: Joelna Elina Gomes.

Título do Projeto: “Constução e Validação de um guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria do Município de Fortaleza-Ce.”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 18 de Agosto de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,



Dr. Fernando A. Fata Rezema
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
UFCE