

Classificação de risco em pediatria: construção e validação de um guia para enfermeiros

Risk classification in pediatrics: development and validation of a guide for nurses
Clasificación de riesgo en pediatría: construcción y validación de un guía para enfermeras

Joelna Eline Gomes Lacerda Freitas Veras¹, Emanuella Silva Joventino¹, Janaina Fonseca Victor Coutinho¹,
Francisca Elisângela Teixeira Lima¹, Andressa Peripolli Rodrigues¹, Lorena Barbosa Ximenes¹

¹ Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil.

Como citar este artigo:

Veras JEGLF, Joventino ES, Coutinho JFV, Lima FET, Rodrigues AP, Ximenes LB.
Risk classification in pediatrics: development and validation of a guide for nurses. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):630-9.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680521i>

Submissão: 07-02-2015 Aprovação: 21-05-2015

RESUMO

Objetivo: construir e validar um guia abreviado do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria. **Método:** estudo metodológico, desenvolvido em duas etapas: elaboração do guia e validação aparente e de conteúdo. A elaboração baseou-se na estratificação do conteúdo do protocolo em cinco indicadores de risco, conforme a complexidade, sendo submetido à validação por nove juízes divididos em dois grupos: docentes-pesquisadores e enfermeiros. **Resultados:** na validação aparente, os juízes consideraram os 25 itens do guia claros e compreensíveis com concordância acima de 70%. Na validação de conteúdo, 17 (68%) itens foram considerados relevantes por 88,9% dos juízes. Os oito itens considerados irrelevantes foram alterados conforme sugestões dos juízes, alcançando-se o Índice de Validade de Conteúdo global de 0,98. **Conclusão:** o estudo resultou num guia de classificação de risco pediátrico válido para avaliar a criança nos serviços de emergência.

Descritores: Enfermagem Pediátrica; Avaliação em Enfermagem; Acolhimento; Triage; Estudos de Validação.

ABSTRACT

Objective: to develop and validate a short guide for the protocol to user embracement with risk classification in pediatrics. **Method:** methodological study developed in two stages: development of the guide, and face and content validation. The development involved the stratification of the protocol contents into five risk indicators according to the level of complexity; subsequently it was submitted to validation by nine experts divided in two groups: professors who were also researchers, and nurses. **Results:** in the face validation the experts considered the 25 items of the guide clear and understandable, with agreement levels above 70%. In the content validation, 17 (68%) items were considered relevant by 88.9% of the experts. The eight items considered irrelevant were changed according to suggestions of the experts, yielding an overall content validity index of 0.98. **Conclusion:** the study resulted in a guide for the classification of risks in pediatrics that is valid to assess children in emergency services.

Key words: Pediatric Nursing; Nursing Assessment; User embracement; Triage. Validation Studies.

RESUMEN

Objetivo: construir y validar una guía abreviada del protocolo de Acogimiento con Clasificación de Riesgo en pediatría. **Método:** estudio metodológico, desarrollado en dos etapas: elaboración de la guía y validación aparente y de contenido. La elaboración se basó en la estratificación del contenido del protocolo en cinco indicadores de riesgo, conforme la complejidad, siendo sometido a la validación por nueve jueces divididos en dos grupos: docentes/investigadores y enfermeros. **Resultados:** en la validación aparente, los jueces consideraron los 25 ítems de la guía claros y comprensibles por la concordancia más de 70%. En la validación de contenido, 17 (68%) ítems fueron considerados relevantes por 88,9% de los jueces. Los ocho ítems considerados irrelevantes fueron alterados conforme sugerencias de los jueces, alcanzándose el Índice de Validad de Contenido global de 0,98. **Conclusión:** Se obtuvo una guía de clasificación de riesgo pediátrico válido para evaluar el niño en los servicios de emergencia.

Palabras clave: Enfermería Pediátrica; Evaluación en Enfermería; Acogimiento; Triage; Estudios de Validación.

AUTOR CORRESPONDENTE Joelna Eline Gomes Lacerda Freitas Veras E-mail: joelnaveras@ufc.br

INTRODUÇÃO

A inadequação da demanda de atendimento nos serviços de emergência pediátrica é uma realidade presente em inúmeros países e em quase todos os estados brasileiros. Pesquisas afirmam que varia entre 46,9% e 89% o número de pacientes apresentando problemas de saúde que poderiam ser solucionados na rede de atenção básica⁽¹⁻²⁾.

Com vistas a garantir uma melhor qualidade da assistência nos hospitais de emergência, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização, instituiu a estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), na qual o enfermeiro atua acolhendo o paciente por meio de uma escuta qualificada⁽³⁻⁵⁾, identificando urgências e emergências com base na avaliação de parâmetros fisiológicos e em sinais de alerta estabelecidos por protocolos⁽³⁾, dando prioridade aos casos mais graves⁽¹⁾.

Nesse contexto, o desempenho do enfermeiro não pode estar associado somente à experiência clínica e à intuição, mas sim a informações válidas e relevantes, com base em pesquisas. Além disso, devem ser considerados outros componentes como contexto, ambiente, recursos disponíveis, condições e preferências dos pacientes como indicadores importantes para o acolhimento com classificação de risco com qualidade⁽⁶⁾.

No entanto, estudos têm identificado o uso de critérios subjetivos, experiência e intuição nessa classificação por risco⁽⁷⁾, além de falhas na aplicação de instrumentos de triagem não validados⁽⁸⁾. Diante disso, protocolos de ACCR estão sendo elaborados e implementados com apoio do Ministério da Saúde, com destaque para o do Hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte-MG⁽³⁾ e para o protocolo de ACCR em pediatria, de Fortaleza (CE)⁽⁹⁾.

O protocolo de ACCR em pediatria de Fortaleza é composto por 17 laudas, contudo, o ambiente hostil das emergências pode dificultar a consulta a extensos protocolos durante a avaliação da criança, elevando a chance de falhas na classificação de risco por parte dos enfermeiros que atuam no acolhimento⁽²⁾. Assim, faz-se necessária a construção de guias que permitam a visualização instantânea dos sinais e sintomas de acordo com a queixa principal, padronizando a abordagem ao paciente.

Para o desenvolvimento deste estudo foi colocada a questão de pesquisa: a construção e validação de um guia de classificação de risco em pediatria garante um instrumento confiável e válido para ser utilizado no ACCR em emergência pediátrica? Teve como objetivo construir e validar o conteúdo e a aparência de um guia de classificação de risco a partir do protocolo de ACCR em pediatria.

MÉTODO

Estudo metodológico desenvolvido em duas etapas: levantamento bibliográfico para elaboração do guia a partir do protocolo de ACCR em pediatria⁽⁹⁾ e, posteriormente, validação de conteúdo e de aparência do material por parte de juízes.

A primeira etapa do estudo ocorreu de janeiro a maio de 2011, com a realização de um levantamento bibliográfico nas bases de dados *Latin American and Caribbean Health Science Literature Database (LILACS)*, *National Library of Medicine (PubMed)*, *Cumulattive Index to Nursing and Allied Health*

Literature (CINAHL) e *Scopus*, utilizando-se os *MeSH Terms* "triage", "pediatrics" e "scale", a fim de conceituar teoricamente o construto "classificação de risco de crianças" e identificar indicadores de risco. Não foi adotado nenhum recorte temporal, sendo incluídos seis protocolos e escalas de triagem validadas internacionalmente⁽¹⁰⁻¹⁵⁾ e dois instrumentos de medida resumidos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ que subsidiaram este estudo.

O guia de classificação de risco foi construído a partir do levantamento bibliográfico e do protocolo de ACCR em pediatria com os indicadores de risco vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência, dor e hidratação/eliminação, nos quais as condições clínicas do protocolo foram distribuídas e organizadas na ordem decrescente de nível de prioridade nas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul conforme a proposta da estratégia de ACCR⁽⁹⁾.

A etapa de validação aparente e de conteúdo do guia ocorreu de junho a setembro de 2011 mediante a análise de juízes de conteúdo (com experiência em estudos de validação na área de saúde da criança) e técnicos (com experiência clínica em classificação de risco em pediatria).

A validade de conteúdo baseia-se no julgamento de juízes peritos, com experiência na área de domínio do conteúdo, que analisam os itens e julgam sua relevância, abrangência, representatividade e se o conteúdo se relaciona com o que se deseja medir⁽¹⁸⁾. A validade de aparência consiste no julgamento quanto à clareza, compreensão e legibilidade do conteúdo dos itens, bem como a forma de apresentação do instrumento, verificando se os itens são compreensíveis para a população à qual o instrumento se destina⁽¹⁸⁾.

O guia foi avaliado pelos juízes de conteúdo, docentes-pesquisadores, com conhecimento em construção e 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).

A seleção dos juízes de conteúdo ocorreu por meio da amostragem não probabilística e intencional, baseando-se na pesquisa por assunto na Plataforma *Lattes*. Foram encontrados 23 pesquisadores com 70% ou mais publicações sobre o assunto. Foram selecionados dez juízes por atingirem uma pontuação mínima de cinco pontos de acordo com os critérios do sistema de classificação de juízes⁽¹⁹⁾.

Os juízes técnicos deveriam ter conhecimento comprovado em ACCR em pediatria, enfermagem em emergência pediátrica, assistência a pacientes em unidade de tratamento intensivo pediátrico ou saúde da criança e do adolescente. Foram selecionados utilizando-se o critério bola de neve por ser uma estratégia não probabilística e intencional que considera as redes sociais para localizar a amostra⁽¹⁸⁾. Foram encontrados 13 enfermeiros, residentes em Fortaleza, e selecionados nove, por atenderem aos critérios de experiência estipulados de acordo com quesitos do sistema de classificação de juízes adaptados a esta pesquisa⁽¹⁹⁾.

Para análise do guia, foram entregues ou enviados por endereço eletrônico aos 19 sujeitos selecionados, os seguintes instrumentos: carta-convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, questionário de caracterização dos juízes, *check-list* para validação do conteúdo e aparência e uma cópia do Protocolo de ACCR em pediatria de Fortaleza⁽⁹⁾, para consulta.

Contudo, somente quatro juízes de conteúdo e cinco da área técnica retornaram os instrumentos preenchidos, perfazendo uma amostra de nove juízes, satisfazendo as recomendações da literatura⁽²⁰⁾. O retorno dos instrumentos para a pesquisadora se deu por sistema postal e correio eletrônico, quando necessário.

Para controle e organização da fase de validação aparente de cada item, foram considerados os aspectos clareza e compreensão (confuso, pouco claro e claro) e pertinência do item ao indicador e à classificação de risco (não, em parte e sim), considerando-se índice de 70% de concordância entre os juízes. No que diz respeito à validade de conteúdo, foram avaliados a relevância (não, em parte e sim) e o grau de relevância (irrelevante, pouco relevante, realmente relevante, muito relevante). Por fim, acrescentou-se um espaço destinado às observações e sugestões dos juízes.

A validade de conteúdo do guia deu-se por meio do Índice de Validação de Conteúdo (CVI) calculado com base em três equações matemáticas: o S-CVI/AVE (média do I-CVIs para cada item da escala), S-CVI/UA (proporção dos itens em uma escala que atinge uma classificação de relevância de 3 ou 4 para todos os juízes) e o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais: proporção de juízes que dão ao item a classificação de relevância de 3 ou 4), sendo considerado relevante o item com IVC igual ou superior a 0,80⁽²¹⁾. Os dados foram processados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0 e analisados por meio de estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Universidade Federal do Ceará (Brasil) sob o protocolo nº 110/2011. Foram respeitados todos os preceitos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos previstos na Resolução nº 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos juízes e enviado, juntamente com os instrumentos, ao pesquisador.

RESULTADOS

A primeira versão do guia abreviado, submetida à validação pelos juízes, apresentou-se em um material com 35 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 que na primeira linha são apresentados os indicadores de risco classificados em Vias Aéreas/Respiração, Circulação/Hemodinâmica, Nível de Consciência, Dor, Eliminação/Hidratação.

Os cinco indicadores de risco (vias aéreas/respiração, circulação/hemodinâmica, nível de consciência, dor, eliminação/hidratação) foram distribuídos nas colunas, sendo estas subdivididas para relacionar as queixas principais (sintomas) e sinais objetivos. Cada indicador de risco indica o nível de complexidade do paciente, em ordem decrescente de prioridade de atendimento, nas cores vermelha (nível de complexidade- Prioridade I), laranja (nível de complexidade- Prioridade II), amarela (nível de complexidade- Prioridade III), verde (nível de complexidade- Prioridade IV) e azul (nível de complexidade- Prioridade V), conforme esquema da Figura 1.

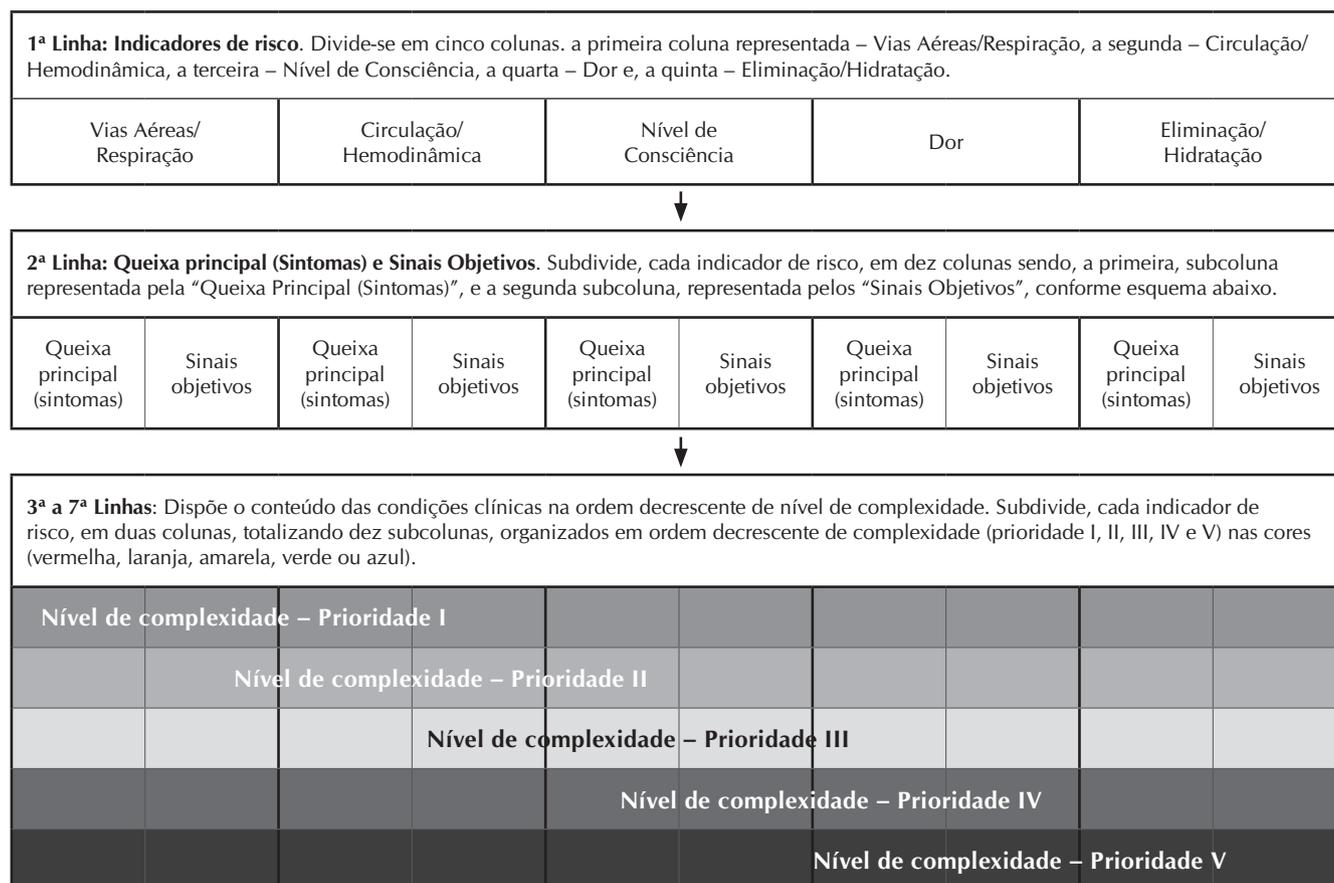


Figura 1 - Proposta de construção de um guia abreviado do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Brasil, 2011

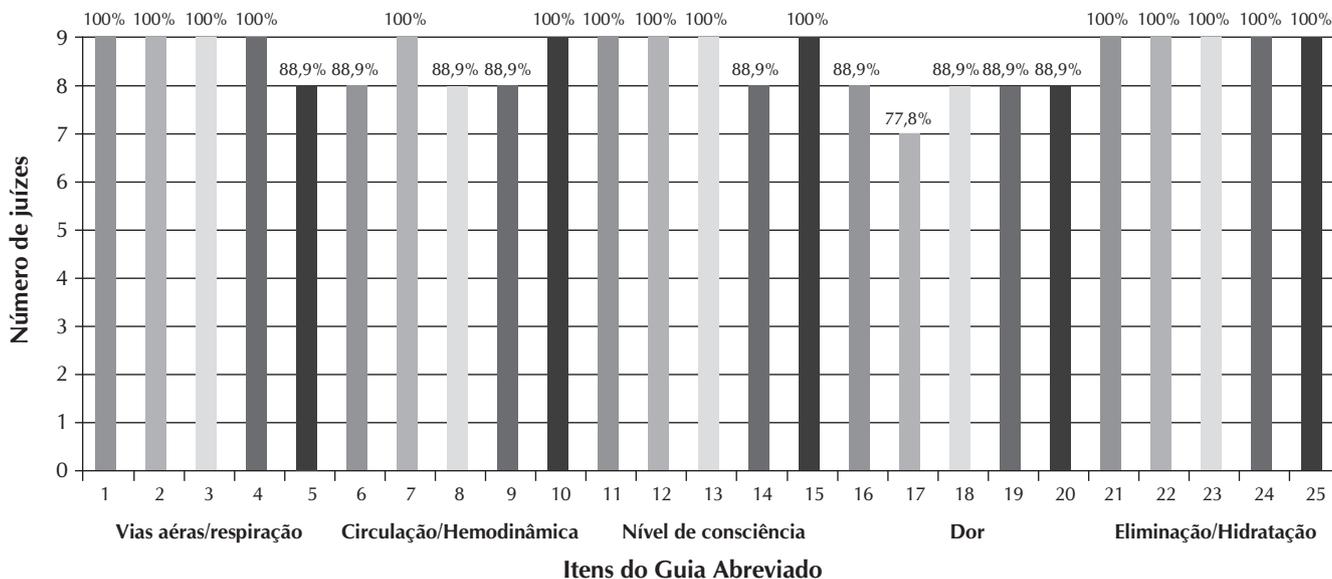


Figura 2 - Distribuição das afirmações consideradas claras e compreensíveis para os juizes avaliadores do guia abreviado de ACCR em pediatria, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011

Legenda:

Itens 1,6,11,16 e 21 - classificação vermelho;

Itens 2,7,12,17 e 22 - classificação laranja;

Itens 3,8,13,18,23 - classificação amarela;

Itens 4,9,14,19,24 - classificação verde;

Itens 5, 10, 15, 20 e 25 - classificação 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, foi atribuído o 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 se observa no gráfico 1, dos 25 itens do guia, 15 (60%) foram considerados claros e compreensíveis por todos os juizes (n=9; 100%) e 9 itens (36%) apresentaram índices superiores a 80%. Apenas 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 juizes (n=7; 77,8%), foi o que mais apresentou sugestões para alteração e melhoria do conteúdo (Figura 2).

Os juizes 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). Consideraram 23 (92%) itens pertinentes, com concordância acima de 70%. Outros dois (8%) itens (item 3- “vias aéreas/respiração” de classificação de risco na cor “amarela” e item 18- “dor”, cor “amarela”) obtiveram concordância de sua pertinência por 06 (66,7%) juizes.

O guia também foi analisado quanto à adequação do indicador de risco, em relação ao conteúdo de queixas principais e sinais e sintomas. Considerando-se que o guia apresenta cinco indicadores de risco, com cinco itens cada (queixa principal e sinais e sintomas), e que 9 juizes os analisaram, as respostas dos juizes poderiam variar de 1 a 45.

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 juizes. O indicador de risco “eliminação/hidratação” teve anuência de todos os juizes na quase totalidade dos itens (somatório=44; 97,8%). Os achados confirmam que o conteúdo do guia está relacionado ao propósito para o qual foi construído.

No que se refere à validade de conteúdo, observou-se a relevância da presença de cada item no guia. Os juizes consideraram 17 (68%) itens relevantes e 08 (32%) não relevantes, devendo, portanto, os itens 3, 6, 7, 8, 11, 13, 16 e 18 serem retirados. Todavia, julgou-se oportuno fazer o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC)⁽²¹⁾ e foi verificado que o I-CVI dos itens variou de 0,88 a 1. Identificou-se, ainda, IVC global (S-CVI/Ave, S-CVI/UA) de 0,98 (Tabela 1). No entanto, por sugestão dos juizes, foram feitas alterações em alguns itens para que permanecessem no guia.

Entre as principais sugestões dos juizes acatou-se a alteração no título das colunas de “Queixas Principais (Sintomas) e Sinais Objetivos”, para “Queixa Principal e Sinais e Sintomas”, bem como alinhamento entre os mesmos. No indicador de risco “Vias aéreas/Respiração”, alguns juizes sugeriram a inserção dos valores de frequência respiratória e frequência cardíaca, para melhor visualização desses parâmetros.

No indicador de risco “Circulação/Hemodinâmica” considerou-se importante acatar a sugestão dos juizes de incluir na subcoluna “Queixa Principal”, o termo “Infecções graves, sepse” em virtude de tratar-se de condição clínica relevante para avaliação hemodinâmica da criança (item 7 do guia). No indicador de risco “Nível de Consciência”, o “déficit cognitivo” foi descrito como sinais e sintomas da queixa principal, “Alteração do estado mental” no item 12 e, por sugestão de juizes, este foi retirado da versão final do guia.

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
Código de parada (sinal sonoro)	PCR* Iminência de PCR paciente não responsivo SSVV* ausentes/instáveis	Trauma maior	Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração	Código de parada	PCR. Não responsivo. SSVV ausentes	Trauma maior	Trauma torácico, abdominal ou craniano com: dor intensa (9 a 10/10)	Desidratação grave (> 6 sinais de desidratação)	Letargia Dificuldade para beber Boca muito seca Olhos muito encovados Fontanela muito deprimida Prega cutânea se desfaz muito lentamente (> 10seg)
Insuficiência respiratória	Cianose central, FR* alterada Dispneia extrema, SpO ₂ * < 90%, Obstrução de via aérea	Choque	Hipotensão, taquicardia, Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino impalpável	Trauma maior Choque ECG de 3 a 8	Alteração do sensorio associado a sinais de choque Paciente irresponsivo, só com resposta à dor Convulsão em atividade mental Letargia, confusão mental Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)				
Dispneia, Asma prévia, Sibilância recorrente	SSVV* normais Estridor, sialorreia, angústia respiratória intensa, esforço muscular Passado de asma grave Sat O ₂ < 92 %	Trauma grave	Ferimento extenso com sangramento ativo Amputação SSVV normais Palidez, Sudorese Taquicardia inexplicada Tonteira ao se levantar	Alteração do estado mental	Agitação, Letargia Irritabilidade, sonolência, coma ECG 9 a 13 Perda da consciência, convulsão, confusão mental, Náuseas e vômitos	Trauma craniano	Coma: ECG entre 9 e 13, cefaleia intensa, dor cervical Dor moderada a grave (5 a 8/10) Fratura com deformidade ou sangramento Amputação SSVV normais SSVV alterados	Desidratação moderada COM vômitos (de 3 a 6 sinais de desidratação)	Irritada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea se desfaz lentamente (> 10seg) Pulso fino e rápido, enchimento capilar muito lento (> 5seg)
Anafilaxia	Sensação de garganta fechando, edema de glote	Queimaduras	Queimaduras de 2º ou 3º graus 10% > SCQ < 25% ou em áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais	Trauma craniano Doença psiquiátrica ou comportamental Abstinência grave de álcool ou drogas	Alteração do comportamento Agitação extrema Desmaiado Convulsão, alucinações, agitação, tremores	Trauma torácico Dor torácica tipo visceral	Criança Associados a sudorese, náusea, dispnéia Associações: náuseas, vômitos, sudorese Dor intensa, SSVV alterados Intensa incontrolável. Com rigidez na nuca Náuseas ou vômitos Sinais neurológicos focais (paresia, afasia)		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)
		Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe Infecções graves, sepsis Sinais vitais alterados com sintomas	Hematêmese volumosa Hemoptise franca Epistaxe com PA alterada SSVV instáveis Temperatura > 38,5°C, calafrios Eritema purpúrico (meningite) FR, FC e PAS ou PAD < ou > de acordo com a idade T < 35°C ou T > 40°C			Dor abdominal Cefaleia Dor intensa	História de diabetes Mellitus		Sinais de desidratação Sudorese (hipoglicemia), Vômito, Pulso anormal, Dor abdominal

Figura 3 (cont.)

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
Dispneia leve a moderada	Asma com dispneia ao exercício Tosse frequente Asma e SpO ₂ entre 92 e 94% FC < 50 ou < 140ipm T > 38,5°C FR alterada	Trauma moderado	SSVV normais Ferimento menor (pequeno) com sangramento compressível Ferimento extenso por mordedura	Trauma craniano	Sem perda da consciência ECG 14 a 15 Náusea ou vômito	Trauma craniano	Cefaleia moderada Sem perda da consciência Náusea ou vômito	Desidratação moderada SEM vômitos (< 3 sinais de desidratação)	Irritada Muita sede Boca seca Olhos encovados Choro sem lágrimas Fontanela deprimida Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10seg) Pulso fino e rápido, enchimento capilar lento (3 a 5seg)
SSVV* alterados sem sintomas		Queimaduras	Queimadura de 2º e 3º graus em áreas não críticas, SCQ < 10% De 1º grau > 10% SCQ ou áreas não-críticas, face, perineo, mãos ou pés De 1º grau em face, perineo, mãos e pés Glicemia > 300mg/dl ou menor que 50mg/dl	Convulsão	SSVV normais Crise nas últimas 24h ou primeiro episódio, porém curto (< 5min)	Trauma moderado	Trauma torácico com dor leve ou moderada e sem dispneia		Desidratação acentuada, vômito, dor abdominal Glicemia > 300 ou < 50mgdl
		História de diabetes Mellitus	Articulações ou membros com dor intensa, impotência, calor, edema, eritema, febre Ferida corto-contusa FC < 50 ou > 140ipm, Temperatura > 38,5°C FR > 200ipm	Doença psiquiátrica ou comportamental	Agitação menos intensa, mas consciente. Alucinação, desorientação	Dor abdominal	SSVV normais Distensão abdominal Retenção urinária Prostração Febre		
		Hemorragia digestiva	Sangramento não atual (últimas 24 horas) SSVV normais	Deficiente mental	-----	Dor	Enxaqueca Cólica renal		
		Queixas em articulações e partes moles							
		Sinais vitais alterados sem sintomas							

Continua

Figura 3 (cont.)

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
Sintomas gripais	Dor de garganta intensa Dor de ouvido Tosse produtiva Rinorréia Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C Mialgia	Trauma menor Febre Queimaduras e feridas	SSVV normais Mordedura não-extensa Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C Queimadura 1º grau, < 10% SCQ, área não crítica	Trauma craniano Doença psiquiátrica ou comportamental Situações especiais	Sem perda da consciência, sem vômitos Alerta (ECG = 15) Acidente a mais de 6 horas SSVV normais Pensamentos suicidas Gesticulando mais não agitado Sem risco pra si ou para outrem Deficiente físico	Trauma craniano Trauma menor Dor abdominal Cefaleia Dor	Baixo impacto, sem perda da consciência Acidente há mais de 6h e < 10 dias SSVV normais Torácico sem dor de costela ou dispneia Distensões, contusões, torções (fratura possível) Aguda, moderada Ausência de prostração Não-súbita, Não-intensa, Não-enxaqueca Lombalgia mais intensa Artralgia com limitação sem sinais flogísticos	Vômito E diarreia SEM desidratação	SSVV normais Mucosas úmidas Diurese habitual Turgor de pele normal Evacuações/dia < 5 episódios Vômitos/dia < 5 episódios
Sintomas gripais	Coriza Queixas leves Dor de garganta Sem sintomas respiratórios SSVV normais	Trauma menor Feridas	Escoriações Ferida que não requer fechamento Limpa sem sinais sistêmicos de infecção Escaras sem sinais sistêmicos Controle de úlceras crônicas Retirada de pontos Queimadura de 1º Grau, pequena, áreas não-críticas	Doença psiquiátrica	Depressão crônica recorrente Crise social Estado mental normal	Trauma menor Dor abdominal Dor leve a moderada	Dor, Contusões, Distensões, Mialgia Dor aguda, leve (< 4/10) Constipação intestinal SSVV normais Torácica superficial, crônica, piora à compressão Lombalgia crônica, não traumática Disúria	Vômito OU diarreia	SEM desidratação Estado mental normal SSVV normais

Figura 3 - Guia de Classificação de Risco em Pediatria construído a partir do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011

Nota:

*PCR: Parada cardio-respiratória;

IR: Insuficiência respiratória;

SSVV: Sinais vitais;

FR: Frequência respiratória;

FC: Frequência cardíaca;

MMII: 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;

PA: Pressão Arterial.

Tabela 1 - Relevância e distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (I-CVI), segundo a opinião dos juízes, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011.

Itens do guia	Relevância n(%)	Grau de relevância (I-CVI)
1	9(100)	1
2	8(88,9)	1
3	7(77,8)	1
4	9(100)	1
5	8(88,9)	1
6	6(66,7)	1
7	7(77,8)	1
8	7(77,8)	1
9	9(100)	1
10	8(88,9)	1
11	7(77,8)	1
12	8(88,9)	1
13	7(77,8)	1
14	8(88,9)	1
15	8(88,9)	0,888889
16	7(77,8)	1
17	9(100)	1
18	7(77,8)	0,888889
19	8(88,9)	0,888889
20	8(88,9)	0,888889
21	8(88,9)	1
22	8(88,9)	0,888889
23	8(88,9)	1
24	9(100)	1
25	9(100)	1

Na avaliação do indicador de risco “Dor”, os juízes consideraram confusa a descrição da dor em “intensa, central e crônica”. Também foi questionada a clareza da expressão “dor aguda, moderada”. Foram sugeridas alterações no indicador de risco “Eliminação/Hidratação” para melhor diferenciar o nível de prioridade entre os itens 21, 22, 23 e 24. Com as alterações do *layout* e conteúdo para adequação, a última versão do guia está representada na Figura 3.

DISCUSSÃO

A avaliação dos juízes evidenciou um guia de classificação de risco válido com IVC global de 0,98⁽²¹⁾. O *layout* do guia seguiu a tendência de instrumentos disponíveis no site do Ministério da Saúde e na literatura. Para isto, adequou-se a formatação do guia equivalente a um cartaz, nas dimensões 460x350mm, com linguagem compreensiva, de fácil visualização e manuseio pelo profissional⁽²²⁾.

A sugestão dos juízes de alteração dos subtítulos das colunas para “Queixa Principal e Sinais e Sintomas” corroborou os princípios da estratégia de ACCR, na qual a avaliação do paciente deve focar os sinais e sintomas com base na queixa principal relacionada⁽⁸⁾. Alguns juízes solicitaram a inserção de parâmetros de frequência cardíaca e frequência respiratória no indicador de risco Vias Aéreas/Respiração, contudo, optou-se por não inseri-los. A adequação quanto aos parâmetros de frequência cardíaca e respiratória foi incluída como anexo A do protocolo de ACCR em pediatria⁽⁹⁾ que deu origem ao guia.

Os juízes consideraram relevantes as observações de alguns aspectos do estado circulatório, frequência cardíaca e esforço respiratório na avaliação do estado hemodinâmico da criança. Este resultado corrobora a literatura, pois facilita a identificação de sinais de alerta e definição do nível de prioridade^(9-10,16).

O déficit cognitivo foi retirado do guia por sugestão dos juízes que o consideraram pouco relevante na avaliação do comprometimento da criança. Concordando com as análises dos juízes, ao comparar o déficit cognitivo entre adultos e crianças após Traumatismo Crânio-encefálico, uma pesquisa encontrou evidências contra a validade desse critério quando aplicado à população pediátrica⁽²³⁾. Não se trata, portanto, de condição indispensável à avaliação de criança, nem como parâmetro de medição do nível de prioridade.

A maioria dos juízes considerou confusa a descrição das características da expressão “Dor intensa, central e crônica”, solicitando que se acrescentassem os termos “sinais vitais normais” e “escala da dor”, sendo esses parâmetros melhor visualizados nos anexos A e C do protocolo⁽⁹⁾. A avaliação da dor em crianças deve ser realizada por meio da identificação de sua intensidade, através de instrumentos que diminuam a subjetividade dessa dor e que garantam a veracidade da informação, e não a opinião do profissional sobre o que a criança esteja sentindo⁽²⁴⁾.

Em relação à avaliação da desidratação, o protocolo de ACCR em pediatria não quantifica os sinais e sintomas de maneira clara. Estudos referem que os sinais de desidratação têm evolução rápida e nem sempre são confiáveis, sendo necessário o exame físico completo e avaliação de parâmetros fisiológicos⁽²⁵⁾. Sendo assim, no guia, optou-se por quantificar os sinais e sintomas⁽¹⁶⁾ e, desta forma, a criança com desidratação severa, classificada no nível de prioridade I, deve apresentar mais de seis sinais e sintomas; com desidratação moderada, entre três e seis; e com desidratação leve, menos de três sinais e sintomas.

Como limitação do estudo, ressalta-se a baixa adesão dos juízes para a etapa de validação, o que pode ser explicado pela demanda de tempo para um trabalho dessa natureza. Recomendam-se novos estudos que possibilitem verificar sua adequabilidade clínica, devendo ser aplicado por enfermeiros nas emergências pediátricas em diferentes cenários de investigação.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu a elaboração do Guia de Classificação de Risco em Pediatria, a partir do protocolo de ACCR 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. Apresenta contribuição relevante por fornecer um instrumento capaz de avaliar a criança em situação de emergência de forma precisa, baseado em ações cientificamente comprovadas.

Dessa forma, o instrumento atende ao propósito para o qual foi construído e está apto a ser submetido à validação clínica. Posteriormente, poderá ser utilizado no cotidiano do

profissional enfermeiro que atende crianças no acolhimento em situações de emergência. A utilização do guia possibilita aos enfermeiros do acolhimento desenvolver suas funções associando teoria à clínica, e reduzindo a prática baseada na díade experiência e intuição. Todavia, não deve substituir o protocolo de ACCR em pediatria, pelo contrário, devem ser utilizados simultaneamente, de maneira complementar.

REFERÊNCIAS

1. Veras JEG, Carvalho AT, Uchôa JL, Nascimento LA, Almeida PC, Ximenes LB. Profile of children and teens attended in emergency according to the risk classification: a documental study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2011 Sep-Dec [cited 2014 Jan 24];10(3):1-11. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3264/1149>
2. Huang DT. Clinical review: impact of emergency department care on intensive care unit costs. *Crit Care* [Internet]. 2004 Aug [cited 2014 Jan 25];8(6):498-502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1065047/pdf/cc2920.pdf>
3. Silva EMR, Tronchin DMR. Reception of pediatric emergency room users from the perspective of nurses. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2014 Feb 02];24(6):799-803. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/en_a11v24n6.pdf
4. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. [Deployment of the system User Embrace with Classification and Risk Assessment and the use Flowchart Analyzer]. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 Jan-Mar [cited 2014 Jan 05];21(1):217-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf> Portuguese.
5. Selhorst ISB, Bub MBC, Girondi JBR. [Protocol for embrace and attention to users that underwent upper gastrointestinal endoscopy and persons accompanying them]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Jul-Aug [cited 2014 Sep 20];67(4):575-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0575.pdf> Portuguese.
6. Cullum N, Ciliska D, Haynes R B, Marks S. Enfermagem baseada em evidência: uma introdução. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
7. Cioffi J. Recognition of patients who require emergency assistance: a descriptive study. *Heart Lung* [Internet]. 2000 Jul-Aug [cited 2014 Feb 02];29(4):262-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956300306148>
8. Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D, et al. Refusing care to emergency department patients: evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med* [Internet]. 1994 Feb [cited 2014 Feb 12];23(2):286-93. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064494700427>
9. Ministério da Saúde (BR). Equipe humaniza SUS, PNH. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
10. Warren DW, Jarvis A, Leblanc L, Gravel J; CTAS National Working Group; Canadian Association of Emergency Physicians, et al. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *CJEM* [Internet]. 2008 May [cited 2014 Feb 14];10(3):224-43. Available from: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FCEM%2FCEM10_03%2FS1481803500010149a.pdf&code=548a08ec06cc36c0f111c69b82140018
11. Gravel J, Manzano S, Arsenault M. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. *CJEM* [Internet]. 2009 Jan [cited 2014 Feb 14];11(1):23-8. Available from: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FCEM%2FCEM11_01%2FS1481803500010885a.pdf&code=64e1cf7161d56b826dc05fe2f918880a
12. Toni GMP. The clinical practice of emergency department triage: application of the Australasian Triage Scale - an extended literature review: Part I: Evolution of the ATS. *Australas Emerg Nurs J* [Internet]. 2006 Dec [updated 2015 Jun 25; cited 2014 Feb 14];9(4):155-62. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626706000991>
13. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 Jan-Feb [cited 2014 Mar 04];19(1):26-33 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100005&script=sci_abstract
14. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): a Triage Tool for Emergency Department Care [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2012 [cited 2014 Mar 21]. Available from: <http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf>
15. Pires CS, Gatto MAF. Escala Canadense de Triage e Acuidade (CTAS): validação e aplicação. *Rev Emergência*. 2005;1(1):14-9.
16. Lyon N, Babekuhl NSW. Paediatric Triage Tool. Standards and protocols (Pediatrics) NCHN [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar 21]. Available from: http://www.nchn.org.au/docs/TriageTool_Sth_All.pdf
17. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [updated 2015 Jun 25; cited 2014 Mar 21]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf
18. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
19. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. [Criteria for selection of experts for validation

- studies of nursing phenomena]. *Rev RENE* [Internet]. 2011 Apr-Jun [cited 2014 Mar 21];12(2):424-31. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a26v12n2.pdf Portuguese.
20. Dodt RCM, Ximenes LB, Oria MOB. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 21];25(2):225-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/en_a11v25n2.pdf
 21. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* [Internet]. 2006 Oct [cited 2014 Mar 22];29(5):489-97. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20147/pdf>
 22. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills [Internet]. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996 [cited 2014 Mar 22]. Available from: <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/teaching-patients-with-low-literacy-skills/>.
 23. Fuentes A, McKay C, Hay C. Cognitive reserve in paediatric traumatic brain injury: relationship with neuropsychological outcome. *Brain Inj* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 24];24(7-8):995-1002. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/02699052.2010.489791>
 24. Rossato LM, Magaldi FM. Multidimensional tools: application of pain quality cards in children. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 Sep-Oct [cited 2014 Mar 24];14(5):702-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000500010&script=sci_arttext English, Portuguese.
 25. Bühler HF, Ignotti E, Neves SMAS, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 24];19(10):4131-40. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4131.pdf>
-