

# Protocolo de Adequación de urgencias hospitalarias: tradução e adaptação para a cultura brasileira



*Hospital emergency suitability protocol: translation and adaptation to the Brazilian culture*

*Protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias: traducción y adaptación a la cultura brasileña*

Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira<sup>a</sup>   
 Ana Maria Ribeiro dos Santos<sup>a</sup>   
 Julyanne dos Santos Nolêto<sup>a</sup>   
 Guilherme Guarino de Moura Sá<sup>a</sup>   
 Raylane da Silva Machado<sup>a</sup>   
 Márcia Teles de Oliveira Gouveia<sup>a</sup>   
 Maria Zélia de Araújo Madeira<sup>a</sup>

## Como citar este artigo:

Oliveira RKC, Santos AMR, Nolêto JS, Sá GGM, Machado RS, Gouveia MTO, Madeira MZA. Protocolo de Adequación de urgencias hospitalarias: tradução e adaptação para a cultura brasileira. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210183. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210183.pt>

## RESUMO

**Objetivo:** Traduzir e adaptar culturalmente o Protocolo de Adequación de Urgencias Hospitalarias (PAUH) para o português do Brasil.

**Método:** Estudo metodológico, desenvolvido no período de 2019 a 2021, em hospital de urgência, e que seguiu as etapas de tradução, síntese das traduções, retrotradução, revisão por comitê de *experts*, pré-teste e submissão aos autores do protocolo. A amostra incluiu quatro tradutores, cinco *experts*, que avaliaram equivalência conceitual, semântica, cultural e idiomática, 21 enfermeiros e nove médicos, que participaram do pré-teste. Utilizou-se Índice de Validade de Conteúdo (IVC), alfa de Cronbach e concordância de Kendall.

**Resultados:** A versão final da adaptação apresentou IVC que variou de 0,40 a 1,0. A consistência interna evidenciou Equivalência Semântica ( $\alpha=0,815$ ), Equivalência Idiomática ( $\alpha=0,924$ ) e Equivalência Conceitual ( $\alpha=0,71$ ), com valores aceitáveis. A concordância de Kendall revelou boa confiabilidade ( $W=0,14-0,58$ ).

**Conclusão:** O processo de tradução e adaptação cultural do PAUH originou instrumento aplicável ao contexto brasileiro.

**Palavras-chave:** Urgências. Triagem. Protocolos. Tradução. Estudo de validação.

## ABSTRACT

**Objective:** Translate and culturally adapt the Hospital Emergency Suitability Protocol (HESP) to Brazilian Portuguese.

**Method:** Methodological study, developed from 2019 to 2021, in an emergency hospital, and which followed the stages of translation, synthesis of translations, back-translation, review by an expert committee, pre-test and submission to the authors of the protocol. The sample included four translators, five experts, who assessed conceptual, semantic, cultural, and idiomatic equivalence, 21 nurses and nine physicians, who participated in the pre-test. Content Validity Index (CVI), Cronbach's alpha and Kendall's coefficient of concordance were used.

**Results:** The final version of the adaptation presented Content Validity Index that ranged from 0.40 to 1.0. The internal consistency, according to Cronbach's alpha coefficient, showed Semantic Equivalence ( $\alpha=0.815$ ), Idiomatic Equivalence ( $\alpha=0.924$ ), Experiential Equivalence ( $\alpha=0.682$ ), Conceptual Equivalence ( $\alpha=0.71$ ), which presented acceptable values, except for the experiential equivalence. Kendall W's coefficient ( $W=0.14$  to  $0.58$ ) revealed good reliability.

**Conclusion:** The translation and cultural adaptation process of the HESP originated an instrument applicable to the Brazilian context.

**Keywords:** Emergencies. Triage. Protocols. Translating. Validation study.

## RESUMEN

**Objetivo:** Traducir y adaptar culturalmente el Protocolo de Adequación de Urgencias Hospitalarias al portugués brasileño.

**Método:** Estudio metodológico, desarrollado de 2019 a 2021, en un hospital de emergencia, y que siguió los pasos de traducción, síntesis de traducciones, retrotraducción, revisión por un comité de *experts*, pre-test y envío a los autores del protocolo. La muestra estuvo compuesta por cuatro traductores, cinco expertos, que evaluaron la equivalencia conceptual, semántica, cultural e idiomática, 21 enfermeros y nueve médicos, que participaron en el pre-test. Se utilizaron el índice de validez de contenido (IVC), el alfa de Cronbach y la concordancia de Kendall.

**Resultados:** La versión final de la adaptación presentada El Índice de Validez de Contenido (IVC) que osciló en 0,40 y 1,0. La consistencia interna, según el coeficiente alfa de Cronbach, mostró Equivalencia Semántica ( $\alpha=0,815$ ), Equivalencia Idiomática ( $\alpha=0,924$ ), Equivalencia Experimental ( $\alpha=0,682$ ), Equivalencia Conceptual = 0,712, que presentó valores aceptables, excepto la equivalencia experimental. El acuerdo de Kendall ( $W=0,14$  a  $0,58$ ) reveló una buena fiabilidad.

**Conclusión:** El proceso de traducción y adaptación del protocolo al contexto brasileño dio lugar a un instrumento aplicable a Brasil.

**Palabras clave:** Urgencias Médicas. Triaje. Protocolos. Traducción. Estudio de validación.

<sup>a</sup> Universidade Federal do Piauí (UFPI), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Teresina, Piauí, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência funcionam como estratégia reorganizadora do cuidado em casos de risco iminente de vida, o que requer atenção profissional imediata e eficaz. Os usuários buscam atendimento de urgência por demanda espontânea ou indicação de profissionais da saúde com objetivo de solucionar seus problemas relacionados a saúde e bem-estar. Como consequência dessa busca, muitas vezes desordenada, ocorre superlotação nesse serviço<sup>(1)</sup>.

As unidades de urgência têm papel determinante no atendimento, pois são consideradas setores complexos. Dessa forma, apresentam relevância inegável nos indicadores de morbimortalidade, e por isso são estudadas em vários países. Cabe destacar que atendimento não urgente é aquele cujo grau de severidade do problema médico é baixo, porém, resulta na busca do paciente ao serviço de urgência<sup>(2)</sup>.

Com objetivo de direcionar melhor esse cuidado e caracterizar o uso do serviço de urgência como apropriado ou inapropriado, pesquisadores da Espanha, no ano de 1999, desenvolveram o Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH). Esse protocolo surgiu a partir de referencial conceitual, que incluiu como dimensões a gravidade clínica do paciente, a intensidade dos serviços prestados e algumas situações que justificariam a adequação das visitas espontâneas<sup>(3)</sup>.

A gravidade clínica do paciente se refere à ausência de estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gasometria) e à perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.). A intensidade dos serviços prestados inclui tratamentos, exames diagnósticos, necessidade de observação prolongada ou admissão - e sua habitual disponibilidade imediata na atenção primária<sup>(3)</sup>.

Em relação às situações que justificam a adequação das visitas espontâneas são apresentados exemplos de casos claros de urgência como ser vítima de um acidente; apresentar quadro conhecido pelo paciente e que geralmente requer internação; o paciente ter sido orientado por um profissional de saúde habilitado para ir à urgência caso apresente o sintoma; precisa de atendimento de saúde inicial com rapidez e o hospital é a unidade mais próxima<sup>(3)</sup>.

No cenário atual, reafirma-se a importância da utilização de instrumentos que avaliem a adequação e a pertinência do atendimento nos serviços de urgência. Desse modo, destaca-se que o PAUH tem sido utilizado em diversos públicos, desde adultos até idosos, com experiências satisfatórias na diminuição do número de internações<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, verifica-se a relevância na utilização de instrumentos que avaliem a adequação e a pertinência do

atendimento nos serviços de urgência, pois, poderá contribuir para o diagnóstico de situações e promoção de intervenções educativas na comunidade, com vistas sensibilizar profissionais de saúde e sociedade acerca dessa questão. Além disso, pode-se colaborar ainda para o surgimento de políticas públicas que busquem corrigir as causas que levam a população a buscar serviço de urgência de forma inadequada.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar culturalmente o Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH) para o português do Brasil.

## ■ MÉTODO

Estudo metodológico de tradução e adaptação do PAUH para o português do Brasil. O PAUH foi criado no idioma espanhol com a finalidade de identificar se a busca por atendimento de urgência pelo paciente é de forma apropriada ou inapropriada.

O protocolo é composto por 75 itens no total sendo que 31 itens faz direcionamento as dimensões 1.1 a 5.9 que versam sobre a gravidade clínica, os 41 itens restantes falam sobre as causas de utilização inapropriada das urgências hospitalares 1 a 9, o protocolo aborda também dez informações antecedentes explicativas do instrumento e contempla cinco dimensões no qual corresponde aos pacientes referenciados por profissional de saúde habilitado ou por demanda espontânea<sup>(3)</sup>.

De acordo com os critérios do PAUH, a procura é considerada urgente caso cumpra pelo menos um dos cinco critérios, são eles: critério de gravidade, critério de tratamento, intensidade diagnóstica, outros critérios e critérios aplicáveis. O critério de gravidade está organizado em 8 itens (de 1.1 a 1.8), os quais referem-se as alterações de padrões de instabilidade hemodinâmicos. O critério de tratamento é composto por 4 itens (de 2.1 a 2.4), os quais fazem referência aos casos de administração de medicamentos, oxigenoterapia, imobilização e procedimentos cirúrgicos<sup>(3)</sup>.

Ademais, a intensidade diagnóstica aborda 4 itens (de 3.1 a 3.4), os quais adotam parâmetros associados a sinais vitais, exames radiológicos, laboratoriais e cardíacos. Enquanto outros critérios consideram 4 itens (de 4.1 a 4.9) e diz respeito ao tempo de observação em unidade hospitalar, transferência inter-hospitalar e óbitos. Os critérios aplicáveis apenas aos doentes que vêm espontaneamente incluem 6 itens (de 5.1 a 5.9), no qual são definidos por inúmeras causas que leva o paciente a buscar o serviço de forma voluntária, que englobam: acidentes em via pública e de trabalho, dor torácica, dispnéia e dor abdominal<sup>(3)</sup>.

Alguns itens foram complementados pelos *experts*, com a finalidade de atribuir as causas de inadequação baseado na avaliação subjetiva do profissional de saúde, compreendidos por demora excessiva em outro dispositivo assistencial 2.1 a 2.9, falha no atendimento continuado 3.1 a 3.9, o paciente não sabe como utilizar o dispositivo assistencial 4.1 a 4.9, maior confiança no hospital ou desconfiança no dispositivo de atendimento primário 5.1 a 5.9. conforto e problemas do paciente ao seu redor 6.1 a 6.9 e outros item 9<sup>(3)</sup>. O PAUH será descrito na íntegra na sessão resultado.

O local do estudo incluiu um hospital de urgência, referência no atendimento ao trauma<sup>(5)</sup>, por possuir características equivalentes à amostra utilizada para a formulação do protocolo original. O referido hospital está situado na cidade de Teresina, Piauí, Brasil, que possui população estimada de 814.230 habitantes e cerca de 14 hospitais<sup>(6)</sup>.

### Processo de tradução e adaptação

O estudo foi iniciado após a autorização formal dos autores originais do protocolo. O processo de tradução e adaptação utilizou recomendação que preconiza seis etapas: tradução, síntese das traduções, retrotradução, revisão por comitê de *experts*, pré-teste e submissão da versão aos autores do protocolo, pela clareza e facilidade de aplicação<sup>(7)</sup>.

A primeira etapa ocorreu nos meses de março a maio de 2020 e constituiu-se da tradução inicial do PAUH, no qual foi realizada por dois tradutores independentes, brasileiros, bilíngues, com domínio no idioma espanhol, comprovado por meio de teste de proficiência, e que tinham como língua nativa o português brasileiro, idioma para o qual foi traduzido o instrumento. O contato prévio com os tradutores foi por e-mail.

Para assegurar a efetiva tradução, um dos tradutores foi informado sobre os objetivos do estudo (tradutor “clínico”) e o outro tradutor não foi informado sobre os conceitos ou propósitos a que se destina o instrumento, além disso era leigo na área do estudo avaliado (tradutor “ingênuo”<sup>(7)</sup>). Foram realizadas duas traduções do idioma original (espanhol), para o português brasileiro. Estas puderam ser comparadas quanto às discrepâncias ou ambiguidades, a fim de buscar uma versão com a definição fidedigna de cada item da versão original.

A segunda etapa aconteceu no período de maio a julho de 2020 e a consulta aos participantes ocorreu por meio de convite via e-mail e *google forms*. Nesta etapa foi realizada a síntese das traduções, que constituiu na consolidação das duas traduções. Uma terceira pessoa, brasileira, com domínio da língua espanhola, foi adicionada à equipe, para resolução das discrepâncias. As versões do primeiro tradutor

(T1) e do segundo (T2) foram consolidadas, o que resultou na versão síntese (T12).

Após a obtenção da versão síntese, iniciou-se a terceira etapa, que ocorreu em agosto de 2020 e os participantes foram contatados via e-mail. Esta fase foi constituída pela *backtranslation* (retrotradução) da versão T12 do português para o idioma de origem do instrumento, o espanhol, com vistas garantir que cada item da versão no idioma alvo refletisse com precisão o conteúdo dos itens da versão original<sup>(7)</sup>. A retrotradução foi realizada por dois tradutores, um guatemalteco e uma espanhola, que residiam nesses países, com amplo conhecimento do português, sendo que o primeiro retrotradutor possuía fluência no espanhol, atestado em exame de proficiência, e o segundo, comprovada por diploma em língua estrangeira - Português. A partir disso, foram obtidas as versões RT1 e RT2<sup>(7)</sup>.

Na quarta etapa, que ocorreu nos meses de agosto a setembro de 2020, constituiu-se comitê de *experts*, consultados pelo *google forms* e que realizou avaliação criteriosa para manutenção das equivalências conceitual, semântica, cultural e idiomática. O comitê foi composto por cinco pesquisadores selecionados de acordo com recomendações da literatura<sup>(7)</sup>. Os membros do comitê atenderam, no mínimo, um dos critérios de inclusão: possuir título de doutor em enfermagem ou área afim ou especialista; ter experiência em emergência, e/ou também em pesquisas de tradução e adaptação de instrumentos; ou possuir domínio do espanhol. O atendimento a esses critérios foi verificado a partir de consulta dos currículos *online* cadastrados na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Adotou-se como critério de exclusão o não preenchimento completo do formulário e instrumento de avaliação. Participaram uma pesquisadora com expertise no método, três pesquisadores na temática de urgência, que tinham experiência clínica ou prática na temática e um tradutor. Dentre os participantes, os quatro primeiros possuíam doutorado e somente o tradutor, era especialista. Foi enviado convite para dez pesquisadores e foram selecionados os cinco primeiros que concordaram em participar do estudo, sendo que dois participantes residiam na região sudeste por cerca de quatro anos. Durante esta etapa, entre os *experts* não constava nenhum membro da equipe de pesquisa.

Para apresentação do PAUH, os *experts* receberam, por meio do *google forms*: a) carta-convite; b) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); c) formulário de caracterização dos *experts*, que continha dez questões; d) instrumento para análise de equivalências; e) versão original do PAUH; f) as duas traduções; g) síntese das traduções; h) e as duas retrotraduções. O período de consulta aos especialistas teve média de dez dias. A versão em espanhol e a síntese das

traduções foram avaliadas pelos *experts*, que registraram na escala de equivalência, conforme a numeração: 0 - Indefinido, -1 não equivalente e 1 equivalente<sup>(6)</sup>. Após avaliação, todas as discrepâncias foram solucionadas e resultou a versão pré-final brasileira do PAUH, que foi aplicada no pré-teste<sup>(3)</sup>.

Na quinta etapa do estudo, realizada entre setembro a novembro de 2020, realizou-se o pré-teste, no qual a versão pré-final do PAUH foi utilizada por profissionais da saúde (enfermeiros e médicos). Para definição da amostra, adotou-se recomendação da literatura para que esta seja constituída com 30 a 40 pessoas<sup>(7)</sup>. A amostra foi formada por 30 profissionais, recrutados por meio de amostragem não-probabilística, por conveniência, e considerou como critérios de inclusão: ser graduado em medicina ou enfermagem; estar em exercício profissional por no mínimo seis meses; e encontrar-se no plantão nas unidades de pronto atendimento do hospital de urgência. Foram excluídos do estudo aqueles em férias ou afastados, durante o período de coleta de dados.

O acesso aos profissionais de saúde se deu por meio de visitas ao hospital de urgência, no momento dos plantões, e de acordo com a sua disponibilidade foram abordados pela pesquisadora em sala reservada. A avaliação do protocolo foi registrada no formulário em papel impresso, na versão pré-final houve espaço para registro de dúvidas, comentários e sugestões dos profissionais em relação ao documento. O tempo de aplicação média foi de 30 minutos.

Na sexta etapa, realizada em dezembro de 2020, todos os documentos e relatórios dos procedimentos realizados no estudo foram encaminhados por e-mail para os autores do instrumento, com vistas obtenção de aprovação do processo de tradução e adaptação cultural do PAUH para uso no Brasil. Todos os instrumentos, incluindo as versões T1, T2, T12, RT1 e RT2 e a versão original podem ser acessados no projeto disponibilizado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/PFM9W>.

Na adaptação cultural, os resultados da avaliação qualitativa e da concordância entre os *experts* foram apresentados na forma descritiva. A análise quantitativa ocorreu a partir do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Os itens foram considerados válidos quando alcançaram porcentagem de concordância entre os *experts* de 80% ou superior, cujo valor fornece evidência satisfatória para validade do conteúdo<sup>(9)</sup>.

Utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach na análise da confiabilidade (consistência interna) e considerou-se o valor  $\alpha \geq 0,70$  como o mínimo aceitável para a confiabilidade, de forma que o valor máximo esperado é 0,90. São preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90<sup>(10)</sup>.

Na validação de face, os dados resultantes do pré-teste foram analisados a partir do coeficiente de concordância

de Kendall (W) no qual o nível de significância adotado para o uso foi de 5%. Esse coeficiente trata-se de medida de correlação não-paramétrica e indica o grau de concordância de avaliações de variáveis ordinais da mesma amostra, a partir de diferentes avaliadores. Quando esse coeficiente assume valores acima de 0,30 considera-se níveis de associação aceitáveis<sup>(11)</sup>.

Todos os participantes, *experts*, enfermeiros e médicos foram informados sobre o objetivo do estudo e assinaram duas vias do TCLE. Ao final, a primeira via ficou de posse da pesquisadora e a segunda, com o participante. Os *experts* assinaram o TCLE pelo *google forms* e receberam cópia preenchida do documento, enquanto enfermeiros e médicos, em via impressa, devolvidos assinados. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CAAE 28558620.4.0000.5214 e parecer nº 4.218.774.

## ■ RESULTADOS

### Etapa 1 – Tradução

Na etapa de tradução inicial, o instrumento PAUH foi traduzido da língua espanhola para língua portuguesa por duas tradutoras. Participaram desse processo, duas tradutoras letrólogas brasileiras. A primeira, tinha pós-graduação em tradução brasileira, estava ciente dos objetivos do estudo, trouxe contribuições acerca do léxico de palavras utilizadas e tornou a leitura do instrumento traduzido PAUH coesa e concisa. A segunda, não foi informada acerca do construto abordado pelo instrumento. Salienta-se que 36 itens obtiveram divergências no decorrer da tradução.

Os tradutores foram do sexo feminino e possuíam proficiência avançada nos idiomas. As duas versões traduzidas (T1 e T2) demonstraram algumas diferenças. Observou-se que a versão produzida pelo tradutor “ingênuo” (T2) foi mais literal e formal que a tradução do tradutor “clínico” (T1). As experiências em tradução em textos da área da saúde e familiaridade com termos do protocolo, podem ter contribuído para que a T2 tivesse tais características, embora o tradutor não tivesse sido informado dos objetivos do estudo.

### Etapa 2 – Síntese das traduções

Nesta fase, as versões traduzidas, geradas de forma independente pelos dois tradutores T1 e T2, foram sintetizadas em versão única (T12), somadas a mediação de uma terceira pessoa, brasileira, com domínio de espanhol.

As divergências de traduções somaram em onze e foram solucionadas após concordância entre os tradutores, foi possível estabelecer a versão síntese definitiva do instrumento

em português (T12), com vistas manter o sentido do instrumento original e de forma a considerar a população à qual o instrumento é direcionado, bem como a aplicabilidade no contexto brasileiro. A síntese das traduções mostrou-se coerente, obteve tradução direcionada à população alvo e manteve a equivalência entre os significados das palavras nas versões original e traduzida.

### Etapa 3 – Retrotradução

Foram obtidas duas versões retrotraduzidas independentes: RT1 e RT2. As duas retrotraduções demonstraram estar correlacionadas com a versão original do protocolo, o que tornou a versão síntese representativa semanticamente da original. Nesta fase, o retrotradutor 1 divergiu do instrumento em apenas um critério enquanto o retrotradutor 2 em quatro itens.

### Etapa 4 – Revisão pelo comitê de experts

Fizeram parte do comitê de *experts*: quatro profissionais do sexo feminino (80%), um do sexo masculino (20%), com idades que variaram de 30 a 51 anos, quatro possuíam titulação de doutorado (80%) e um de especialização (20%). No tocante à experiência profissional acadêmica, três possuíam experiência atual em docência e pesquisa (60%), uma em docência e gestão (20%) e uma em docência e atenção terciária (20%). Quanto à experiência assistencial em serviços de urgência, três tinham experiência atual ou retrógrada (60%) e duas não possuíam experiência em urgência (40%). No que diz respeito a experiência docente que envolvesse a urgência, quatro responderam positivamente (80%) e um assinalou não possuir (20%).

Dentre os *experts*, os cinco participantes do comitê responderam ter experiência com tradução e adaptação de instrumentos (100%). Em relação a publicação de artigo científico na área de urgência, quatro relataram possuir (80%) e um negou (20%). Quanto a publicação de artigo científico sobre tradução e adaptação de instrumentos, três afirmaram possuir (60%) e dois relataram que não possuíam (40%).

As mudanças realizadas entre o protocolo espanhol e o protocolo em português foram relativas as modificações de palavras que são empregadas na realidade brasileira, essas adequações são relevantes uma vez que os métodos para mensuração utilizada no contexto original podem não ser adequados em um contexto diferente. Destaca-se que as alterações ocorreram em todo o protocolo de forma espaçada. Foram aderidas substituições direcionadas as palavras “brusca” por “repentina”, “insensibilidade” por “perda da sensibilidade”, “gases sanguíneos” por “gasometria”, “atendimento primário”

por “atenção primária”, “fluidos” por “líquidos”, “colocação de gesso” por “imobilização com gesso”, “ingressa” por “internado”, “falece” por “óbito”, “derivado” por “encaminhado”, “médico” por “profissional de saúde habilitado”, “centro” por “unidade”, “dispositivo assistencial” por “serviço assistencial”, “zona” por “local”, “cabeceira” por “família”, “designado” por “atenda”, “localização” por “endereço”, “tem” por “possuir”, “requerimento” por “solicitação”, “entorno” por “ambiente”, “enfermidade mental” por “déficit intelectual”, “simulador” por “encenação”, “analítica” por “geral”, “emergência” por “urgência”, “exames de tira seca” por “glicemia”. O comitê entendeu por concesso que estes termos são apropriados para utilização no cenário hospitalar e de fácil compreensão.

Os juízes especialistas optaram por reformular a apresentação do item 1.7 suprimindo algumas palavras, que diz: ficam excluídos ferimentos superficiais que só precisem de sutura ficando somente: “Hemorragia ativa (hematêmese, epistaxe, melena, etc)”, item 3.3 exceto glicemia em diabéticos que compareceram por motivos não relacionados com diabetes e exames de glicemia, ficou da seguinte forma: “Exames laboratoriais” e o item 3.4 exceto cardiopatia crônica que comparecem por problemas não relacionados a cardiopatia permaneceu “Eletrocardiograma”. O comitê definiu que a retirada dos termos não acarreta prejuízo as dimensões.

A Tabela 1 apresenta os escores do IVC obtidos na avaliação pelo comitê de *experts*. A maioria dos itens obteve concordância acima de 80% entre os *experts*, o que revelou equivalência semântica, idiomática e conceitual, de acordo com as versões do instrumento. Na análise das equivalências, os dados de confiabilidade, obtidos por meio do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, com exceção da equivalência cultural ou experiencial, obtiveram  $\alpha \geq 0,70$ . A exceção da que mostrou a Equivalência Experiencial=0,682.

### Etapa 5 – Pré-teste

A amostra do pré-teste foi composta por 30 profissionais de saúde, dos quais 21 (70%) eram enfermeiros, 21 (56,7%) do gênero feminino, com média de idade de 33 anos ( $dp=4,75$ ) e na faixa etária entre de 25 a 43 anos. No tocante a formação, 24 (80%) possuíam o título de especialista, 13 (43,3%) tinham entre seis a dez anos de experiência profissional e 16 (43,3%) relataram ter renda de três a dez salários mínimos.

Os níveis de associação entre as respostas dos participantes foram considerados elevados (Tabela 2). A avaliação da aplicação do protocolo pelo coeficiente de Kendall W – validade de face, demonstrou o PAUH como instrumento confiável para ser utilizado no contexto brasileiro. Salienta-se que o valor de  $N=30$ , Kendall W 0,30 é considerado aceitável<sup>(11)</sup>.



**Tabela 1** – Descrição do Índice de Validade de Conteúdo e do Alfa de Cronbach resultante da análise das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual pelo comitê de *experts* do Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH). Teresina, Piauí, Brasil, 2021

Equivalências	IVC	Alpha de Cronbach
Equivalência Semântica – ES	0,93	0,815
Equivalência Idiomática – EI	0,85	0,924
Equivalência Cultural ou Experiencial – EE	0,75	0,682
Equivalência Conceitual – EC	0,79	0,712

Fonte: Autores, 2021.

**Tabela 2** – Resultados da análise de concordância de Kendall` W dos enfermeiros e médicos participantes do pré-teste. Teresina, Piauí, Brasil, 2021

PAUH – item	W*	N	P valor
Critérios de gravidade	0,21	09	0,058
Perda repentina da visão ou audição	0,29	09	0,061
Radiologia de qualquer tipo	<b>0,32</b>	<b>11</b>	<b>0,002</b>
Perda repentina da capacidade funcional de qualquer parte do corpo	<b>0,31</b>	<b>17</b>	<b>0,002</b>
Monitoramento de sinais vitais ou aferição de sinais vitais a cada 2 horas	<b>0,39</b>	<b>13</b>	<b>0,022</b>
Critérios de Intensidade Diagnóstica	<b>0,37</b>	<b>15</b>	<b>0,003</b>
Imobilização com gesso (exceto bandagem)	<b>0,32</b>	<b>17</b>	<b>0,031</b>
Hemorragia ativa (hematêmese, epistaxe, melena, etc.).	<b>0,33</b>	<b>15</b>	<b>0,025</b>
Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento na atenção primária.	<b>0,36</b>	<b>15</b>	<b>0,002</b>
Critérios de Tratamento	<b>0,35</b>	<b>13</b>	<b>0,021</b>
Intervenção / procedimento realizado em centro cirúrgico	<b>0,41</b>	<b>12</b>	<b>0,001</b>
Alterações no pulso (<50/> 140 pulsações/minuto) e arritmias	<b>0,38</b>	<b>13</b>	<b>0,011</b>
Alterações de eletrólitos ou gasometria sanguíneas (não considerar em pacientes com alterações crônicas destes parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.	<b>0,40</b>	<b>12</b>	<b>0,022</b>
Alteração da pressão arterial (sistólica:<90/>200 mmHg; diastólica: <60 />120 mmHg)	<b>0,41</b>	<b>12</b>	<b>0,025</b>
Administração de medicação ou líquidos por via intravenosa (exceto manutenção de acesso endovenoso pérvio ou fármacos)	<b>0,39</b>	<b>15</b>	<b>0,012</b>

**Tabela 2** – Cont.

PAUH – item	W*	N	P valor
Administração de oxigênio	<b>0,40</b>	<b>13</b>	<b>0,003</b>
Exames laboratoriais	<b>0,40</b>	<b>12</b>	<b>0,029</b>
Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, dispnéia com início rápido, tiragem, dor abdominal aguda	<b>0,42</b>	<b>14</b>	<b>0,001</b>
Quadro conhecido pelo paciente e que geralmente requer internação	<b>0,43</b>	<b>12</b>	<b>0,001</b>
Outros em casos de pacientes encaminhados por um profissional de saúde habilitado (especificar)	<b>0,52</b>	<b>18</b>	<b>0,001</b>
Outros Critérios	<b>0,50</b>	<b>12</b>	<b>0,001</b>
O paciente vem a óbito no SEH	<b>0,52</b>	<b>14</b>	<b>0,001</b>
O paciente foi orientado por um profissional de saúde habilitado para ir à urgência caso apresente o sintoma	<b>0,52</b>	<b>15</b>	<b>0,001</b>
O paciente está há mais de 12 horas em observação no serviço hospitalar de urgências	<b>0,50</b>	<b>15</b>	<b>0,001</b>
O paciente é internado no hospital ou transferido para outro hospital	<b>0,47</b>	<b>12</b>	<b>0,001</b>
Eletrocardiograma	<b>0,47</b>	<b>12</b>	<b>0,002</b>
Decorre de um acidente (trânsito, trabalho, em local público, ...) e o paciente deve ser avaliado	<b>0,44</b>	<b>12</b>	<b>0,011</b>
Critérios aplicáveis somente a pacientes que buscam atendimento espontaneamente	<b>0,47</b>	<b>14</b>	<b>0,001</b>
Precisa de atendimento de saúde inicial com rapidez e o hospital é a unidade mais próxima	<b>0,45</b>	<b>14</b>	<b>0,001</b>
Outros em casos de pacientes que buscam atendimento no serviço de urgência (especificar)	<b>0,48</b>	<b>13</b>	<b>0,001</b>
Serviço hospitalar de urgência	<b>0,47</b>	<b>15</b>	<b>0,001</b>
Não consiste em situação de urgência. Não requer atendimento imediato.	<b>0,48</b>	<b>15</b>	<b>0,001</b>
Pacientes encaminhados por um profissional de saúde habilitado	<b>0,55</b>	<b>16</b>	<b>0,001</b>
O paciente requer atendimento imediato, mas pode ser resolvido fora do hospital.	<b>0,54</b>	<b>16</b>	<b>0,001</b>
Outros (especificar)	<b>0,54</b>	<b>15</b>	<b>0,001</b>
Encaminhado por engano	<b>0,56</b>	<b>15</b>	<b>0,001</b>
Encaminhado a partir de Consulta Externa para agilizar o diagnóstico	<b>0,58</b>	<b>18</b>	<b>0,001</b>

**Tabela 2** – Cont.

PAUH – item	W*	N	P valor
Demora excessiva em outro serviço assistencial:	<b>0,57</b>	<b>17</b>	<b>0,001</b>
Pacientes por demanda espontânea	<b>0,57</b>	<b>17</b>	<b>0,001</b>
Lista de espera cirúrgica	<b>0,55</b>	<b>16</b>	<b>0,001</b>
Exames de diagnóstico solicitados na atenção primária ou especialista local	<b>0,51</b>	<b>14</b>	<b>0,001</b>
Consulta fora do hospital (atraso entre os atendimentos)	<b>0,48</b>	<b>12</b>	<b>0,003</b>
Outros: especificar	<b>0,48</b>	<b>12</b>	<b>0,011</b>
Impossibilidade de entrar em contato com a unidade de saúde	<b>0,41</b>	<b>10</b>	<b>0,001</b>
Demora em visita domiciliar do serviço de urgências	<b>0,39</b>	<b>9</b>	<b>0,023</b>
Exames de diagnóstico solicitados pelo hospital	<b>0,38</b>	<b>11</b>	<b>0,021</b>
Consulta de especialista	<b>0,34</b>	<b>11</b>	<b>0,002</b>
Falha no atendimento continuado	<b>0,33</b>	<b>11</b>	<b>0,002</b>
A consulta do clínico geral foi finalizada	<b>0,33</b>	<b>10</b>	<b>0,011</b>
Lista de espera para consulta fora do hospital	<b>0,35</b>	<b>10</b>	<b>0,010</b>
Demora em visita domiciliar na atenção primária	<b>0,34</b>	<b>10</b>	<b>0,010</b>
Outros: especificar	0,27	7	0,088
Impossibilidade de entrar em contato com o Serviço de urgência	0,29	7	0,067
Possui uma história clínica no hospital e acredita que será melhor atendido	<b>0,37</b>	<b>9</b>	<b>0,023</b>
Consulta na atenção primária (consulta prévia)	<b>0,35</b>	<b>9</b>	<b>0,015</b>
Outros: especificar	<b>0,36</b>	<b>9</b>	<b>0,011</b>
Maior confiança no hospital ou desconfiança no serviço de Atenção primária	<b>0,39</b>	<b>9</b>	<b>0,009</b>
Foi atendido em outro serviço de urgência, mas “não confiou nele”.	<b>0,39</b>	<b>9</b>	<b>0,005</b>
O paciente não sabe como utilizar o serviço de saúde geral	<b>0,40</b>	<b>13</b>	<b>0,001</b>
Não tem conhecimento da existência/localização/telefone do serviço de urgências	<b>0,39</b>	<b>13</b>	<b>0,033</b>
Buscou atendimento diretamente ao serviço de urgências hospitalares	<b>0,39</b>	<b>12</b>	<b>0,026</b>
Não tem médico de família que o atenda	<b>0,44</b>	<b>14</b>	<b>0,001</b>



**Tabela 2** – Cont.

PAUH – item	W*	N	P valor
Foi atendido pelo médico de família, mas “não confiou nele”	<b>0,42</b>	<b>14</b>	<b>0,022</b>
Outros (especificar)	<b>0,42</b>	<b>13</b>	<b>0,002</b>
Não sabe o endereço/telefone para contato com o seu médico de família	<b>0,41</b>	<b>13</b>	<b>0,001</b>
Conforto e problemas do paciente ou de seu ambiente	<b>0,41</b>	<b>13</b>	<b>0,017</b>
Solicitação de uma autoridade pública: polícia, juiz	0,28	8	0,102
Procura por uma avaliação (geral, radiológica...)	<b>0,33</b>	<b>10</b>	<b>0,004</b>
Problemas do paciente: déficit intelectual/cognitivo, hipocondria, encenação	<b>0,33</b>	<b>10</b>	<b>0,002</b>
Paciente mora próximo ao hospital/ Não quer perder horas de trabalho/busca atendimento rápido/mais confortável	<b>0,49</b>	<b>14</b>	<b>0,001</b>
Outros: especificar	<b>0,49</b>	<b>14</b>	<b>0,001</b>
A família quer internar o paciente	<b>0,52</b>	<b>16</b>	<b>0,001</b>
Outros: especificar	<b>0,55</b>	<b>16</b>	<b>0,001</b>
Perda de consciência, desorientação, coma, perda da sensibilidade (repentina ou muito recente)	<b>0,47</b>	<b>13</b>	<b>0,002</b>

Fonte: Autores, 2021.

Legenda: W\* – Coeficiente de concordância de Kendall. Valores em negrito, significância estatística ( $p < 0,05$ ).

## Etapa 6 – Submissão da versão aos autores do protocolo

Após devolutiva dos documentos do processo metodológico e envio da versão final do PAUH no português brasileiro aos autores do instrumento original, obteve-se aprovação e autorização para publicação do instrumento.

## ■ DISCUSSÃO

A tradução e adaptação de instrumentos como o PAUH, de reconhecimento internacional, é relevante para a enfermagem enquanto atividade profissional e ciência em saúde, além de permitir intercâmbio e correlação entre variáveis comuns e realidades contextuais diferentes. Além disso, têm-se a vantagem da disponibilização de instrumento de baixo custo a ser utilizado nos serviços de urgência, de forma a detectar precocemente os casos menos graves, na

tentativa de reduzir a superutilização da rede hospitalar e contribuir para a gestão do cuidado.

Conceitos sobre urgência e protocolos que definem casos urgentes e não urgentes têm significados diferentes e podem estar associados a diferentes comportamentos para pessoas que vivem em contextos sociais distintos<sup>(12)</sup>. Os protocolos de adequação hospitalar surgem como referência para classificar pacientes por níveis de complexidade. Eles são essenciais para alcançar competência clínica aceitável, proteger a segurança do paciente e otimizar seu resultado em situações de cuidado de alto risco<sup>(13)</sup>.

O PAUH se destaca por analisar o construto sob a ótica de estabelecimentos de critérios direcionados ao âmbito da urgência hospitalar. Além disso, apresenta-se de forma específica, sensível, confiável e capaz de identificar comparamentos inadequados aos serviços de urgência<sup>(7)</sup>. Desse modo, tornou-se relevante traduzir e adaptar culturalmente esse protocolo, que poderá tornar-se objeto de outros

estudos que visem sua comparação com protocolos de urgência e emergência de outros países.

Estudos internacionais têm sido desenvolvidos com uso do PAUH, sobretudo na Espanha. Pesquisa realizada em Girona buscou analisar a evolução e características das emergências hospitalares de pessoas idosas institucionalizadas e as internações por ela geradas, bem como adequação de ambas. Os pesquisadores concluíram que o instrumento mostrou-se efetivo ao categorizar as urgências inadequadas em adultos e idosos<sup>(4)</sup>. Outro estudo espanhol, buscou averiguar a interferência da pandemia COVID-19 na mudança do padrão de atendimentos no departamento de emergência, e identificou que, a partir da aplicação do PAUH, a maioria dos atendimentos foram considerados adequados<sup>(14)</sup>.

No Brasil, experiência na utilização de protocolo de urgência denominado *El Emergency Severity Index* (ESI), em hospital de alta complexidade de São Paulo, apontou que a implementação de sistema que determine atendimentos adequados ou inadequados ocasiona benefícios, tanto para o profissional quanto para o paciente<sup>(15)</sup>.

Neste estudo, as etapas preconizadas pela literatura foram seguidas de forma criteriosa, para que o instrumento traduzido e adaptado ao contexto brasileiro resultasse em instrumento de qualidade. No decorrer do processo de adaptação cultural, em alguns itens houve a necessidade de modificações. Esta situação ocorreu principalmente em itens que continham termos técnicos, cuja tradução poderia ocasionar dúvida no entendimento.

No processo de tradução e adaptação cultural, além do uso de termos gramaticalmente corretos, podem ser feitos ajustes nos itens e instruções de uso. Porém, é necessário preservar as características semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais do instrumento<sup>(16)</sup>. No tocante os aspectos gerais do PAUH, foram realizadas adequações com objetivo de preservar o significado original. Contudo, utilizaram-se termos coloquiais aplicados no Brasil.

Após a avaliação pelos membros do comitê, as pesquisadoras desse estudo realizaram revisão de todas as sugestões, considerando as alterações dos itens e produziu-se uma versão consensual.

Neste estudo, o percentual de concordância do comitê de *experts* apresentou resultados satisfatórios. Em pesquisa metodológica para tradução e adaptação cultural de instrumento de avaliação da percepção da gravidade da doença crônica, o comitê foi constituído por cinco *experts* e o IVC demonstrou resultados semelhantes aos encontrados nesta investigação<sup>(17)</sup>. Nesse sentido, observa-se que a discussão pelo comitê de *experts*, de todos os itens do protocolo, contribuiu para a concordância da tradução e,

consequentemente, ampliou o potencial de compreensão do instrumento pelo público-alvo.

A avaliação do instrumento pelo comitê de *experts* permitiu participação de pesquisadores do nordeste e sudeste brasileiro, o que pode diferir em relação a região sul. Alguns itens foram considerados pelo comitê como expressões pouco utilizadas na prática clínica. Em relação à discordância do item adaptação cultural/experencial, esse resultado pode ter sido em decorrência da heterogeneidade do público de juizes, todos de regiões diferentes pertencentes ao nordeste e sudeste brasileiro, visto que cada região tem suas particularidades na utilização da linguagem coloquial.

O pré-teste do instrumento evidenciou boa confiabilidade e validade de face aceitáveis, a partir do coeficiente de concordância de Kendall W. De forma semelhante, estudo com 216 estudantes de medicina na Alemanha, verificou que os itens analisados apresentaram confiabilidade aceitável, com valores W de Kendall que variaram de 0,30 a 0,79<sup>(11)</sup>. Ao considerar que o público-alvo para utilização do PAUH é heterogêneo (médicos e enfermeiros), esse resultado respalda o uso desse protocolo por esses profissionais no Brasil, uma vez que houve concordância dos itens por diferentes avaliadores que trabalham em serviço de urgência.

Apesar das realidades culturais distintas entre Espanha e Brasil, podem-se apontar semelhanças entre os sistemas de saúde desses países, sobretudo no tocante aos princípios doutrinários e marco legal dos dois sistemas de saúde. Ainda assim, há diferenças importantes no que tange aspectos sociais, econômicos, culturais e perfis nosológico e epidemiológico das populações. Além disso, pode-se citar diferenças na descentralização da saúde, ofertas de consultas básicas e especializadas e capacitação dos profissionais que trabalham na atenção primária<sup>(18)</sup>.

O PAUH foi desenvolvido com foco no público adulto e idoso. Espera-se, portanto, que esse instrumento seja aplicado futuramente nessa mesma população, no Brasil. Assim, pesquisas posteriores poderão contemplar protocolos específicos em outras faixas etárias. Os resultados encontrados neste estudo devem permear a elaboração de práticas organizacionais no cenário das urgências, principalmente para os profissionais de saúde que atendem rotineiramente casos capazes de serem solucionados na atenção primária, favorecendo a disseminação de estudos na área de urgência, em virtude da incipiência de produção, principalmente no Brasil.

Ao considerar as características continentais do Brasil e diversidade cultural, acredita-se que seria necessário aplicar o PAUH em diversas regiões para analisar os valores psicométricos, o que pode ser uma limitação do estudo. No

entanto, isto não invalida a validade externa do estudo, uma vez que o sistema público de saúde é o mesmo, outro fato é que o protocolo é extenso e necessita de tempo para sua aplicação. Além disso, trata-se de estudo sobre tradução e adaptação de protocolo da urgência, área em que é notável a incipiência de pesquisas que abordam a temática na conjuntura brasileira.

## ■ CONCLUSÃO

O processo de tradução e adaptação do PAUH originou instrumento aplicável. O protocolo de urgência reflete diretamente na linha de cuidado, ofertados pelos profissionais de saúde ao paciente. De acordo com os objetivos propostos e os resultados obtidos, pode-se inferir que a versão adaptada do PAUH atestou as equivalências semântica, idiomática e conceitual, com exceção da equivalência cultural ou experiencial. A análise obtida pelo comitê de *experts* em relação à versão original espanhola respeitou rigorosamente as etapas recomendadas pelo referencial metodológico, o que permitiu vislumbrar a credibilidade e consistência deste estudo.

Frente ao exposto, faz-se necessário treinar e sensibilizar os gestores no tocante à relevância da aplicabilidade do instrumento para modificação de condutas clínicas inadequadas, mudança educacional da população e uso adequado da estrutura, sobretudo ao considerar a espera para atendimento. Sugere-se ainda, que outros locais realizem a tradução e adaptação do referido protocolo, a fim de possibilitar a comparação dos resultados encontrados em outros países e culturas. Ademais, a pesquisa contribui para avanço do conhecimento na enfermagem e saúde, visto que traz a possibilidade da utilização de instrumento específico, que ajudará na detecção precoce da busca inadequada pelos serviços de urgência e emergência hospitalares, o que repercutirá em intervenções necessárias e boas práticas de saúde dessas instituições.

## ■ REFERÊNCIAS

- O’Cathain A, Connel J, Long J, Coster J. “Clinically unnecessary” use of emergency and urgent care: a realist review of patients’ decision making. *Health Expect*. 2020;23(1):19-40. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.12995>
- Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40: e20180263. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>
- Selva TS, Peiró S, Pina PS, Espín CM, Aguilera IL. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Publica*. 1999 [citado 2021 abr 18];73(4):461-475. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v73n4/protocolo.pdf>
- Sánchez-Pérez I, García NG, Piniella LR, Martos GP, Bataller GA, Coderch J. Urgencias hospitalarias procedentes de residencias geriátricas de una comarca: evolución, características y adecuación. *Gac Sanit*. 2018;32(1):27-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.005>
- Prefeitura de Teresina. Fundação Municipal de Saúde [Internet]. Teresina: FMS; 2018 [citado 2021 ago 14]. HUT-Hospital de Urgência de Teresina; [aprox. 2 telas]. Disponível em: <http://sus.teresina.pi.gov.br/2018/05/22/hut-hospital-de-urgencia-de-teresina/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 2021 ago 14]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9197-mudanca-demografica-no-brasil-no-inicio-do-seculo-xxi.html?=&t=o-que-e>
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures [Internet]. Toronto: Institute for Work & Health; 2007 [cited 2019 Jun 06]. Available from: [http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf)
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74. doi: <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649-59. doi: <http://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>
- Rodríguez-Rodríguez J, Reguant-Álvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE*. 2020;13(2):1-13. doi: <https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>
- Jansen J, Schulz-Quach C, Eisenbeck N, Carreno DF, Schmitz A, Fountain R, et al. German version of the Death Attitudes Profile- Revised (DAP-GR) - translation and validation of a multidimensional measurement of attitudes towards death. *BMC Psychol*. 2019;7(1):61. doi: <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0336-6>
- García-Romero M, Rita-Gáfaró CG, Quintero-Manzano J, Agarita AB. NEDOCS vs subjective evaluation, ¿Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding? *Colomb Med (Cali)*. 2017 [cited 2020 Feb 7];48(2):53-7. Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/283/28354693004/movil/index.html>
- Bremer A, Hagiwara MA, Tavares W, Paakkonen H, Nyström P, Andersson H. Translation and further validation of a global rating scale for the assessment of clinical competence in prehospital emergency care. *Nurse Educ Pract*. 2020;47:102841. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102841>
- Herranz-Larraneta J, Klein-Rodríguez A, Menéndez-Riera M, Mejuto-Torreiro L, López-Eiroa A, Vázquez-Barro JC, et al. ENT emergencies during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain: our experience. *AM J Otolaryngol*. 2021;42(2):102865. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102865>
- Silva JA, Emi AS, Leão ER, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Emergency severity index: accuracy in risk classification. *EINSEinsten*. 2017;15(4):421-7. doi: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3964>
- Petersen RS, Tennant A, Nakagawa TH, Marziale MHP. Translation, adaptation and validation of the nurse-work instability scale to Brazilian portuguese. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3170. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2943.3170>
- Lopes IM, Apolinario PP, Lima MHM. Translation and adaptation of “Perception of Severity of Chronic Illness” to the Brazilian culture for adolescents. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e59770. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.59770>
- Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Time trend of family health strategy coverage in Brazil, its regions and federative units, 2006-2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(3):e2017170. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>

■ **Contribuição de autoria:**

Conceituação – Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira.

Investigação – Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira, Guilherme Guarino de Moura Sá, Raylane da Silva Machado.

Metodologia - Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira, Guilherme Guarino de Moura Sá, Raylane da Silva Machado.

Análise formal – Ana Maria Ribeiro dos Santos, Guilherme Guarino de Moura Sá, Raylane da Silva Machado, Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Maria Zélia de Araújo Madeira.

Metodologia – Ana Maria Ribeiro dos Santos, Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Maria Zélia de Araújo Madeira, Raylane da Silva Machado.

Administração de projeto - Ana Maria Ribeiro dos Santos.

Visualização - Julyanne dos Santos Nolêto.

Escrita - revisão e edição - Julyanne dos Santos Nolêto.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira

E-mail: rousykelly@hotmail.com

Recebido: 06.07.2021

Aprovado: 08.10.2021

**Editor associado:**

Carlise Rigon Dalla Nora

**Editor-chefe:**

Maria da Graça Oliveira Crossetti