



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO

ROUSLANNY KELLY CIPRIANO DE OLIVEIRA

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO *PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS PARA O BRASIL***

TERESINA  
2021

ROUSLANNY KELLY CIPRIANO DE OLIVEIRA

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO *PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS* PARA O BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem

TERESINA  
2021

Universidade Federal do PiauíBiblioteca

Setorial do CCS

Serviço de Processamento Técnico

O48t Oliveira, Rouslanny Kelly Cipriano de.  
Tradução e adaptação do *Protocolo de Adecuación de UrgenciasHospitalarias*  
para o Brasil / Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira. --  
Teresina, 2021.  
151 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, 2021.

Orientação: Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos.

Bibliografia

1 Urgência - Triagem. 2. Protocolos em Saúde - Tradução. 3. Estudos de  
Validação. I. Santos, Ana Maria Ribeiro dos. II. Título.

CDD 616.025

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

ROUSLANNY KELLY CIPRIANO DE OLIVEIRA

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO *PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS PARA O BRASIL***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos - Presidente/Orientadora  
Universidade Federal do Piauí - UFPI

---

Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani – 1ª Examinadora  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

---

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia – 2ª Examinadora  
Universidade Federal do Piauí - UFPI

---

Profa. Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira - Suplente  
Universidade Federal do Piauí - UFPI

À Deus, minha rocha inabalável, meus familiares e esposo. Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me proporcionar trilhar caminhos inimagináveis, pela sintonia que é impar e amor inefável. Gratidão a Ele pela concretização deste sonho, que era meu Mestrado.

À **Universidade Federal do Piauí (UFPI)**, por me acolher tão bem, onde tive oportunidade de ser uma profissional melhor e com outra visão de mundo, por meio do PPGENF.

Ao desenvolvedor do instrumento original, **Salvador Peiró**, que não mediu esforços para autorizar a utilização do Protocolo de urgência, além de colaborar com a aprovação da versão final do PAUH para o contexto do Brasil.

A minha querida orientadora, **Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos**, pela paciência, profissionalismo impecável. Meu eterno agradecimento por sua orientação, empatia e zelo em tudo o que faz. Muita admiração!

Às professoras da banca: **Maria de Fátima Mantovani, Márcia Teles de Oliveira Gouveia e Maria Zélia de Araújo Madeira**, bem como os demais professores do programa.

Aos **tradutores, retrotradutores**, pelas sugestões que tornaram possíveis o desfecho deste estudo e a concretização deste instrumento que, esperamos, ser útil na prática clínica.

Ao **comitê de experts**, pela disponibilidade em avaliar cada item do instrumento que propunha trazer para a realidade do Brasil, pelo compromisso em participar das reuniões, obrigada pela relevante contribuição.

Ao grupo de pesquisa intitulado: **Grupo de Estudos em Envelhecimento e Causas Externas de Morbimortalidade-GEECEM**, o qual agrega parceria, conhecimento e descontração.

Aos amigos que ganhei no programa, em especial, ao **Doutor Guilherme Guarino de Moura Sá, doutoranda Raylane Silva Machado, mestranda Joyce Soares e Silva e mestre Julyanne dos Santos Nolêto, as graduandas Karen Beatriz Oliveira de Abreu e Maria Eduarda Pereira Correia**. Vocês foram primordiais na concretização do estudo. Gratidão!

As palavras de gratidão se estendem à querida amiga de turma e vida, **Iolanda Gonçalves de Alencar Figuiredo** pessoa implacável. Obrigada pelos conselhos e palavras de estímulo quando a vontade era desanimar! Que nossa amizade perdure longos anos.

A minha **turma XII de mestrado** em enfermagem, pela amizade. Destaco aqui também os funcionários da pós-graduação: **Ruth Barros Fonseca**, uma pessoa proativa e prestativa, ao amigo **Leonardo de Sousa Ramos**.

Ao **Hospital de Urgência de Teresina**, por autorizar a realização da coleta de dados, em especial, a pessoa da **Sílvia Alcântara Vasconcelos**.

Aos **enfermeiros e médicos** do Hospital de Urgência de Teresina, pela colaboração no pré-teste.

Aos meus familiares, minha mãe **Maria das Graças de Jesus Cipriano**, pelo apoio e incentivo, aos meus irmãos **Murilo Cipriano de Carvalho e Lara Cristina Cipriano de Carvalho**, pelo carinho e, ao meu esposo **James José de Brito Sousa**. Amo vocês!

*“O tempo muito me ensinou: Ensinou a amar  
a vida,  
Não desistir de lutar,  
Renascer na derrota,  
Renunciar às palavras e pensamentos  
negativos.  
Acreditar nos valores humanos e a ser  
otimista.  
Aprender que mais vale tentar do que recuar...  
Antes acreditar do que duvidar,  
Que o que vale da vida não é o ponto de  
partida e sim a nossa caminhada.”*

**Cora Coralina**

## RESUMO

OLIVEIRA, R.K.C. **Tradução e adaptação do protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias para o Brasil.** 2021. 151 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF. Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2021.

**Introdução:** Na perspectiva de assegurar a implementação de instrumentos que viabilizem a classificação de pacientes urgentes e não urgentes, é imperioso utilizar ferramentas de medidas avaliativas que possibilitem a identificação prévia dos problemas de saúde pelos profissionais da urgência, especialmente, os enfermeiros e médicos. Dessa forma, em 1999 foi criado e validado o instrumento internacional espanhol capaz de mensurar esta avaliação de forma eficaz, intitulado *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias*, com o propósito de classificar como adequados ou inadequados. **Objetivo:** Traduzir e adaptar culturalmente o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias*, para o português do Brasil. **Método:** Estudo metodológico, de tradução e adaptação para o português do Brasil de protocolo espanhol, realizado no período de 2019 a 2021, com profissionais de saúde. A tradução e adaptação foi composta de seis etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por comitê de *experts*, que analisou as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural, pré-teste que possibilitou a análise de consistência do instrumento com 30 profissionais enfermeiros e médicos e aprovação da versão final pelo autor principal. Para o processo de tradução e adaptação cultural, obteve-se prévia autorização do autor da versão original do instrumento. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva, Índice de Validade de Conteúdo e coeficientes de alfa de Cronbach, consistência interna para o comitê de *experts*. Para o pré-teste utilizou-se o coeficiente de Kendall W para validação de face. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, com o parecer nº 4.218.774. **Resultados:** Na primeira etapa, o protocolo original foi adequado para o português do Brasil, com participação de dois tradutores independentes (T1 e T2). Em seguida, foi produzida a versão síntese das traduções (T12). A síntese foi enviada para retrotradução, em que os dois profissionais desconheciam o objetivo do estudo, originando duas versões na língua espanhola (RT1 e RT2). O comitê de *experts* foi composto por cinco avaliadores, que analisaram as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual das versões (T1, T2, T12, RT1 e RT2), além do instrumento original. Obteve-se a versão pré-final em português, mediante consenso entre os *experts*. O pré-teste foi realizado com 30 profissionais de saúde entre enfermeiros e médicos, que também responderam a questionários sociodemográficos e de experiência profissional na urgência. Para conferir as equivalências pelo comitê de *experts*, o IVC variou de 0,40 a 1,0. A consistência interna, segundo o coeficiente alfa de Cronbach, evidenciou Equivalência Semântica=0,815, Equivalência Idiomática=0,924, Equivalência Experiencial=0,682, Equivalência Conceitual=0,712, que apresentaram respectivamente valores aceitáveis para a maioria dos juízes, com exceção da equivalência experiencial. No pré-teste, a análise dos dados sobre validação de face com utilização do coeficiente de concordância de Kendall W mostrou valores de W= 0,14 a 0,58, com boa confiabilidade, isto é, acima de 0,30 para a maioria dos itens. **Conclusão:** O processo de tradução e adaptação do protocolo para o contexto do Brasil originou um instrumento aplicável a nossa realidade. Todas as etapas recomendadas pelo referencial metodológico foram seguidas, bem como as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, obtidas pelo comitê de *experts* em relação à versão brasileira, o que permitiu evidenciar a credibilidade e consistência deste estudo.

**Descritores:** Urgência. Triagem. Protocolos. Tradução. Estudos de Validação.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, R.K.C. **Translation and adaptation of the hospital urgency adequacy protocol to Brazil.** 2021. 151 p. Master thesis. Nursing Post-Graduation Program. Federal University of Piauí, Teresina, 2021.

**Introduction:** With the perspective of securing the implementation of mechanisms that allow the classification of urgent and non-urgent patients, it is paramount to use assessment measure tools that make possible the prior identification of health issues by urgency professionals, especially nurses and physicians. To accomplish this, in 1999 the International Spanish Instrument was created and validated, one capable of measuring this assessment in a effective, way, named Hospital Urgency Adequacy Protocol, with the purpose of rating as adequate or inadequate. **Objective:** Translate and adapt culturally the Hospital Urgency Adequacy Protocol to Brazilian Portuguese. **Method:** Methodological study of translation and adaptation to Brazilian Portuguese of a Spanish protocol, carried out between 2019 and 2021 with healthcare professionals. The translation and adaptation comprised six stages: initial translation, translation synthesis, retrotranslation, assessment by a committee of experts that analyzed the semantic, idiomatic, conceptual and cultural equivalences, a pre-test that made possible an analysis of the consistency of the instrument with 30 nursing and medicine professionals and approval of the final version by the main author. To the process of translation and cultural adaptation we got previous authorization from the author of the original version of the instrument. The data were analyzed through descriptive analysis, Content Validation Index and alpha coefficients of Cronbach, internal consistency to the committee of experts. To the pre-test we used the Kendall W coefficient for face validation. The study was approved by the Federal University of Piauí, Ethics Committee with the technical statement nº 4.218.774. **Results:** in the first stage the original protocol was adapted to Brazilian Portuguese with the participation of two independent translators (T1 and T2). Then the synthetic version of the translation was produced (T12). The synthesis was then sent to retrotranslation, in which the two professionals ignored the original purpose of the study, originating two versions in Spanish (RT1 and RT2). The expert committee was made up of five evaluators who analyzed the semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalences of the versions (T1, T2, T12, RT1 and RT2) besides the original instrument. We got the pre-final version in Portuguese through a consensus among the experts. The pre-test was done with 30 healthcare professionals including nurses and physicians, who also answered to sociodemographic and professional experience in urgency questionnaires. To check the equivalences by the committee of experts the IVC varied from 0,4 to 1. The internal consistency according to the Cronbach alpha coefficient revealed a Semantic Equivalence of 0,815, Idiomatic Equivalence of 0,924, Experience Equivalence of 0,682 and Conceptual Equivalence of 0,712, which showed respectively acceptable values for most of the evaluators, with the sole exception of the Experience Equivalence. In the pre-test, the data analysis on the face validation with the use of W Kendall's agreement coefficient showed values for W from 0,14 to 0,58, with good agreement, that is, above 0,3 for most items. **Conclusion:** the translation and adaptation process of the protocol to the Brazilian context originated an instrument that can be applied to our reality. All the stages recommended by the methodological reference point were followed, as well as the semantic, idiomatic, cultural and conceptual, equivalences obtained by the expert committee regarding the Brazilian version, which allowed to show the credibility and consistency of this study.

**Descriptors:** Urgency. Triage. Protocols. Translation. Validation Studies.

## RESUMEN

OLIVEIRA, R.K.C. **Traducción y adaptación del protocolo de adecuación de urgencias Hospitalarias al portugués de Brasil.** 2021. 151 h. Disertación (Maestría). Programa de Posgrado en Enfermería-PPGENF. Universidad Federal de PiauÍ, Teresina, 2021.

**Introducción:** En la perspectiva de asegurar la implementación de instrumentos que permitan clasificar los pacientes urgentes y no urgentes, es imperativo utilizar herramientas de medidas de evaluación que hagan posible la identificación previa de los problemas de salud por parte de los profesionales de urgencias, especialmente enfermeros y médicos. Así, en 1999, se creó y validó el instrumento internacional español, capaz de medir eficazmente esta evaluación, denominado Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias, con el fin de clasificarlos como adecuados o inadecuados. **Objetivo:** Traducir y adaptar culturalmente el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias al portugués brasileño. **Método:** Estudio metodológico, de traducción y adaptación al portugués brasileño, de un protocolo español, realizado entre los años 2019 y 2021, con profesionales de la salud. La traducción y la adaptación se compusieron de seis pasos: traducción inicial; síntesis de traducciones; retrotraducción; evaluación por un comité de expertos, que analizó las equivalencias semánticas, idiomáticas, conceptuales y culturales; una prueba previa, que permitió analizar la consistencia del instrumento con 30 enfermeros y médicos profesionales; y aprobación de la versión final por el autor principal. Para el proceso de traducción y adaptación cultural, se obtuvo la autorización previa del autor de la versión original del instrumento. Los datos se analizaron mediante análisis descriptivo, Índice de Validez de Contenido y coeficientes alfa de Cronbach, para el comité interno de expertos. Para la prueba previa, se utilizó el coeficiente de Kendall W para la validación facial. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de PiauÍ con el dictamen nº 4.218.774. **Resultados:** En la primera etapa, el protocolo original fue adecuado para el portugués brasileño, con la participación de dos traductores independientes (T1 y T2). Después, se produjo la versión sintetizada de las traducciones (T12). La síntesis se envió para retrotraducción en la que los dos profesionales desconocían el objetivo del estudio, dando lugar a dos versiones en la lengua española (RT1 y RT2). El comité de expertos estuvo compuesto por cinco evaluadores, quienes analizaron las equivalencias semánticas, idiomáticas, culturales y conceptuales de las versiones (T1, T2, T12, RT1 y RT2), además del instrumento original. Se obtuvo la versión prefinal en portugués, mediante consenso entre los expertos. La preprueba se realizó con 30 profesionales de la salud, entre enfermeros y médicos, quienes también respondieron cuestionarios sociodemográficos y de experiencia profesional en urgencias. Para comprobar las equivalencias por parte del comité de expertos, el IVC osciló entre 0,40 y 1,0. La consistencia interna según el coeficiente alfa de Cronbach señaló Equivalencia Semántica=0,815, Equivalencia Idiomática =0,924, Equivalencia Experiencial =0,682, Equivalencia Conceptual =0,712, que presentaron valores aceptables para la mayoría de los jueces, con excepción de la equivalencia experiencial. En la preprueba, el análisis de datos de validación facial utilizando el coeficiente de concordancia de Kendall W mostró valores de W=0,14 a 0,58, con buena fiabilidad, es decir, por encima de 0,30 para la mayoría de los elementos. **Conclusión:** El proceso de traducción y adaptación del protocolo al contexto de Brasil dio lugar a un instrumento aplicable a nuestra realidad. Se siguieron todos los pasos recomendados por el marco metodológico, así como las equivalencias semánticas, idiomáticas, culturales y conceptuales, obtenidas por el comité de expertos con relación a la versión brasileña, lo que permitió subrayar la credibilidad y consistencia de este estudio.

**Descriptorios:** Urgencias. Tamizaje. Protocolos. Traducción. Estudios de Validación.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Cálculo amostral para realização do pré-teste. Teresina, 2020.....	29
Figura 1	Etapas seguidas na condução deste estudo de acordo com Beaton <i>et al.</i> (2007). Teresina, 2020.....	31
Quadro 2	Escala de análise das equivalências. Teresina, 2020.....	34
Figura 2	Etapas do processo de tradução e adaptação do PAUH para o Brasil. Teresina, 2020.....	35
Quadro 3	Versão original, Traduções e síntese das traduções do instrumento PAUH para o contexto brasileiro. Teresina, 2020.....	42
Quadro 4	Versão original, retrotradução 1 e 2 do PAUH. Teresina, 2020.....	55
Quadro 5	Itens do instrumento <i>Protocolo de Adecuacion de Urgencias Hospitalarias</i> (PAUH) modificados após recomendações do comitê de <i>experts</i> . Teresina, 2020.....	67
Quadro 6	Sugestões descritivas dos enfermeiros e médicos do protocolo PAUH na fase do pré-teste. Teresina, 2020.....	89

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição no número de enfermeiros e médicos participantes do estudo, segundo características sociodemográficas (n=30). Teresina, 2020.....	39
Tabela 2	Índice de Validade de Conteúdo dos itens avaliados por equivalência. Teresina, 2020.....	84
Tabela 3	Valores de Alfa de Cronbach para as equivalências. Teresina, 2020.....	87
Tabela 4	Resultados da análise de concordância de Kendall's W dos participantes do Pré-teste. Teresina, 2020.....	90

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSC	<i>Ambulatory Cre-Sensitive Conditions</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PAUH	<i>Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias</i>
PNAU	Política Nacional de Atenção as Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
RT1	Retrotradução 1
RT2	Retrotradução 2
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
T1	Tradutor 1
T2	Tradutor 2
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1</b>	<b>Contextualização do problema</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2</b>	<b>Objeto de estudo</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3</b>	<b>Questão da pesquisa</b> .....	<b>18</b>
<b>1.4</b>	<b>Objetivos</b> .....	<b>18</b>
1.4.1	Objetivo geral.....	18
1.4.2	Objetivos específicos .....	18
<b>1.5</b>	<b>Justificativa</b> .....	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>A rede de atenção às urgências no Brasil</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>O contexto atual da urgência e a procura por assistência em Unidades Hospitalares</b> .....	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>Internações por condições sensíveis a atenção primária - Aspectos conceituais</b> .....	<b>23</b>
<b>2.4</b>	<b><i>Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias - PAUH</i></b> .....	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>Delineamento do estudo</b> .....	<b>27</b>
<b>3.2</b>	<b>Permissão dos autores para a adaptação e o uso do instrumento</b> .....	<b>27</b>
<b>3.3</b>	<b>Local de estudo</b> .....	<b>27</b>
<b>3.4</b>	<b>População e amostra</b> .....	<b>28</b>
<b>3.5</b>	<b>Crítérios de inclusão e exclusão</b> .....	<b>30</b>
<b>3.6</b>	<b>Processo de tradução e adaptação do <i>Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias - PAUH</i></b> .....	<b>30</b>
<b>3.7</b>	<b>Apresentação do PAUH</b> .....	<b>36</b>
<b>3.8</b>	<b>Análise de dados</b> .....	<b>37</b>
<b>3.9</b>	<b>Aspectos éticos e legais</b> .....	<b>38</b>
<b>3.10</b>	<b>Riscos e benefícios</b> .....	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>93</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde</b> .....	<b>93</b>
<b>5.2</b>	<b>Adaptação cultural do PAUH- para o contexto brasileiro</b> .....	<b>95</b>
<b>5.3</b>	<b>Limitações do estudo</b> .....	<b>99</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>100</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>101</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>107</b>
	<b>APÊNDICE A – <i>Carta de consentimiento solicitud de uso del instrumento</i></b> .....	<b>108</b>
	<b>APÊNDICE B – Descrição do procedimento metodológico da pesquisa para o autor do instrumento</b> .....	<b>109</b>
	<b>APÊNDICE C – Carta convite ao grupo de <i>experts</i></b> .....	<b>112</b>
	<b>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: <i>experts</i></b> ...	<b>113</b>
	<b>APÊNDICE E- Formulário caracterização dos <i>experts</i></b> .....	<b>115</b>
	<b>APÊNDICE F-Instrumento de avaliação das equivalências</b> .....	<b>117</b>

<b>APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Enfermeiros e médicos.....</b>	<b>131</b>
<b>APÊNDICE H - Formulário para caracterização dos enfermeiros e médicos.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE I - Carta de encaminhamento do projeto de pesquisa ao CEP</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE J - Termo de Confidencialidade.....</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICE K - Declaração de compromisso das pesquisadoras .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXO A - Permissão do autor para a adaptação e o uso do instrumento.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO B - <i>Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH)</i></b>	<b>140</b>
<b>ANEXO C - Termo de Anuência da Instituição .....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>145</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do problema

No cenário mundial, os serviços de urgência surgem como estratégia reorganizadora do cuidado em casos de risco iminente de vida, o que requer atenção profissional imediata e eficaz. O paciente, ao buscar atendimento na urgência, por demanda espontânea ou por indicação do profissional de saúde, procura, a partir de vários estabelecimentos desta área, aquele que inclua serviços de ambulância de emergência, serviços de emergência e centros de cuidados de urgência, a fim de solucionar problemas do seu bem-estar. Como consequência desta busca, muitas vezes desordenada, ocorre superlotação desses serviços (CATHAIN; CONNELL; COSTER, 2019).

As Unidades de Urgência têm papel determinante no atendimento, são consideradas setores complexos e, conseqüentemente, apresentam relevância inegável nos indicadores de morbimortalidade, devido a isso, são estudadas em vários países. Vale ressaltar que atendimento não urgente é aquele cujo grau de severidade de problema médico é baixo, porém, resulta na busca do paciente ao serviço de urgência (SOUSA *et al.*, 2019).

A procura por atendimento no decorrer do ciclo vital é originada por inúmeros fatores, que se diferenciam pela carência individual de cada pessoa, como também pela oferta de serviços disponíveis.

A demanda pelo atendimento de urgência nos serviços públicos decorre, principalmente, da violência urbana, dos acidentes de trânsito e dos elevados índices de acometimento da população pelas doenças crônicas não transmissíveis, comuns no público adulto e idoso. Dentre essas, destacam-se as afecções cardiovasculares, que constituem a principal causa de mortalidade e representam problema mundial, provocam preocupação acerca do acesso e disponibilidade de cuidados de saúde à população. O uso desordenado desses serviços é apontado como responsável pela afluência desmedida e cada vez maior a essas unidades e transforma-se em depósito dos problemas não resolvidos nas outras instâncias assistenciais (PAZÓ, 2017).

Na Espanha, no ano de 1999, desenvolveu-se o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* (PAUH), instrumento que permitiu caracterizar o uso do serviço de urgência como apropriado ou inapropriado, com objetivo de direcionar melhor esse cuidado. 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 (SELVA *et al.*, 1999).

Nos Estados Unidos da América, na década de 90 precisamente no século XX, Billings, estudioso norte-americano, desenvolveu um instrumento denominado *Ambulatory Care-Sensitive Conditions* (ACSC), com propósito de melhorar o monitoramento das internações, o qual foi traduzido para o português como condições sensíveis à atenção primária, que representa um conjunto de problemas de saúde para a efetiva ação da atenção primária e diminuição ao risco de internações. Nesse sentido, atividades como diagnóstico, tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas, objetivam redução das internações hospitalares devido a esses problemas (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Diante dessa problemática da superlotação nas urgências, surgiu no Brasil, a Rede de Atenção à Saúde. Nela está inserida a Atenção Primária, que constitui primeiro contato da assistência continuada e, objetiva promover ações, serviços assistenciais integrados de qualidade, segundo as necessidades da população e visa a valorização do cuidado integral como principal estratégia de fortalecimento da atenção na tentativa de diminuir as hospitalizações, que podem ser evitadas (BORGES *et al.*, 2016).

Ao considerar o intuito de responder a esta importante demanda da sociedade, em 2003 foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), cujo objetivo é intermediar a atenção primária, os serviços de média e alta complexidade e implantar os sistemas de regulação e estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2003).

Então, concebeu-se no Brasil a Portaria N<sup>o</sup> 221, do Ministério da Saúde, de 17 de abril de 2008, denominada de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), para contribuir com funcionamento dos serviços de urgência, a qual considera 19 grupos de causas de hospitalização, diagnósticos e abrange condições preveníveis por imunizações, doenças infecciosas e crônicas (BRASIL, 2008a). Na elaboração desse indicador, buscou-se adequar a realidade nacional, que é definida por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2007).

Ao observar a evolução das hospitalizações, torna-se relevante a adaptação cultural de instrumentos para promover o intercâmbio cultural de uma realidade para outra e busca seguir

a rigor o processo metodológico, garantindo que os aspectos de mensuração do instrumento sejam fidedignos para a realidade sociocultural a que se destina.

No cenário atual, reafirma-se a importância da utilização de instrumentos que avaliem a adequação e a pertinência do atendimento nos serviços de urgência. Nesse sentido, destaca-se que o PAUH foi utilizado na realidade brasileira em estudo desenvolvido em Minas Gerais, com objetivo de avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e a inadequação dos atendimentos realizados em Unidades de Pronto Atendimento, e verificou-se a necessidade de discutir estratégias que possam reduzir em médio prazo a inadequação dos atendimentos (MACHADO *et al.*, 2015). No entanto, aponta-se que a referida investigação aplicou o protocolo em sua versão original, o que demonstra a necessidade de sua tradução e adaptação para o português do Brasil, por ser relevante para o contexto brasileiro.

Diante o exposto, constata-se a necessidade de utilização de instrumento que possa contribuir para o diagnóstico de situações e promoção de intervenções educativas na comunidade, com vistas a 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 à população a buscar serviço de urgência de forma inadequada.

O uso inadequado de serviços de urgência é um problema comum em vários países. Nessa vertente, estudos internacionais demonstram aumento na procura dos serviços de urgência, comparados com outros cuidados de saúde. Na Espanha, pesquisa realizada no hospital de emergência na cidade de Elche, o resultado mostrou que foram avaliadas como inadequadas o total de 882 (29,6%) consultas ao serviço de emergência. O uso inadequado foi associado com pacientes mais jovens, que utilizaram o serviço com meios de transporte próprio e com diagnósticos de menor gravidade (SELVA *et al.*, 2001).

A realidade brasileira, quanto aos atendimentos de forma inadequada nos serviços de emergência, evidenciam o aumento da demanda na rede hospitalar. Estudo em Piracicaba mostrou que do total de usuários entrevistados, 347 (45,9%) foram classificados como não urgentes pelo sistema de acolhimento com avaliação e classificação de risco, o que resulta em sobrecarga e impacta diretamente na qualidade do serviço prestado à população (SOUZA *et al.*, 2020).

Estudo que descreveu a evolução da procura por atendimento em unidade de pronto atendimento em Cascavel - Paraná, evidenciou a magnitude da problemática no sistema

público de saúde, com expressivo aumento dos atendimentos. Dos 3.862 atendimentos, (70,2%) foram classificados com a cor verde, pouco urgente (MATOS; BRENDA, 2020).

Outra pesquisa que buscou analisar a classificação de risco em serviço de urgência de um hospital em Londrina, encontrou percentual de (60,3%) classificada como cor verde (FEIJÓ *et al.*,2015).

Assim, os dados citados apontam os atendimentos de forma inadequada nos serviços de urgência no Brasil e, evidenciam a relevância do tema, para a partir do seu estudo, buscar possibilidades de melhoria do cuidado nos serviços daquele porte.

## **1.2 Objeto de estudo**

Ao considerar esse contexto citado, a pesquisa teve como objeto de estudo a adaptação cultural do *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* - PAUH, para o português do Brasil.

## **1.3 Questão de pesquisa**

A tradução e adaptação do *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* (PAUH) apresenta conteúdo válido para o contexto do Brasil?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo geral**

Traduzir e adaptar culturalmente o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* - PAUH para o português do Brasil.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Traduzir o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* - PAUH para o português do Brasil;
- Analisar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual das sínteses das traduções;

- Avaliar a compreensão dos enfermeiros e médicos da versão final do instrumento traduzido para o português do Brasil.

### **1.5 Justificativa**

A procura por atendimento é originada por inúmeros fatores, que se diferenciam pela carência individual de cada sujeito, como também pela oferta de serviços disponíveis. Essa situação pôde ser observada durante minha experiência como enfermeira assistente em unidade hospitalar, em que era notória essa busca acentuada de forma inadequada ao serviço de urgência. Por conseguinte, surgiu a inquietação de entender o motivo dessa procura pelos serviços daquela necessidade com queixas de menor gravidade.

Além disso, outro fator que motivou estudar a temática foi devido à inexistência, no Brasil, de instrumento que permita definir a utilização inadequada dos serviços de urgência, o que reforça a relevância do presente estudo. Nesse sentido, justifica-se a importância de traduzir e adaptar instrumento elaborado na Espanha, para que possa ser utilizado por profissionais de saúde, sobretudo a enfermagem, isso porque a utilização do protocolo poderá impactar de forma significativa o direcionamento do cuidado, possibilitando identificar o uso adequado ou inadequado dos serviços de urgências pelo público adulto e idoso, visto que tais resultados propiciarão conhecimento mais profundo desse fato, para desafogar as unidades de urgência, a fim de assegurar à população atendimento de qualidade.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 2.1 A rede de atenção às urgências no Brasil

A assistência em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) foi organizada em níveis de atenção básica, média e alta complexidade, visando a programação e planejamento das ações e serviços de saúde. É definida como política pública, acolhida pela constituição de 1988, construída a partir do debate com a sociedade e estimulada pelo movimento sanitário (MENDES, 2011).

Partindo de bases conceituais, denomina-se urgência como assistência prestada de forma imediata, eficaz, que requer por parte do profissional de saúde conhecimento e habilidades técnicas, bem como a utilização de tecnologia adequada, por se tratar de paciente com elevada complexidade. Constata-se assim, que os serviços dessa natureza deverão ser ofertados à população de modo adequado, seguro, que garanta a qualidade da assistência prestada e direcionamento da atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde instituiu em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências. Conforme essa tendência de reorganização da atenção, foi instituída em 2011 a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com vistas a prover atenção qualificada à saúde de toda a população brasileira, que inclui o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências. A RUE procura ampliar o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, com classificação de risco e intervenção adequada aos diferentes agravos, tendo em vista a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento (BRASIL, 2013).

A RUE constituiu-se em uma das ofertas indutoras para as Redes de Atenção à Saúde no SUS, que inovaram em diretrizes nacionais de regulação do acesso, gestão da clínica, arranjos de governança local, na região de saúde como unidade territorial e no financiamento federal conjunto a múltiplos pontos de atenção de determinada região daquela área, integrados em rede temática (PADILHA *et al.*, 2018).

A implementação da RUE, pactuada entre as três esferas de gestão, trouxe inovações na gestão e no cuidado no campo da urgência no SUS, em busca de organização da assistência, articulação dos diversos pontos de atenção e definição dos fluxos de referências adequados. Os componentes devem atuar de forma articulada e sinérgica, os quais envolvem

serviços e ações dos três níveis de complexidade assistencial - promoção, prevenção e vigilância à saúde; Atenção primária em Saúde; Força Nacional; Salas de estabilização; Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e atenção hospitalar (BRASIL, 2011).

No Brasil, há extensa demanda de usuários por atendimento em Serviço Hospitalar de Urgência, que em grande parte apresentam casos de baixa complexidade que poderiam ser resolvidos nas Redes Básicas de Saúde. Isso resulta em situações que comprometem a qualidade do atendimento como: trabalhadores estressados, insuficiência na estruturação da rede assistencial de saúde, taxa de ocupação desordenada, processo de trabalho fragmentado, o que torna problema de saúde pública (GUEDES *et al.*, 2015).

Em concordância com a afirmativa mencionada, Lee *et al.* (2019) apontam que a superlotação das unidades de urgência tornou-se tendência global devido existir aumento do número de pacientes que procuram o serviço hospitalar. Neste caso, é necessário o reconhecimento precoce de pacientes com doenças ou lesões com risco de vida.

Nesse cenário, as unidades hospitalares representam componente da RUE que surgiram com intuito de atender casos de alta complexidade. Esta modalidade de atendimento constitui pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme perfil demográfico e epidemiológico da população, acesso regulado, atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea (BRASIL, 2006).

## **2.2 O contexto atual da urgência e a procura por assistência em Unidades Hospitalares**

O Sistema de Saúde, no Brasil, encontra-se estruturado em três pilares de atenção à saúde: atenção primária, de média e alta complexidade. Destaca-se que deve haver participação desses níveis da atenção às urgências, respeitando-se os limites de sua complexidade e resolutividade. A população que necessitar de atendimento tem o direito de ser assistida em qualquer nível da atenção, a depender do grau de gravidade (CARVALHO, 2013).

Aliado à organização estrutural dos níveis de atenção, surgem os problemas enfrentados pelo SUS que é o “pronto atendimento” aos usuários do sistema, em virtude das portas de urgência ainda apresentarem dificuldades evidentes, em maior grau, provocadas pela imensa demanda de condições clínicas daquela situação (GONÇALVES; BIERHALS; PASKULIN, 2015).

Considera-se então que o fluxo de atendimento seja seguido de acordo com a complexidade exigida. No entanto, existem fatores como a celeridade do aumento da expectativa de vida dos brasileiros, nas últimas décadas, aliado às mudanças demográficas e à transição epidemiológica, diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, bem como o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que podem colaborar com a procura desordenada nas urgências (TAVARES; LOVATE; ANDRADE, 2018).

A transição epidemiológica, de acordo com Omran (1971), definida como mudanças complexas nos padrões de saúde e doença e nas interações entre estes, caracteriza-se pela evolução progressiva do perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro, onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas.

É amplamente reconhecido que a oferta restrita de serviços leva o público excedente a procurar atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, sendo que os pronto atendimentos e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas, de forma ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuantes sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações (FREIRE *et al.*, 2015).

No Brasil, as unidades de urgência e emergência, historicamente, são consideradas a referência para o tratamento de problemas de saúde pela população, por serem ambientes com atendimento rápido e resolutivo. Assim sendo, há compreensão equivocada da finalidade desses serviços, que é vista como alternativa para a falta de resolutividade da atenção primária (SOUSA *et al.*, 2020).

A utilização inadequada do serviço hospitalar de urgência no contexto nacional tem sido motivo de inquietação para gestores dos sistemas de saúde, profissionais e a sociedade em geral, pois o seu uso é crescente. Esse fato resulta em aumento dos custos com a saúde, que está relacionado com os gastos hospitalares, os quais concentram 70% dos gastos com saúde no Brasil (AMARANTE, 2014).

Na Espanha, nos últimos 15 anos, foram realizados investimentos consideráveis para fornecer atenção contínua em cerca de 1000 centros de atenção primária. Contudo, essas medidas foram insipientes no impacto substancial na redução da demanda por serviços de urgência (FUENTE *et al.*, 2007).

Ressalta-se ainda que a procura por atendimento na rede hospitalar justifica-se pelo aumento dos acidentes e da violência urbana, às questões socioeconômicas, à longevidade da população, associação desproporcional entre oferta e demanda de serviços, à falta de integração no sistema de saúde, assim como à falta de agilidade e de resolutividade dos serviços daquele setor. (GONÇALVES; BIERHALS; PASKULIN, 2015).

A questão da superlotação traz implicações negativas para a assistência no local, associada à falta de espaço físico, sobrecarregando a equipe e os demais serviços de apoio, além de tornar esta porta de entrada ao sistema de saúde para pacientes sem acesso à atenção primária (CATHAIN; CONNEL; COSTER, 2019).

A procura inapropriada aos serviços de urgência é considerado fenômeno contemporâneo global, com causas e consequências que ocasionam impactos sobre a gestão clínica e a qualidade assistencial. As evidências sugerem que a superlotação pode causar retardo no atendimento de pessoas com doenças agudas e aumentar a mortalidade, bem como representar ameaça aos direitos humanos tanto dos usuários, quanto dos trabalhadores (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Os hospitais de alta complexidade realizam atendimentos que não são de sua plena atribuição, absorvendo demanda de usuários que poderiam ser atendidos em outros pontos da rede. Essa lotação consome tempo, recursos humanos, equipamentos e produz gastos financeiros, os quais deveriam ser direcionados a pacientes em situações de urgência (CATHAIN; CONNEL; COSTER, 2019).

Considera-se assim que é perceptível no contexto atual a superlotação das unidades de urgência associada a quantitativo de hospitalizações e busca incessante por atendimento, a qual acredita-se ser devido à falta de atenção oportuna e devida (CATHAIN; CONNEL; COSTER, 2019).

### **2.3 Internações por condições sensíveis à atenção primária - Aspectos conceituais**

A atenção primária à saúde - APS é considerada eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), pois incorpora os princípios da Reforma Sanitária, enfatiza a reorientação do modelo assistencial e hierarquização, a partir do sistema universal integrado, de atenção à saúde (BRASIL, 2012a). A APS tem o propósito de atender as necessidades de saúde da população, em concordância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro,

considerada como a porta principal de entrada no sistema e responsável pela resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde da população (MORIMOTO; COSTA, 2017).

Apesar do termo atenção básica ser comumente utilizado no cenário nacional, foi substituído pelo termo atenção primária, sendo este criado em 1961 (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961). A Conferência de Alma Ata em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que o termo tornou-se tendência global, do qual o enfoque principal é o desenvolvimento social, econômico e constitui-se modelo principal de saúde em vigência no Brasil (OMS, 1978).

A APS é um componente importante do SUS, compreende ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Países que adotam um sistema de saúde baseado na APS apresentam resultados satisfatórios e equitativos. Além disso, destaca-se como benefícios da APS: eficiência nos serviços de saúde, redução dos gastos nessa área, como os cuidados dispensados na urgência e emergência (AMORIM *et al.*, 2017).

No Brasil, como forma de fortalecer a APS e atingir os objetivos do SUS, criou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que constitui-se como eixo ordenador de práticas da atenção primária à saúde no Brasil, como forma de garantir assistência resolutiva aos problemas de bem-estar dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirimir as hospitalizações desnecessárias (PINTO JÚNIOR *et al.*, 2018).

Para que seja possível avaliar a efetividade da APS, tem sido propostos indicadores da atividade hospitalar, permitindo a análise de aspectos da saúde da família, intitulado: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que compreende uma lista de agravos à saúde, que se tratados de forma apropriada e em tempo oportuno, reduzem o risco de hospitalização, tanto por prevenir o surgimento, quanto por manejar adequadamente a condição ou doença crônica. Ressalta-se que essa lista de critérios foi criada nos Estados Unidos em 1980 e, posteriormente utilizada no Brasil (AMORIM *et al.*, 2017).

Entende-se por condições sensíveis os agravos à saúde, cujo perfil de morbimortalidade pode ser reduzido ou modificado por atenção primária resolutiva e eficiente. Nesse sentido, para tornar possível a avaliação da qualidade da APS no Brasil, o ministério da Saúde em 2008, por meio da Portaria nº 221, estabeleceu os quadros de morbidades que devem ser atendidos de forma oportuna pela atenção primária, estruturada em grupos de causas de internação e diagnósticos: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças

pulmonares, hipertensão, angina, diabetes mellitus, infecção no rim e trato urinário, entre outros (BRASIL, 2008b).

Esse indicador abrange 19 causas de hospitalização e 74 diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID-10), agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção e magnitude dos agravos (BRASIL, 2008b).

Assim, destaca-se a relevância de subsidiar políticas que fortaleçam a atenção primária no Brasil e englobem programas direcionados aos determinantes sociais de saúde, além do constante monitoramento dos indicadores relacionados às ICSAP, o que inclui os gastos dispensados nesses procedimentos, no sentido de reduzir os atendimentos inadequados nos serviços de urgência, sua consequente superlotação e a baixa qualidade de assistência.

#### ***2.4 Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias - PAUH***

A fim de criar protocolo de adequação de urgências, estudiosos espanhóis realizaram ampla revisão da literatura, em particular, dos instrumentos e critérios concebidos para a identificação retrospectiva da adequação de urgências, internações hospitalares inapropriadas, segundo instrumentos de triagem, usados por vários autores. Salienta-se que o referido protocolo foi aplicado pelos desenvolvedores nas unidades de urgência durante a classificação de risco, por profissionais enfermeiros ou médicos. Este instrumento provou ter excelente confiabilidade intra e interobservativa (SELVA *et al.*, 1999).

Para implementação do protocolo, foi realizada revisão retrospectiva, com amostra aleatória de 1.845 prontuários de pacientes atendidos na urgência do Complexo Hospitalar de Toledo. A partir da seleção de critérios definidos nessas obras e a revisão da literatura espanhola, as versões preliminares do PAUH foram definidas. Nessas versões, foi realizado trabalho para eliminar critérios redundantes, comentários, sugestões por clínicos experientes em emergência hospitalar e atenção primária, e um número de manuais de emergência foram revistos para verificar que nenhum processo potencialmente grave permanecesse não identificado como adequado, quer fosse a partir de sintomas severos ou de tratamentos e testes diagnósticos habituais nesses casos (GÓMEZ *et al.*, 2000).

Em seguida, foi desenvolvido e validado um instrumento denominado " *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* " (PAUH), cujo objetivo foi identificar a busca inadequada aos serviços de urgência. Trata-se de instrumento construído com critérios

explícitos, que valoriza como casos inadequados aqueles cuja assistência poderia ter sido feita de forma semelhante ao hospital, mas especificamente em ponto na atenção primária ou em emergências fora daquele local. Ele se comporta de forma específica, sensível, confiável e capaz de identificar a fração mais claramente inadequada, visitas inadequadas aos serviços de urgência (GÓMEZ *et al.*, 2000).

Esse protocolo é capaz de identificar a maioria das urgências que são realmente apropriadas, mas também identifica como apropriados parte daqueles atendimentos que são oriundos de adequação, derivada exclusivamente do cumprimento dos critérios de tratamento e, acima de tudo, diagnósticos. Constitui-se de cinco seções que incluem critérios de severidade, tratamento, testes de diagnóstico, resultados e uma última seção, aplicável somente aos pacientes que vieram à urgência sem consulta de um médico (SELVA *et al.*, 1999).

De acordo com o estudo de validação do PAUH, o preenchimento de ao menos um dos critérios descritos sugere atendimento adequado ao serviço de urgência. Assim, será considerado neste estudo como inadequado o atendimento que não preencher nenhum critério do PAUH. De maneira geral, o instrumento identifica visitas claramente inadequadas, indica ainda que a utilização do protocolo se aplica apenas a pessoas com 15 anos ou mais. Vale ressaltar que o referido instrumento na Espanha, foi aplicado por enfermeiros e médicos da urgência (SELVA *et al.*, 1999).

Estudo realizado em Minas Gerais, evidenciou que 58,9% dos atendimentos foram considerados inadequados e a utilização da UPA em dia útil teve maior chance de associação com a inadequação do atendimento (IC = 1,31-2,65), a procura por encaminhamento teve menor chance de inadequação (IC = 0,11-0,64) (MACHADO *et al.*, 2015).

Logo, faz-se necessária a implementação do PAUH no Brasil, a fim de possibilitar avaliar os atendimentos em unidades hospitalares de urgência, na tentativa de reduzi-los e torná-los factíveis na atenção primária.

## **3 MÉTODO**

### **3.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de estudo do tipo metodológico, com vistas a realizar a tradução e adaptação de instrumento internacional para o português do Brasil. Os estudos metodológicos visam à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado (POLIT; BECK, 2019).

### **3.2 Permissão dos autores para a adaptação e o uso do instrumento**

A permissão para utilização do PAUH no Brasil foi solicitada ao autor, destacando-se que em documento recebido no dia 27 de maio de 2019, por via eletrônica, o pesquisador concedeu permissão para que o instrumento fosse traduzido e adaptado para uso neste país. (ANEXO A).

### **3.3 Local do estudo**

O local do estudo incluiu um hospital de urgência, referência no atendimento ao trauma, situado na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí, localizada na região Nordeste do Brasil.

O referido hospital foi inaugurado em 2008, dispõe de 368 leitos de internação e 52 de observação. Possui ainda três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e nove salas de cirurgias. Em dezembro de 2015 foi habilitado, pelo Ministério da Saúde (MS), como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia de urgência e emergência. O atendimento é realizado de acordo com as normas do Acolhimento com Classificação de Risco, dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. Essa estrutura oferece atendimento por equipe multidisciplinar nas áreas de clínica médica, ortopédica, pediátrica, neurológica, cirúrgica, queimados, uma sala para psicólogo e uma ao serviço social (TERESINA, 2018).

Devido ao objetivo do Protocolo, de classificar os atendimentos como adequados ou inadequados, segundo os profissionais de saúde enfermeiros e médicos, o setor escolhido para

realização do pré-teste do estudo foi o Pronto Atendimento, por ser esta unidade que realiza os cuidados iniciais imediatos.

O Pronto Atendimento adulto possui 124 leitos, distribuídos entre salas vermelha e verde, estabilização e dois postos de enfermagem. Conta ainda com quatro consultórios, sendo dois para atendimento clínico e dois para a Classificação de Risco, uma sala para procedimento cirúrgico de pequeno porte, uma sala de emergências pediátricas, uma sala de atendimento ortopédico de imobilização, uma sala para o Serviço Social, uma sala do Núcleo Interno de Regulação (NIR), uma sala da Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar (EMAD), uma sala de administração de medicação, um consultório oftalmológico, um consultório otorrinolaringológico (TERESINA, 2018).

### **3.4 População e amostra**

A pesquisa foi desenvolvida com três grupos de participantes: o primeiro grupo, selecionado de forma intencional, sendo formado inicialmente por dois brasileiros, com domínio no idioma espanhol, comprovado por meio de teste de proficiência, os quais realizaram a tradução do protocolo da língua espanhola para a portuguesa; Houve nesta fase, participação de uma terceira pessoa, brasileira com domínio do espanhol, para obtenção da primeira versão por consenso. Realizou-se então a retrotradução, desenvolvida por um guatemalteco e uma espanhola com amplo conhecimento do português. O segundo grupo foi formado por comitê de *experts* e o terceiro constituiu-se de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que participaram do pré-teste.

O segundo grupo é fundamental para adaptação cultural do instrumento de forma adequada e os participantes possuíam experiência e/ou conhecimento em estudos metodológicos de tradução e adaptação ou sobre a temática de urgência, assim como domínio dos idiomas envolvidos (espanhol e português), os quais foram selecionados a partir dos seus cadastros na Plataforma Lattes.

Para compor esse comitê de *experts*, foram escolhidos cinco participantes, conforme orienta Beaton *et al* (2007), sendo que a princípio foi enviado o convite para dez especialistas. O comitê foi composto por pesquisadores cadastrados na Plataforma Lattes, sendo uma pesquisadora com expertise no método, três pesquisadores que tinham experiência na temática de urgência, experiência clínica ou prática na temática e um tradutor.

Esses *experts* foram recrutados por correio eletrônico entre docentes de universidades públicas brasileiras. Participaram do estudo aqueles cinco primeiros que atenderem a, no mínimo, um dos requisitos acima citados.

O terceiro grupo de participantes do estudo foi formado por 30 profissionais de saúde entre enfermeiros e médicos, que se encontravam no plantão nas unidades de pronto atendimento do hospital de urgência, com base nas recomendações de Beaton *et al* (2007), que orienta uma amostra de 30 a 40 pessoas para realização do pré-teste. Essa etapa ocorreu nos meses de agosto a novembro de 2020, em sala reservada nas dependências do Hospital de Urgência de Teresina-PI. A escolha do local foi norteadada por se tratar de hospital de referência em urgência e possuir características equivalentes à amostra utilizada para a formulação do protocolo original.

A amostragem de cada categoria profissional foi realizada conforme Fávero *et al*, (2009), com base na técnica da amostragem probabilística estratificada proporcional, utilizando a seguinte equação 01:

$$ni = \frac{Ni}{N} n$$

Em que:

$ni$  = tamanho da amostra da categoria profissional;

$Ni$  = tamanho da população da categoria profissional;

$N$  = tamanho da população total;

$n$  = tamanho da amostra total.

O resultado do cálculo da amostra é demonstrado no Quadro 1, a seguir:

**Quadro 1** – Cálculo amostral para realização do pré-teste. Teresina, 2020

Hospital de Urgência de Teresina – HUT	Quantitativo de Enfermeiros e Médicos- Pronto atendimento	Amostra Seleccionada
- Enfermeiros	77	21
- Médicos	36	09
Total	113	30

**Fonte:** Elaborada pela autora 2020

A amostra foi recrutada por meio de arrolamento de amostragem não-probabilística, por conveniência, representada pelos profissionais de saúde que realizaram o pré-teste,

observando os critérios de inclusão pré-definidos. A amostragem não-probabilística é a seleção em que a amostra depende do julgamento do pesquisador. Há escolha deliberada dos elementos para compor a amostra e mecanismos não aleatórios de seleção (POLIT; BECK, 2019).

### **3.5 Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão para compor o comitê de *experts* foram:

- 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;

Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde foram:

- Ser graduado em medicina ou enfermagem;
- Estar em exercício profissional em tempo mínimo de seis meses;
- Encontrar-se em serviço no hospital de alta complexidade;

Os critérios de exclusão foram:

- Para o comitê de *experts* foi o não preenchimento completo do formulário e instrumento de avaliação;
- No caso de enfermeiros e médicos, aqueles que estivessem de férias ou afastados durante o período de coleta de dados.

### **3.6 Processo de tradução e adaptação do *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias-PAUH***

Para tradução e adaptação do instrumento que avalia o uso inadequado dos serviços de urgências, foi enviada carta por meio de correio eletrônico para o autor do instrumento (APÊNDICE A) e envio anexo do Protocolo original (ANEXO B). Na carta solicitou-se o consentimento e manifestou-se o desejo de traduzir e adaptar o protocolo para o Brasil,

elaborou-se também documento que detalhou a sistemática de tradução e adaptação do protocolo (APÊNDICE B).

Para realização do processo foi utilizado o modelo proposto por Beaton *et al* (2007) pela clareza e facilidade de aplicação, que inclui seis etapas, a saber: tradução, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê de *experts*, pré-teste e submissão da versão aos autores do Protocolo (Figura 1). Essas etapas serão detalhadas a seguir:

**Figura 1-** Etapas seguidas na condução deste estudo de acordo com Beaton *et al.* (2007). Teresina, 2020

<b>Etapa 1 - Tradução</b>	<b>Etapa 2 - Síntese das traduções</b>	<b>Etapa 3 - Retrotradução</b>
Consistiu na tradução da versão do PAUH para a língua alvo por dois tradutores independentes bilíngues, resultando desta forma em duas versões.	Desenvolveu-se a síntese dos resultados das traduções, pelos tradutores e uma terceira pessoa obtendo-se a primeira versão de consenso.	Ocorreu a tradução para a língua de origem da versão obtida na primeira etapa.
<b>Etapa 4 - Revisão pelo comitê de <i>experts</i></b>	<b>Etapa 5 - Pré-teste</b>	<b>Etapa 6 - Versão final</b>
Realizou-se a avaliação por comitê de juízes das versões T1; T2; T12; RT1; RT2 e versão original do PAUH para análise das equivalências: semântica, idiomática, experimental e conceitual. Com a obtenção da versão brasileira pré-final do PAUH.	Aplicou-se pré-teste da versão brasileira pré-final em um grupo de 30 profissionais de saúde (enfermeiros e médicos).	Apresentou-se a versão final do PAUH para os autores do instrumento.

**Fonte:** Elaborada pela autora 2020.

O processo de adaptação cultural foi iniciado com a tradução do PAUH (ANEXO B). Nesta fase, necessitou-se de dois tradutores independentes bilíngues, nativos no idioma-alvo, que produziram um relatório escrito da tradução que fizeram. Os comentários foram incluídos para destacar frases desafiadoras ou incertezas, juntamente com a lógica para as escolhas finais (BEATON *et al.*, 2007).

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, bem como era leigo na área do estudo avaliado (tradutor “ingênuo ou “cego”) (BEATON *et al.*, 2007).

Os dois tradutores eram bilíngues, com fluência no espanhol, idioma que o instrumento PAUH foi criado, e tinham como língua nativa o português brasileiro, idioma para o qual foi traduzido o instrumento. Traduções para a língua materna, ou a primeira língua do tradutor, são mais propensas a refletir com precisão as nuances dessa língua (HENDRICSON *et al.*, 1989).

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.

Para que fosse possível produzir a síntese das duas traduções, uma terceira pessoa foi adicionada à equipe, cujo objetivo foi a solução de discrepâncias. O papel dessa pessoa foi mediar as discussões de diferenças de tradução e produzir relatório do processo. Trabalhou-se a partir do instrumento original, bem como a primeira versão do Tradutor (T1) e o segundo tradutor (T2), sendo então produzida uma síntese dessas traduções, o que resultou em tradução comum (T-12).

A versão síntese do instrumento traduzido (T12) foi submetida à *backtranslation* (tradução reversa), objetivando garantir que cada item da versão no idioma alvo refletisse com precisão o conteúdo dos itens da versão original (BEATON *et al.*, 2007).

A avaliação pelo grupo de *experts* utilizou um consolidado baseado no instrumento original, em cada item, nas instruções, opções de resposta e pontuação do instrumento, assim como as traduções, síntese e retrotraduções. Dessa forma foi enviado ao grupo de *experts*, um formulário eletrônico construído na plataforma Google Forms, que incluiu:

- Uma carta convite (APÊNDICE C);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE D);
- Formulário de caracterização dos *experts*, com dez questões, que abordou identificação, formação profissional e atuação na área de emergência e tradução/ adaptação de instrumentos (APÊNDICE E). Este, elaborado pela autora do trabalho;
- Instrumento para a análise de equivalências, construído pela autora do estudo (APÊNDICE F);
- Versão original do PAUH (ANEXO B);
- As duas traduções, a síntese das traduções em português e as duas retrotraduções.

O comitê de *experts* realizou avaliação criteriosa para manutenção das equivalências conceitual, semântica, cultural e idiomática, definidas por Beaton *et al.* (2007), como:

1. Equivalência Semântica: refere-se à correspondência do significado das palavras; baseia-se na avaliação gramatical e do vocabulário, isto é, as palavras possuem os mesmos significados? Visto que, muitas palavras de um idioma podem não possuir tradução adequada para outro idioma;
2. Equivalência Idiomática: refere-se ao uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas; e podem ser sugeridas palavras, termos ou expressões idiomáticas equivalentes;
3. Equivalência Cultural ou Experiencial: as situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural; além de utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população à qual se destina;
4. Equivalência Conceitual: representa a coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir. Palavras, frases ou expressões podem ter equivalência semântica e serem conceitualmente diferentes. Os conceitos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população do Brasil.

Cada reunião do comitê de especialistas durou duas horas e meia, nas quais foram analisadas as versões de traduções e retrotraduções, com intuito de elaborar a versão do instrumento. A princípio, na reunião foi discutido sobre os itens de instrução do instrumento, os participantes do comitê de *experts*, analisaram o material e realizaram, individualmente, o julgamento proposto. Após a resposta de todos os *experts*, as sugestões foram reunidas pela autora desse estudo.

Participaram da reunião quatro *experts*, por meio do aplicativo Google meet, além da pesquisadora principal e da orientadora, vale destacar, que ocorreram duas reuniões previamente agendadas e gravadas para chegar a um consenso. Houve um participante (tradutor que conhecia os objetivos da pesquisa) do comitê que não foi possível estar na reunião, no entanto, foi enviado todo o material via e-mail e recebido aprovação. Após avaliação dos participantes do estudo, todas as discrepâncias foram solucionadas e resultou na versão pré - final brasileira do PAUH (BEATON *et al.*, 2007).

Cabe salientar que, os instrumentos utilizados para o comitê de *experts* foram enviados aos participantes no mês de junho de 2020, junto com o compilado do protocolo de adaptação cultural com as devidas instruções. Foi solicitado que todos os participantes, previamente à reunião, avaliassem todos os instrumentos. Para essa etapa, a escala de equivalência foi realizada, utilizando-se a seguinte numeração: 0 - Indefinido, -1 não equivalente e 1 equivalente (LANDIS; KOCK, 1977).

**Quadro 2** – Escala de análise das equivalências. Teresina, 2020

Escala de Equivalência	
Não equivale	-1
Indefinido	0
Equivale	+1

**Fonte:** Elaborado pela autora 2020.

Após essa etapa, estabeleceu-se a versão para aplicação do pré-teste (PAUH), direcionados aos médicos e enfermeiros.

O pré-teste foi a penúltima etapa do processo de adaptação cultural, no qual foi utilizada a versão pré-final do PAUH, sua aplicação foi destinada a 30 profissionais de saúde, entre enfermeiros e médicos do pronto atendimento. O acesso aos profissionais de saúde se deu por meio de visitas ao hospital de alta complexidade, em que enfermeiros e médicos que estivessem de plantão nessas unidades hospitalares, de acordo com a disponibilidade desses serviços, foram abordados pela pesquisadora em sala privada para a explicação dos procedimentos da pesquisa e aplicação da versão pré-final do PAUH. Nesse momento, aqueles que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G), preencheram o formulário de caracterização (APÊNDICE E), na sequência avaliaram o protocolo pré-final. No formulário do protocolo pré-final houve espaço para registro de dúvidas, comentários e sugestões dos profissionais em relação ao documento.

Esta penúltima fase abordou teste do instrumento com os enfermeiros e médicos participantes, a partir da definição dos objetivos do estudo. Isto para investigar o que eles entendem que significa cada item do instrumento e suas respostas. A distribuição das respostas foi examinada para procurar uma proporção de itens em falta ou respostas individuais.

Nesta etapa, a condução ocorreu da seguinte maneira: semanalmente eram realizadas visitas no setor de pronto atendimento do hospital para abordagem aos profissionais de saúde que potencialmente se enquadrassem nos critérios de inclusão do estudo. Nesse momento, para que não houvesse interferências do ambiente externo, em sala reservada era repassado de forma detalhada os objetivos da pesquisa aos profissionais de saúde que preenchessem os critérios de elegibilidade e concordassem em participar da pesquisa.

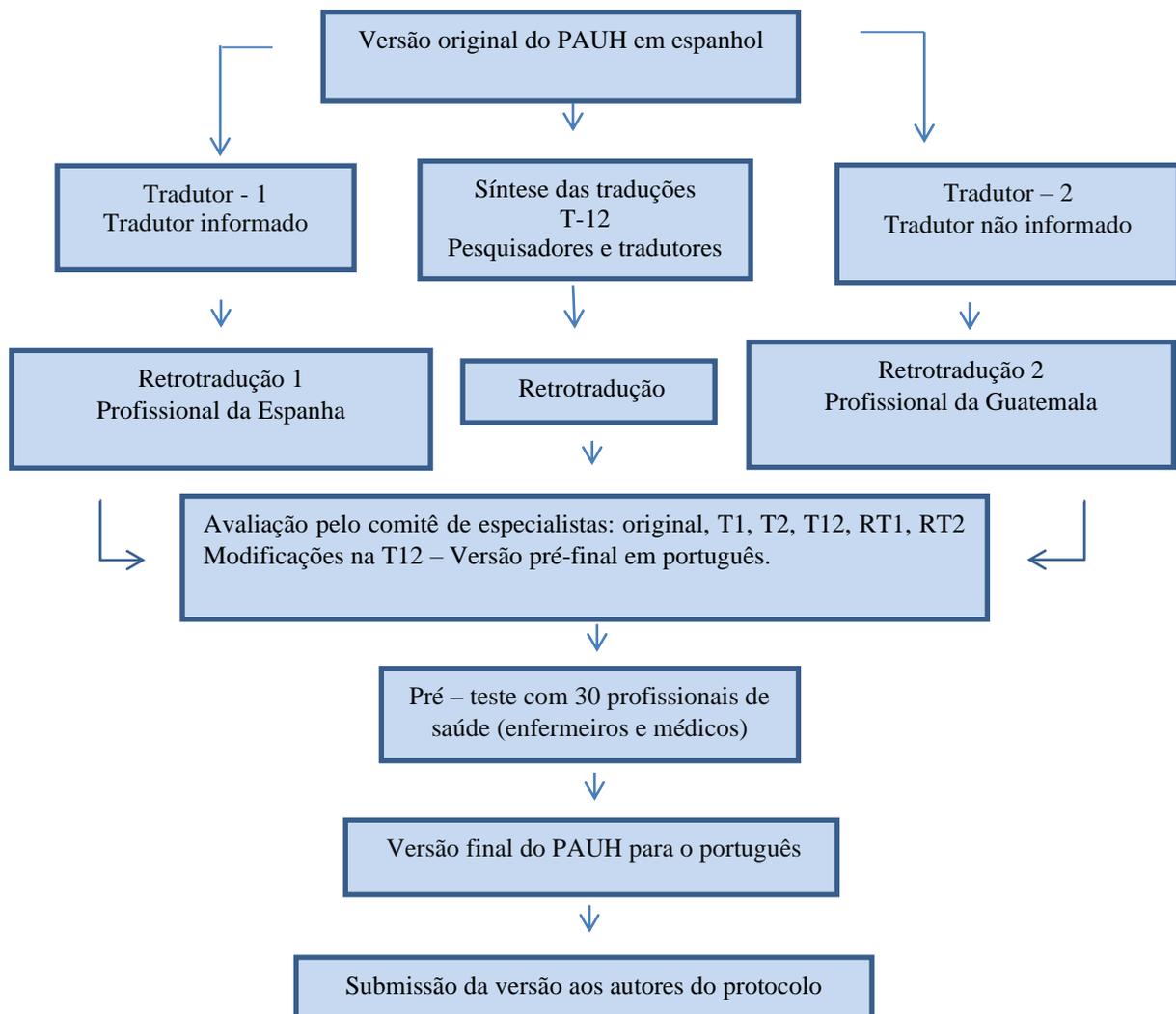
Destaca-se que durante esta fase, em virtude da pandemia COVID-19, adotou-se medidas de proteção individual com utilização dos seguintes equipamentos: avental, óculos de

proteção, protetor facial, luvas de procedimento, máscara N95, gorro, galocha, propés e saco leitoso para descarte de infectante.

A última etapa correspondeu ao encaminhamento de todos os documentos e relatórios dos procedimentos realizados para os autores do instrumento para aprovação do processo de tradução e adaptação cultural do PAUH para uso no Brasil. Ressalta-se que o processo de tradução cultural seguiu rigorosamente o modelo proposto por Beaton *et al.*, (2007).

A Figura 2 apresenta as etapas seguidas no processo de tradução e adaptação cultural do Protocolo para o Brasil.

**Figura 2-** Etapas do processo de tradução e adaptação do PAUH para o Brasil. Teresina, 2020



**Legenda:** *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias*

### 3.7 Apresentação do PAUH

Ao considerar a classificação de pacientes urgentes e não urgentes como ferramenta relevante para guiar profissionais de saúde e dada a necessidade de protocolos confiáveis, é que conduziu-se este estudo, com base em Selva *et al*, que construíram em 1999, na Espanha, instrumento denominado - PAUH.

O PAUH foi criado com a finalidade de identificar se a busca por atendimento de urgência pelo paciente é de forma apropriada ou inapropriada. De acordo com os autores originais do instrumento, um dos motivos para o desenvolvimento do PAUH, foi a superutilização do serviço hospitalar na Espanha (SELVA *et al.*, 1999).

O protocolo é composto por cinco critérios que são utilizados para pacientes referenciados por um médico ou por demanda espontânea (ANEXO B).

**Critérios de gravidade:** critérios (1.1 a 1.8) respondem à avaliação foco, acima de tudo, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio eletrolítico, gases) e na perda súbita de funcionalidade de qualquer órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegia, etc.).

**Critérios de tratamento:** o segundo bloco de critérios (2.1 a 2.4) baseia-se na realização de tratamentos relacionados, com ou cuja realização na atenção primária pode ser difícil em alguns momentos. Além de procedimentos de sala de cirurgia, a administração de oxigênio de qualquer fármaco, através de vias intravenosa e fluidos, quando indicado para qualquer outro fim.

**Critérios de intensidade diagnóstica:** este bloco (3.1 a 3.4) com base na realização de testes de diagnóstico em emergências, que é necessário fazer diagnóstico rápido. Ao utilizar esses critérios (por pacientes e critérios de tratamento) assume a necessidade de realizar este atendimento urgente. Ou seja, se o serviço de urgência hospitalar solicitou teste radiológico urgente, é porque o paciente foi considerado para exigí-lo para a sua avaliação diagnóstica, presume-se que o médico da atenção primária direcionou adequadamente para a emergência.

**Outros critérios:** considerada uma série de critérios (4.1 a 4.2) como a admissão de paciente ou sua estada prolongada na sala de emergência.

**Critérios aplicáveis apenas aos doentes que vêm espontaneamente:** para a suposição de pacientes espontâneos, desenvolveu-se um conjunto de critérios (5.1 a 5.8), que justificaria visita de emergência sem a necessidade da atenção primária prévia. Além de

qualquer um dos critérios, foram consideradas determinadas situações (sintomas que sugerem risco de experiência de doentes crônicos, indicações anteriores de médicos, acidentes, dentre outros) que, como regra geral, justificaria um paciente que viria às emergências hospitalares.

Para ambos os doentes, derivados de médico (secção 4,9) e para aqueles por demanda espontânea (ponto 5,9), a possibilidade de aplicar critérios subjetivos e ser especificado para uma avaliação mais aprofundada. A observância de um critério único de qualquer secção identificaria a visita de emergência, embora os casos que não cumpram os critérios seriam considerados inadequados. Se for paciente encaminhado por um médico (critérios 4,3), mas que não atende a nenhum outro critério seria referido como "derivação inadequada".

### **3.8 Análise dos dados**

Para os resultados da avaliação qualitativa dos *experts* na adaptação cultural, foram avaliados descritivamente, verificando o nível de concordância entre os juízes, conforme as avaliações. Em seguida, realizou-se análise quantitativa, segundo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), os itens foram considerados válidos quando alcançaram porcentagem de concordância entre os experts, de 0,8 ou 80% ou superior que fornece evidência satisfatória para validade do conteúdo (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015).

Utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach na análise da confiabilidade (consistência interna), considerando o valor  $\alpha \geq 0,70$  como o mínimo aceitável para a confiabilidade, o valor máximo esperado é 0,90. São preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (STREINER, 2003).

Na etapa do pré-teste realizou-se caracterização sociodemográfica dos participantes. Os dados resultantes do pré-teste foram analisados, utilizando-se o coeficiente de concordância de Kendall (W), para validação de face que é definida como medida de correlação não – paramétrica, utilizada para medir a concordância a partir de uma variável ordinal. Esse coeficiente pode assumir valores que acima de 0,30 são considerados níveis de associação aceitáveis (JANSEN *et al.*, 2019).

No formulário entregue aos enfermeiros e médicos que decidiram participar da pesquisa, continha espaços a serem marcados de acordo com as dimensões que cada item do instrumento se enquadravam no entendimento dos participantes, a partir disso, foi realizado o coeficiente de concordância de Kendall (W). Vale mencionar que todos os testes estatísticos,

tanto para o comitê de *experts*, quanto no pré-teste, foram realizados por profissional estatístico.

### **3.9 Aspectos Éticos e Legais**

O presente projeto foi submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí-UFPI (APÊNDICE I), sendo aprovado com o parecer 4.218.774 (ANEXO D), atendendo às exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa com Seres Humanos e seguindo as diretrizes da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Todos os participantes, *experts*, enfermeiros e médicos foram informados sobre o objetivo do estudo e assinaram o TCLE (APÊNDICES D e G). Ao final, a primeira via do TCLE ficou de posse da pesquisadora e a segunda, com o entrevistado.

Além disso, foi garantido o anonimato e liberdade para participar do estudo ou dele desistir em qualquer momento e também que a pesquisa não lhes acarretaria nenhum prejuízo.

### **3.10 Riscos e benefícios**

A pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes (profissionais médicos e enfermeiros), como sentirem-se desconfortáveis e exaustos em responder as questões do instrumento PAUH. No entanto, a aplicação do formulário foi conduzida em ambiente e horário adequados, as dúvidas foram esclarecidas, e reafirmado o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas.

No que se refere à equipe de *experts*, o risco foi relacionado ao desgaste mental pelo rigoroso processo metodológico. Entretanto, as reuniões foram previamente agendadas. Os pesquisadores conduziram a harmonia do desenvolvimento da pesquisa com planejamento e organização, ao atender os prazos previamente estabelecidos no cronograma, o que evitou sobrecarga no desenvolvimento das atividades.

Espera-se que o estudo possa contribuir para melhoria dos atendimentos de urgência direcionados à população, pois o protocolo foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira, com intuito de ser instrumento útil e direcionado para o contexto da urgência. Além disso, a publicação da pesquisa, em revistas indexadas de enfermagem, auxiliará na área da gestão em saúde e enfermagem.

## 4 RESULTADOS

As características sociodemográficas dos profissionais de saúde que participaram do estudo na etapa do pré - teste são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1-** Distribuição no número de enfermeiros e médicos participantes do estudo segundo características sociodemográficas (n=30). Teresina, 2020

	Média±Dp	n	%
<b>Profissional</b>			
Médico		9	30,0
Enfermeiro		21	70,0
<b>Sexo</b>			
Masculino		13	43,3
Feminino		17	56,7
<b>Idade</b>	33 ± 4,75		
<b>Faixa etária</b>			
25-30		9	30,0
31-35		10	33,3
36-43		11	36,7
<b>Estado civil</b>			
Solteiro		14	46,7
Casado		13	43,3
Divorciado		1	3,3
União estável		2	6,7
<b>Formação</b>			
Especialização		24	80,0
Mestrado		6	20,0
<b>Tempo de experiência profissional</b>			
Menos de 1 ano		2	6,7
1 a 5 anos		8	26,7
6 a 10 anos		13	43,3
Mais de 10 anos		7	23,3
<b>Renda mensal</b>			
Até 3 salários-mínimos		2	6,7
3 a 10 salários-mínimos		16	53,3
Acima de 10 salários-mínimos		12	40,0

Dp= Desvio padrão.

A amostra foi composta por 30 profissionais de saúde, de forma que predominou a categoria de enfermeiros (21-70%), se sobressaíram os do gênero feminino (21-56,7%), a média de idade dos participantes foi de 33 anos (dp=4,75), com faixa etária entre de 25 a 43 anos. Os profissionais de saúde, na maioria, eram solteiros (14 - 46,7%). No tocante à

formação, houve predomínio do título de especialista (24-80%), possuíam entre 6 a 10 anos de experiência profissional (13-43,3%) e relataram ter renda de 3 a 10 salários mínimos (16-43,3%).

A seguir, são apresentadas as seis etapas desenvolvidas no estudo, segundo recomendações de Beaton *et al.* (2007).

### **Etapa 1- Tradução:**

Neste estudo participaram como tradutores: uma letróloga, brasileira, com pós-graduação em tradução brasileira, ciente dos objetivos/tema do estudo, trouxe contribuições acerca do léxico de palavras utilizadas, o que tornou a leitura do instrumento traduzido PAUH coesa e concisa, a outra tradutora também é letróloga, brasileira, esta, diferentemente da tradutora anterior, não foi informada acerca do construto abordado pelo instrumento ou do objetivo da tradução. Ambos os tradutores foram do sexo feminino e possuíam proficiência avançada nos idiomas.

As duas versões traduzidas (T1 e T2), não demonstraram grandes diferenças. Observou-se que a versão T2, produzida pelo tradutor “ingênuo” foi mais literal e formal que a tradução T1, elaborada pelo tradutor “clínico”. Isso pode ser explicado pelo fato de que, o T2 embora não foi informado dos objetivos do estudo, tem experiências em tradução no âmbito da área da saúde e familiaridade com os termos do protocolo.

Ao término das traduções, a pesquisadora enviou através de correio eletrônico os dois documentos para os tradutores, a fim de serem realizados análise, bem como o instrumento original (T1 e T2) e foi solicitado a devolutiva.

### **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 (BEATON *et al.*, 2007).

A proposta inicial da síntese das traduções foi então enviada, através de correio eletrônico, para avaliação dos dois tradutores iniciais, com as devidas orientações. Após avaliação, as divergências de traduções foram solucionadas. Dessa forma, após concordância

entre os tradutores foi possível estabelecer a versão síntese definitiva do instrumento em português (T12), procurando-se manter o sentido do instrumento original e levando em consideração neste processo tanto a população a qual o instrumento será aplicado quanto a aplicabilidade ao contexto brasileiro. Entende-se que os diferentes perfis dos tradutores contribuíram para o enriquecimento do processo de adaptação.

A literatura aborda a relevância da utilização de estratégia de revisão conjunta das versões do instrumento realizada pelos tradutores e as pesquisadoras (BEATON *et al.*, 2007). Na versão síntese, considerou-se o entendimento não apenas dos profissionais que tinham conhecimento do tema (tradutor 1 e pesquisadora), bem como de uma pessoa leiga quanto aos conceitos investigados no instrumento (tradutor 2), e assim acredita-se que houve ganho da versão produzida nesta etapa.

Logo, a síntese das traduções mostrou-se coerente, foi possível obter tradução direcionada para a população local, que manteve a equivalência entre os significados das palavras nas versões original e traduzida. Abaixo, o quadro 3 reúne as versões original, T1, T2 e versão síntese das traduções iniciais (T12) do instrumento PAUH.

**Quadro 3** -Versão original, Traduções e síntese das traduções do instrumento PAUH para o contexto brasileiro. Teresina, 2020

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH).	<p>T1 - <b>Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH)</b></p> <p>T2 - <b>PAUH – Protocolo de Adequação de Emergências Hospitalares</b></p>	<b>Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH)</b>
El Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH; tabla 1) esta constituida por 5 apartados que incluyen criterios de gravedad, tratamiento, pruebas diagnósticas, resultados y un último apartado aplicable sólo a pacientes que acudieron al SUH sin ser derivados por un médico.	<p>T1- O <b>Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH; tabela 1)</b> está constituído por 5 itens que incluem critérios de gravidade, tratamento, exames diagnósticos, resultados e <b>um último item aplicável apenas a pacientes que compareceram ao serviço de urgências sem ser encaminhados por um médico.</b></p> <p>T2 O <b>Protocolo de Adequação de Emergências Hospitalares (PAEH; tabela 1)</b> é composto por 5 seções que incluem critérios de gravidade, tratamento, testes diagnósticos, resultados e, <b>na última seção, aplicável apenas a pacientes que recorreram aos serviços de emergências hospitalares (SEH) sem serem encaminhados por um médico.</b></p>	O <b>Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH; tabela 1)</b> está constituído por 5 seções que incluem critérios de gravidade, tratamento, exames diagnósticos, resultados e <b>uma última seção aplicável apenas a pacientes que compareceram ao serviço de urgências sem serem encaminhados por um médico.</b>
Los criterios 1.1 a 1.8 responden a la valoración de gravedad y se centran, sobre todo, en la estabilidad de los sistemas fisiológicos (pulso, presión, temperatura, equilibrio electrolítico, gases) y en la perdida brusca de funcionalidad de algún órgano o sistema (incluyendo fracturas, hemiplejías, etc.).	<p>T1- <b>Os critérios 1.1 a 1.8 respondem à análise da gravidade</b> e faz ênfase, especialmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio eletrolítico, gases) e na perda brusca de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, paralisias, etc.).</p> <p>T2- <b>Os critérios 1.1 a 1.8 respondem à avaliação da gravidade</b> e concentram-se, principalmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gases) e na perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.).</p>	<b>Os critérios 1.1 a 1.8 respondem à avaliação da gravidade</b> e concentram-se, principalmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gases) e na perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.).
El segundo bloque de criterios (2.1 al 2.4) se basa en la realización en urgencias de tratamientos que se relacionan con la gravedad o cuya realización en atención primaria -aun no imposible- puede ser dificultosa en algunos momentos. Además de los procedimientos realizados en quirófano y la puesta de yesos, se incluye la administración de oxígeno, de cualquier fármaco por vía intravenosa y de fluidos cuando se	<p>T1- <b>O segundo bloco de critérios (2.1 a 2.4) é baseado na realização no serviço de urgências de tratamentos relacionados com a gravidade ou cuja realização no primeiro atendimento -ainda não impossível- pode ser dificultosa</b> em alguns momentos. Além dos procedimentos realizados na sala de cirurgia e a colocação de gesso, inclui-se a administração de oxigênio, de qualquer fármaco por via intravenosa ou de fluidos quando indicados com qualquer finalidade que não seja manter uma via de forma preventiva.</p> <p>T2- <b>O segundo bloco de critérios (2.1 a 2.4) é baseado na realização de tratamentos de emergência relativos à gravidade ou cuja realização na atenção básica – apesar de não ser impossível – pode ser difícil</b> em algumas ocasiões. Além dos procedimentos realizados na sala de cirurgia e da colocação de emplastos, a</p>	<b>O segundo bloco de critérios (2.1 a 2.4) é baseado na realização no serviço de urgências de tratamentos relacionados com a gravidade ou cuja realização em atenção primária -apesar de não ser impossível- pode ser difícil</b> em alguns momentos. Além dos procedimentos realizados na sala de cirurgia e a colocação de gesso, inclui-se a administração de oxigênio, de qualquer fármaco por via intravenosa e de fluidos quando indicados com qualquer finalidade que não seja a manutenção de uma via de forma preventiva.

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
<p>indican con cualquier finalidad que no sea el mantener una vía de forma preventiva.</p>	<p>inclui-se a administração de oxigênio, de qualquer droga intravenosa e de líquidos, quando indicada para qualquer outra finalidade que não seja a manutenção de uma rota preventiva.</p>	
<p>El tercer bloque de criterios (3.1 a 3.4) se fundamenta en la realización de pruebas diagnósticas en urgencias que orientan hacia la necesidad de hacer un diagnóstico rápido. Al emplear estos criterios (al igual que los criterios de tratamiento) los facultativos de urgencias hospitalarias asumen la necesidad de realizar tales procesos de forma urgente y, por tanto, se evalúa la adecuación frente a las actuaciones reales en urgencias y no frente a un estándar ideal de lo que debería haberse hecho. Esto es, si en el SUH se ha solicitado una prueba radiológica o de laboratorio urgente porque se consideró que el paciente la requería para su evaluación diagnóstica, se presume que el médico de atención primaria derivó de forma adecuada a urgencias. Se intentó eliminar las pruebas disponibles usualmente en atención primaria y aquellas que pueden considerarse rutinarias en algunos tipos de pacientes.</p>	<p>T1- <b>O terceiro bloco de critério (3.1 a 3.4) se fundamenta na realização de exames de diagnóstico no serviço de urgências que orientam à necessidade de fazer um diagnóstico rápido.</b> No uso destes critérios (igual que os critérios de tratamento), os facultativos de urgências hospitalares assumem a necessidade de realizar tais processos de forma urgente e, portanto, avalia-se a adequação perante situações reais em urgências e não perante um padrão ideal daquilo que deveria ter sido feito. Ou seja, se em urgências foi solicitado um exame radiológico ou de laboratório urgente porque foi considerado que o paciente assim o precisava para a sua avaliação diagnóstica, presume-se que o médico do primeiro atendimento agiu de forma adequada às urgências. Tentou eliminar os exames disponíveis usualmente no primeiro atendimento e aqueles que podem ser considerados de rotina em alguns tipos de pacientes.</p> <p>T2- <b>O terceiro bloco de critérios (3.1 a 3.4) baseia-se na realização de testes de diagnóstico em emergências que orientam acerca da necessidade de um diagnóstico rápido.</b> Ao usar esses critérios (assim como os critérios de tratamento), os médicos de emergências hospitalares assumem a necessidade de conduzir esses processos com urgência e, portanto, avalia-se a adequação em relação às ações reais em emergências, e não em relação a padrão ideal do que deveria ter sido feito. Ou seja, se um exame radiológico ou laboratorial de emergência tiver sido solicitado no SEH, por considerar-se que o paciente o exigia para sua avaliação diagnóstica, presume-se que o médico da atenção básica o encaminhou adequadamente ao setor de emergência. Objetivou-se eliminar os testes comumente disponíveis na atenção básica e aqueles que podem ser considerados rotineiros em alguns tipos de pacientes.</p>	<p><b>O terceiro bloco de critérios (3.1 a 3.4) se fundamenta na realização de exames de diagnóstico no serviço de urgências que orientam acerca da necessidade de fazer um diagnóstico rápido.</b> Ao usar esses critérios (assim como os critérios de tratamento), os profissionais de urgências hospitalares assumem a necessidade de realizar tais processos de forma urgente e, portanto, avalia-se a adequação em relação as situações reais em urgências e não em relação a um padrão ideal do que deveria ter sido feito. Ou seja, se em urgências foi solicitado um exame radiológico ou de laboratório urgente porque foi considerado que o paciente assim o precisava para a sua avaliação diagnóstica, presume-se que o médico da atenção primária agiu de forma adequada às urgências. Tentou-se eliminar os exames disponíveis usualmente na atenção primária e aqueles que podem ser considerados de rotina em alguns tipos de pacientes.</p>
<p>También se consideraron una serie de criterios (4.1 a 4.2) que sugieren adecuación de la derivación como el ingreso del paciente o una estancia prolongada en urgencias.</p>	<p>T1- Também foram considerados uma série de critérios (4.1 a 4.2) <b>que sugerem adequação da derivação</b> como a internação do paciente ou uma estadia prolongada em urgências.</p> <p>T2- Além disso, considerou-se uma série de <b>critérios (4.1 a 4.2) que sugerem a adequação do encaminhamento</b>, como a admissão do paciente ou uma permanência</p>	<p>Também foram considerados uma série de critérios (4.1 a 4.2) <b>que sugerem adequação do encaminhamento</b> como a admissão do paciente ou uma permanência prolongada em urgências.</p>

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
<p>Para el supuesto de pacientes espontáneos, se desarrollaron una serie de criterios (5.1 a 5.8) que justificarían la visita a urgencias sin necesidad de una visita previa en atención primaria. Además de considerar cualquiera de los criterios previos se consideraron determinadas situaciones (síntomas que sugieren riesgo vital, experiencia de pacientes crónicos, indicaciones previas de médicos, accidentes, etc.) que, como norma general, justificarían que un paciente acudiera a urgencias hospitalarias.</p>	<p>prolongada no pronto-socorro.</p> <p>T1- <b>No caso de pacientes espontâneos, foram desenvolvidos uma série de critérios (5.1 a 5.8) que justificariam a visita a urgências sem necessidade de uma consulta prévia em atendimento primário.</b> Além de considerar qualquer um dos critérios prévios, foram consideradas determinadas situações (sintomas sugestivos de risco vital, experiência de pacientes crônicos, indicações prévias de médicos, acidentes, etc.) que, como norma geral, justificaria que um paciente comparecesse ao serviço de urgências hospitalares.</p> <p>T2- <b>No caso de pacientes espontâneos, desenvolveu-se uma série de critérios (5,1 a 5,8) que justificariam a visita ao setor de emergência sem a necessidade de uma visita prévia à atenção básica.</b> Além de considerar qualquer um dos critérios anteriores, foram consideradas determinadas situações (sintomas que sugerem risco de vida, experiência de pacientes crônicos, indicações prévias de médicos, acidentes, etc.), que, como regra geral, justificariam o fato de um paciente recorrer às emergências hospitalares.</p>	<p><b>No caso de pacientes espontâneos, foram desenvolvidos uma série de critérios (5.1 a 5.8) que justificariam a visita ao Serviço de urgências sem necessidade de uma consulta prévia em atenção primária.</b> Além de considerar qualquer um dos critérios prévios, foram consideradas determinadas situações (sintomas sugestivos de risco de vida, experiência de pacientes crônicos, indicações prévias de médicos, acidentes, etc.) que, como norma geral, justificariam que um paciente comparecesse ao serviço de urgências hospitalares.</p>
<p>Tanto para los pacientes derivados por un médico (apartado 4.9) como para los espontáneos (apartado 5.9) se admite la posibilidad de empleo de criterios subjetivos que deben especificarse para su valoración posterior.</p>	<p>T1- Tanto para os pacientes encaminhados por um médico (item 4.9) como para os espontâneos (item 5.9), admite-se a possibilidade de uso de critérios subjetivos que devem ser especificados para a sua posterior análise.</p> <p>T2- Tanto para pacientes encaminhados por um médico (seção 4.9) quanto para pacientes espontâneos (seção 5.9), admite-se a possibilidade da utilização de critérios subjetivos que devem ser especificados para avaliação posterior.</p>	<p>Tanto para os pacientes encaminhados por um médico (seção 4.9) como para os espontâneos (seção 5.9), admite-se a possibilidade de uso de critérios subjetivos que devem ser especificados para a sua avaliação posterior.</p>
<p>El cumplimiento de un solo criterio de cualquier apartado identificaría la visita en urgencias como adecuada, mientras que aquellos casos que no cumplieran ningún criterio de considerarían inadecuados.</p>	<p>T1- <b>O cumprimento de apenas um critério de qualquer item, identificaria o comparecimento ao serviço de urgências como adequado,</b> enquanto aqueles casos que não cumpriram nenhum critério se considerariam inadequados.</p> <p>T2- <b>O cumprimento de um único critério de qualquer seção identificaria a visita ao setor de emergência como adequada,</b> enquanto os casos que não atendessem a nenhum critério seriam considerados inadequados.</p>	<p><b>O cumprimento um único critério de qualquer seção, identificaria o comparecimento ao serviço de urgências como adequado,</b> enquanto aqueles casos que não cumpriram nenhum critério seriam considerados inadequados.</p>
<p>Con este diseño final, se preveía que el PAUH sería capaz de identificar como adecuadas la gran mayoría de las urgencias que realmente fueran</p>	<p>T1- Com este esboço final, previu-se que o PAUH seria capaz de identificar como adequadas a grande maioria das urgências que realmente foram adequadas, mesmo que também identificaria como adequadas parte das que são inadequadas, especialmente quando o critério de adequação deriva exclusivamente do</p>	<p>Com este desenho final, previu-se que o PAUH seria capaz de identificar como adequadas a grande maioria das urgências que realmente foram adequadas, embora também identificaria como adequadas parte das que são inadequadas,</p>

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
<p>adecuadas, aunque también identificaría como tales parte de las que son inadecuadas, especialmente cuando el criterio de adecuación deriva exclusivamente del cumplimiento de criterios de tratamiento y, sobre todo, diagnósticos. En cierto modo, el PAUH identifica visitas claramente inadecuadas.</p>	<p>cumprimento de critérios de tratamento, e, especialmente, diagnósticos. De certa forma, o PAUH identifica comparecimentos claramente inadequados.</p> <p>T2- Com esse desenho final, previa-se que a PAEH fosse capaz de identificar como adequada a grande maioria das emergências que eram realmente adequadas, embora também identificasse parte daquelas que são inadequadas como tais, especialmente quando o critério de adequação decorre exclusivamente do cumprimento de critérios de tratamento e, sobretudo, diagnósticos. De certa forma, o PAEH identifica visitas claramente inadequadas.</p>	<p>especialmente quando o critério de adequação deriva exclusivamente do cumprimento de critérios de tratamento, e, sobretudo, diagnósticos. De certa forma, o PAUH identifica comparecimentos claramente inadequados.</p>
<p>El PAUH se complemento con una lista de posibles causas de visita inapropiada (tabla 2), construida también a partir de la revisión de la literatura y sugerencias de clínicos, que pretendía ser lo mas extensa y detallada posible, y cuyo objeto es asignar causas de inadecuación a partir de la valoración subjetiva del médico de urgencias en revisiones concurrentes. Como en el caso del PAUH, se utilizan criterios para pacientes derivados por un médico y espontáneos, y se admite la posibilidad de emplear otros si son especificados.</p>	<p>T1- O PAUH foi complementado com uma lista de possíveis causas de comparecimento inapropriado (tabela 2), construída também a partir da revisão da literatura e sugestões de clínicos, que pretendia ser o mais extensa e detalhada possível, e cujo objetivo é determinar causas de inadequação a partir da análise subjetiva do médico de urgências em checgens concorrentes. Como no caso do PAUH, utilizam-se critérios para pacientes encaminhados por um médico e espontâneos, e se admite a possibilidade de usar outros, desde que especificados.</p> <p>T2- O PAEH foi complementado por uma lista de possíveis causas de visitação inadequada (Tabela 2), também construída a partir de uma revisão de literatura e sugestões de médicos, que pretendia da forma mais extensa e detalhada possível, e cujo objetivo é atribuir causas de inadequação a partir da avaliação subjetiva do médico de emergências em análises simultâneas. Como no caso do PAEH, utilizam-se critérios para pacientes encaminhados por um médico e espontâneos, além de admitir-se a possibilidade do uso de outros, se forem especificados.</p>	<p>O PAUH foi complementado com uma lista de possíveis causas de comparecimento inadequado (tabela 2), construída também a partir da revisão da literatura e sugestões de clínicos, que pretendia ser o mais extensa e detalhada possível, e cujo objetivo é determinar causas de inadequação a partir da avaliação subjetiva do médico de urgências em análise simultânea. Como no caso do PAUH, utilizam-se critérios para pacientes encaminhados por um médico e espontâneos, e se admite a possibilidade do uso de outros, se forem especificados.</p>
<p><b>TABLA 1. PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (PAUH)</b></p>	<p><b>T1- TABLA 1. PROTOCOLO DE ADECUACION DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (PAUH)</b></p> <p><b>T2- TABELA 1. PROTOCOLO DE ADEQUAÇÃO DE URGENCIAS HOSPITALARES (PAUH)</b></p>	<p><b>TABELA 1. PROTOCOLO DE ADEQUAÇÃO DE URGENCIAS HOSPITALARES (PAUH)</b></p>
<p><b>1. CRITERIOS DE GRAVEDAD</b></p>	<p><b>T1- 1. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE</b></p> <p><b>T2- 1. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE</b></p>	<p><b>1. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE</b></p>

Continuação...

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
1.1 Perda de consciência, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente)	T1- 1.1 Perda de consciência, desorientação, coma, insensibilidade (brusca ou muito recente)  T2- 1.1 Perda de consciência, desorientação, coma, insensibilidade (repentina ou muito recente)	1.1 Perda de consciência, desorientação, coma, perda sensitiva (repentina ou muito recente)
1.2 Perda brusca de vision o audicion	T1- 1.2 Perda brusca da visão ou audição  T2- 1.2 Perda súbita de visão ou audição	1.2 Perda repentina da visão ou audição
1.3 Alteraciones pulso (<50/ >140 pulsaciones/ minute) y arritmia	T1- 1.3 Alterações pulso (<50/ >140 pulsações/ minuto) e arritmia  T2- 1.3 Alterações no pulso (<50/> 140 pulsações/minuto) e arritmias	1.3 Alterações no pulso (<50/> 140 pulsações/minuto) e arritmias
1.4 Alteración presión arterial (sistólica: < 90/ > 200 mmhg: diastólica: <60/ > 120mmhg)	T1-1.4 Alteração pressão arterial (sistólica: < 90/ > 200 mmhg: diastólica: <60/ > 120mmhg)  T2- 1.4 Alteração da pressão arterial (sistólica:<90/>200 mmHg; diastólica: <60 />120 mmHg)	1.4 Alteração da pressão arterial (sistólica:<90/>200 mmHg; diastólica: <60 />120 mmHg)
1.5 Alteraciones de electrolitos o gases sanguinios (no considerar en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria crónica, etc).	T1- 1.5 Alterações de eletrólitos ou gases sanguíneos (não considerar em pacientes com alterações crônicas destes parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.  T2- 1.5 Alterações nos eletrólitos ou gases sanguíneos (não é considerado em pacientes com alterações crônicas nesses parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.)	1.5 Alterações de eletrólitos ou gases sanguíneos (não considerar em pacientes com alterações crônicas destes parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.
1.6 Fiebre persistente (5 dias) no controlada con tratamiento en atención primaria.	T1- 1.6 Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento em atendimento primário.  T2- 1.6 Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento na atenção básica	1.6 Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento em atendimento primário.
1.7 Hemorragia actia ( hematemesis, epíxtasis, melenas, etc.) Excluye heridas superficiales que solo requieren sutura	T1- 1.7 Hemorragia ativa (hematêmeses, epistaxes, melenas, etc.) Ficam excluídos ferimentos superficiais que só precisem de sutura.  T2- 1.7 Sangramento ativo (hematêmeses, epistaxe, melenas, etc.). Excluem-se feridas superficiais que exigem apenas sutura	1.7 Hemorragia ativa (hematêmeses, epistaxe, melena, etc.). Excluem-se feridas superficiais que precisem apenas de sutura.
1.8 Perda brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del	T1- 1.8 Perda brusca da capacidade funcional de qualquer parte do corpo	1.8 Perda repentina da capacidade funcional de qualquer parte do corpo

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
cuerpo	T2- 1.8 Perda repentina da capacidade funcional de qualquer parte do corpo	
<b>2. CRITERIOS DE TRATAMIENTO</b>	<b>T1- 2. CRITÉRIOS DE TRATAMENTO</b> <b>T2- . 2 CRITÉRIOS DE TRATAMENTO</b>	<b>2. CRITÉRIOS DE TRATAMENTO</b>
2.2 Administración de oxígeno	T1- 2.2 Administração de oxigênio  T2- 2.2 Administração de oxigênio	2.2 Administração de oxigênio
2.3 Colocación de yesos ( excluye vendajes)	T1- 2.3 Colocação de gesso (exceto vendas)  T2- 2.3 Colocação de emplastos (excluindo-se curativos)	2.3 Colocação de gesso (exceto bandagem)
2.4 Intervención/procedimento realizado en quirófano	T1- 2.4 Intervenção/procedimento realizado em sala de cirurgia  T2- 2.4 Intervenção / procedimento realizado na sala de cirurgia	2.4 Intervenção / procedimento realizado na sala de cirurgia
<b>3. CRITERIOS DE INTENSIDAD DIAGNÓSTICA</b>	<b>T1-3. CRITÉRIOS DE INTENSIDADE DIAGNÓSTICA</b> <b>T2- 3. CRITÉRIOS DE INTENSIDADE DIAGNÓSTICA</b>	<b>3. CRITÉRIOS DE INTENSIDADE DIAGNÓSTICA</b>
3.1 Monitorización de signos vitais o toma de constantes cada 2 horas	T1- 3.1 Monitoramento de sinais vitais ou aferição de sinais vitais a cada 2 horas  T2- 3.1 Monitoramento dos sinais vitais ou indicadores constantes pelo menos a cada 2 horas	3.1 Monitoramento de sinais vitais ou aferição de sinais vitais a cada 2 horas
3.2 Radiología de cualquier tipo	T1- 3.2 Radiologia de qualquer tipo  T2- 3.2 Radiologia de qualquer tipo	3.2 Radiologia de qualquer tipo
3.3 Pruebas de laboratorio( excepto glucemia en diabéticos que acuden por motivos no relacionados con la diabetes y pruebas de glucemia en tira seca)	T1- 3.3 Exames laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos que comparecem por motivos não relacionados com diabetes e exames de tira de glicemia)  T2- 3.3 Exames laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos que comparecem por motivos não relacionados ao diabetes e exames de glicose no sangue em tira seca).	3.3 Exames laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos que comparecem por motivos não relacionados com diabetes e exames de fita de glicemia)
3.4 Electrocardiograma (excepto cardiopatía crónica que acude por problemas no relacionados cardiopatía)	T1- 3.4 Eletrocardiograma (exceto cardiopatía crónica que comparecem por problemas não relacionados a cardiopatía)  T2- 3.4 Eletrocardiograma (exceto doenças cardíacas crónicas decorrentes de problemas cardíacos não relacionados)	3.4 Eletrocardiograma (exceto doenças cardíacas crónicas decorrentes de problemas cardíacos não relacionados)

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
<b>4 OTROS CRITERIOS</b>	<b>T1-4 OUTROS CRITÉRIOS</b> <b>T2- 4 OUTROS CRITÉRIOS</b>	<b>4. OUTROS CRITÉRIOS</b>
4.1 El paciente está más de 12 horas en observación en el SUH	T1- 4.1 O paciente está em observação por mais de 12 horas no SEH T2- 4.1 O paciente está em observação por mais de 12 horas no SEH	4.1 O paciente está há mais de 12 horas em observação no serviço hospitalar de urgências
4.2 El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro hospital	T1- 4.2 O paciente ingressa ao hospital ou é transferido a outro hospital T2- 4.2 O paciente é internado no hospital ou transferido para outro hospital	4.2 O paciente é internado no hospital ou transferido para outro hospital
4.3 El paciente fallece en el SUH	T1- 4.3 O paciente falece no serviço hospitalar de urgências T2- 4.3 O paciente vem a óbito no SEH	4.3 O paciente vem a óbito no SEH
4.9 Otros en paciente derivado por un medico ( especificar)	T1- 4.9 Outros em paciente derivado por um médico (especificar) T2- 4.9 Outros em pacientes encaminhados por um médico (especificar)	4.9 Outros em pacientes encaminhados por um médico (especificar)
<b>5 CRITERIOS APLICABLES SÓLO A PACIENTES QUE ACUDEN ESPONTÁNEAMENTE</b>	<b>T1- 5 CRITÉRIOS APLICÁVEIS SOMENTE A PACIENTES QUE COMPARECEM ESPONTANEAMENTE</b> <b>T2- 5 CRITÉRIOS APLICÁVEIS SOMENTE A PACIENTES QUE COMPARECEM ESPONTANEAMENTE</b>	<b>5 CRITÉRIOS APLICÁVEIS SOMENTE A PACIENTES QUE COMPARECEM ESPONTANEAMENTE</b>
5.1 Proviene de un accidente (trafico, laboral, en lugar public,...) y hay que evaluar al paciente	T1- 5.1 Vem de um acidente (tráfego, de trabalho, em lugar público) e é preciso avaliar o paciente T2- 5.1 Decorre de um acidente (trânsito, trabalho, local público, ...) e o paciente deve ser avaliado	5.1 Decorre de um acidente (trânsito, trabalho, local público, ...) e o paciente deve ser avaliado
5.2 Sintamos que sugieren urgencia vital: dolor torácico, disnea instauracion rápida, tiraje, dolor abdominal agudo	T1- 5.2 Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, falta de ar súbita, tiragem, dor aguda abdominal T2- 5.2 Sintomas que sugerem emergência vital: dor torácica, dispneia com início rápido, tiragem, dor abdominal aguda	5.2 Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, dispneia com início rápido, tiragem, dor abdominal aguda
5.3 Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso	T1- 5.3 Quadro conhecido pelo paciente e que habitualmente requer ingresso ao hospital T2- 5.3 Quadro conhecido pelo paciente e que geralmente requer internação	5.3 Quadro conhecido pelo paciente e que geralmente requer internação

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
5.4 Al paciente le ha dicho un medico que acuda a urgencias si se presenta el sintoma	T1- 5.4 O paciente foi orientado por um médico para ir à emergência caso apresentar o sintoma T2- 5.4 O paciente foi informado por um médico para comparecer ao setor de emergência se o sintoma se apresentar	5.4 O paciente foi orientado por um médico para ir à emergência caso apresentar o sintoma
5.5 Requiere atención medica primaria con rapidez y el hospital es el centro más cercano	T1- 5.5 Precisa de atendimento médico primário com rapidez e o hospital é o centro mais próximo  T2- 5.5 Requer rapidamente atenção médica básica e o hospital é a unidade mais próxima	5.5 Precisa de atendimento médico primário com rapidez e o hospital é a unidade mais próxima
5.9 Otros en pacientes espontáneos (especificar)	T1 – 5.9 Outros em pacientes espontâneos (especificar)  T2- 5.9 Outros em pacientes espontâneos (especificar)	5.9 Outros em pacientes espontâneos (especificar)
SUH: Servicio de urgencias hospitalario	T1- SUH- Serviço hospitalar de urgências  T2- SEH: serviços de emergências hospitalares	Serviço hospitalar de urgência
<b>TABLA 2. CAUSAS DE UTILIZACIÓN INAPROPIADA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS</b>	<b>T1- TABELA 2. CAUSAS DE UTILIZAÇÃO INAPROPRIADA DE URGÊNCIAS HOSPITALARES</b>  <b>T2- TABELA 2. CAUSAS DA UTILIZAÇÃO INADEQUADA DE EMERGÊNCIAS HOSPITALARES</b>	<b>TABELA 2. CAUSAS DE UTILIZAÇÃO INAPROPRIADA DE URGÊNCIAS HOSPITALARES</b>
<b>PACIENTES DERIVADOS POR UN MÉDICO</b>	<b>T1- PACIENTES DERIVADOS POR UM MÉDICO</b>  <b>T2- PACIENTES ENCAMINHADOS POR UM MÉDICO</b>	<b>PACIENTES ENCAMINHADOS POR UM MÉDICO</b>
1. No es una urgencia. No requiere atención inmediata	T1- 1. Não é uma urgência. Não requer atendimento imediato.  T2- 1. Não é uma urgência. Não requer cuidados imediatos	1. Não é uma urgência. Não requer atendimento imediato.
1.2 El paciente requiere atención inmediata, pero resoluble fuera del hospital.	T1- 1.2 O paciente requer atendimento imediato, mas pode ser resolvido fora do hospital  T2- 1.2 O paciente requer cuidados imediatos, mas solucionáveis fora do hospital	1.2 O paciente requer atendimento imediato, mas pode ser resolvido fora do hospital
1.3 Remitido desde consulta externa para agilizar el diagnostic	T1- 1.3 Enviado desde consulta externa para agilizar o diagnóstico  T2- 1.3 Encaminhado a partir de Consulta Externa para agilizar o diagnóstico	1.3 Encaminhado a partir de Consulta Externa para agilizar o diagnóstico
1.4 Remitido por error	T1- 1.4 Enviado por engano	1.4 Encaminhado por engano

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
	T2- 1.4 Encaminhado por engano	
1.9 outros especificar	T1- 1.9 Outros (especificar) T2- 1.9 Outros: especificar	1.9 Outros (especificar)
<b>PACIENTES ESPONTÂNEOS</b>	T1- <b>PACIENTES ESPONTÂNEOS</b> T2- <b>PACIENTES ESPONTÂNEOS</b>	<b>PACIENTES ESPONTÂNEOS</b>
<b>2 Demora excessiva em outro dispositivo assistencial:</b>	T1- 2 <b>Demora excessiva em outro dispositivo assistencial:</b> T2- 2 <b>Demora excessiva em outro dispositivo assistencial</b>	<b>2. Demora excessiva em outro dispositivo assistencial:</b>
2.1 -Lista de espera quirúrgica	T1- 2.1 -Lista de espera cirúrgica T2- 2.1 Lista de espera cirúrgica	2.1 Lista de espera cirúrgica
2.2 -Lista de espera de consulta externa hospitalaria	T1- 2.2 -Lista de espera de consulta externa hospitalar T2- 2.2 Lista de espera para consulta hospitalar externa	2.2 Lista de espera para consulta hospitalar externa
2.3 Consulta externa hospitalaria (demora entre visitas)	T1- 2.3 -Consulta externa hospitalar (demora entre visitas) T2- 2.3 Consulta hospitalar externa (atraso entre as visitas)	2.3 Consulta hospitalar externa (atraso entre as visitas)
2.4 -Consulta de especialista de zona	T1- 2.4 - Consulta de especialista local T2- 2.4 - Consulta de especialistas da região	2.4 Consulta de especialista local
2.5 -Consulta en atención primaria (cita previa)	T1- 2.5 - Consulta em atendimento primário (consulta prévia) T2- 2.5 Consulta na atenção básica (marcação prévia)	2.5 Consulta em atendimento primário (consulta prévia)
2.6 -Pruebas diagnósticas solicitadas por atención primaria o especialista de zona	T1- 2.6 -Exames de diagnóstico solicitados por atendimento primário ou especialista local T2- 2.6 Testes diagnósticos solicitados pela atenção básica ou especialista da região	2.6 Exames de diagnóstico solicitados por atendimento primário ou especialista local
2.7 -Pruebas diagnósticas solicitadas por el hospital	T1- 2.7 -Exames de diagnóstico solicitados pelo hospital T2- 2.7 Testes diagnósticos solicitados pelo hospital	2.7 Exames de diagnóstico solicitados pelo hospital
2.9 -Otros: especificar	T1- 2.9 -Otros: especificar T2- 2.9 Outros: especificar	2.9 Outros: especificar

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
<b>3 Fallo en la atención continuada</b>	<b>T1- 3 Falha no atendimento continuado</b> <b>T2- 3 Falha no atendimento médico</b>	<b>3.Falha no atendimento continuado</b>
3.1-La consulta del medico general ha finalizado	T1- 3.1 -A consulta do médico geral finalizou T2- 3.1 A consulta do clínico geral foi finalizada	3.1 A consulta do clínico geral foi finalizada
3.2 -Demora en visita a domicilio de atención primaria	T1- 3.2 -Demora em visita em domicílio de atendimento primário T2- 3.2 Atraso na visita domiciliar na atenção básica	3.2 Demora em visita domiciliar de atendimento primário
3.3 -Demora en visita a domicilio del Servicio de Urgencias	T1- 3.3 - Demora em visita em domicílio do serviço de urgências T2- 3.3- Atraso na visita domiciliar do serviço de emergência	3.3 Demora em visita domiciliar do serviço de urgências
3.4 –Imposibilidad de contactar con el centro de salud	T1- 3.4 –Imposibilidade de contactar com o centro de saúde T2- 3.4 - Impossibilidade de entrar em contato com o centro de saúde	3.4 Impossibilidade de entrar em contato com a unidade de saúde
3.5 -Imposibilidad de contactar con Servicio de Urgencias	T1- 3.5 - Impossibilidade de contactar com o serviço de urgências T2- 3.5 Impossibilidade de entrar em contato com o Serviço de Emergências	3.5 Impossibilidade de entrar em contato com o Serviço de urgência
3.9 -Otros: Especificar	T1- 3.9 -Outros: especificar T2- 3.9 Outros: especificar	3.9 Outros: especificar
<b>4 El paciente no conoce como utilizar el dispositivo asistencial</b>	<b>T1- 4 O paciente não sabe como utilizar o dispositivo assistencial</b> <b>T2- 4 O paciente não sabe como usar o dispositivo assistencial</b>	<b>4 O paciente não sabe como utilizar o dispositivo assistencial</b>
4.1 No tiene medico de cabecera asignado	T1- 4.1 -Não tem médico de família designado T2- 4.1 Não tem médico de família atribuído	4.1 Não tem médico de família designado
4.2 -No conoce la localización/ teléfono de su medico de cabecera	T1- 4.2 -Não sabe o endereço/telefone do seu médico de família T2- 4.2- Não sabe o local/número de telefone do seu médico de família	4.2 Não sabe o endereço/telefone do seu médico de família
4.3 -No conoce la existencia/ localización/ teléfono/ del servicio de urgencias	T1- 4.3 -Não tem conhecimento da existência/localização/telefone do serviço de urgências T2- 4.3 Não sabe a existência/localização/telefone do Serviço de Emergências	4.3 Não tem conhecimento da existência/localização/telefone do serviço de urgências

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
4.9 -Otros: especificar	T1- 4.9 -Outros: especificar T2- 4.9 - Outros: especificar	4.9Outros: especificar
<b>5 Mayor confianza en el hospital o desconfianza en el dispositivo de atención primaria</b>	<b>T1- Maior confiança no hospital ou desconfiança no dispositivo de atendimento primário</b> <b>T2- 5 Maior confiança no hospital ou desconfiança no dispositivo de atenção básica</b>	<b>5Maior confiança no hospital ou desconfiança no dispositivo de atendimento primário</b>
5.1 -Ha acudido al medico de cabecera y <no se fia>	T1- 5.1 -Foi ao seu médico de família, mas não confia nele T2- 5.1 Recorreu ao médico de família e “não confia”	5.1 Foi ao seu médico de família, mas não confia nele
5.2 - Ha acudido al Servicio de urgencias y , no se fia>	T1- 5.2 -Foi ao serviço de urgências, mas não confia nele T2- 5.2 Recorreu ao Serviço de Emergências e “não confia”	5.2 Foi ao serviço de urgências, mas não confia nele
5.3 Acudió directamente a urgencias hospitalares	T1- 5.3 -Compareceu diretamente ao serviço de urgências hospitalares T2- 5.3 Recorreu diretamente às Emergências Hospitalares	5.3 Compareceu diretamente ao serviço de urgências hospitalares
5.4 - Tiene historia abierta en el hospital y cree que sera major atendido	T1- 5.4 -Tem histórico médico aberto no hospital e acredita que será melhor atendido T2- 5.4 - Possui um prontuário aberto no hospital e acredita que será melhor atendido	5.4 Possui um prontuário aberto no hospital e acredita que será melhor atendido
5.9 -Otros- especificar	T1- 5.9 -Outros (especificar) T2- 5.9 Outros: especificar	5.9 Outros (especificar)
<b>6 Comodidad y problemas del paciente o su entorno:</b>	<b>T1- 6 Conforto e problemas do paciente ou ao seu redor</b> <b>T2- 6 Conforto e problemas do paciente ou de seu ambiente</b>	<b>6 Conforto e problemas do paciente ou de seu ambiente</b>
6.1 Vive cerca / No pierde horas trabajo/ atención rápida/ mas cómodo/...	T1- 6.1 -Mora perto / Não perde horas de trabalho/atendimento rápido/mais confortável T2- 6.1 Mora próximo/ Não perde horas de trabalho/atendimento rápido/mais confortável	6.1 Mora próximo/ Não perde horas de trabalho/atendimento rápido/mais confortável
6.2 - Problemas del paciente: CI bajo, hipocondríaco, simulador...	T1- 6.2 - Problemas do paciente: QI baixo, hipocondríaco, simulador... T2- 6.2 Problemas do paciente: doença mental, hipocondria, simulador	6.2 Problemas do paciente: doença mental, hipocondria, simulador
6.3 - Búsqueda de una exploración (	T1- 6.3 - Busca por um exame (radiologia, análise)	6.3 Procura por uma avaliação (radiologia, analítica, ...)

Continuação...

Versão original	Tradução 1 / 2 (T1 e T2)	Síntese das traduções (T12)
radiología,analítica...)	T2- 6.3 - Procura por uma avaliação (radiologia, analítica, ...)	
6.4 -La familia quiere ingresar al	T1- 6.4 - -A família quer ingressar o paciente T2- 6.4 A família quer internar o paciente	6.4 A família quer internar o paciente
6.5 -Requerimiento de una autoridad pública: policia, juez...	T1-6.5 -Solicitação de uma autoridade pública: polícia, juiz... T2- 6.5 Solicitação de uma autoridade pública: polícia, juiz, ...	6.5 Solicitação de uma autoridade pública: polícia, juiz
6.9 - Otros : especificar	T1- 6.9 - Outros: especificar T2- 6.9 - Outros: especificar	6.9 Outros: especificar
9 -Otros: especificar	T1- 9 - Outros: especificar T2- 9 - Outros: especificar	9 Outros: especificar

**Fonte:** Elaborada pela autora 2020.

### **Etapa 3- Retrotradução:**

Nesta etapa, foram realizadas duas retrotraduções para o idioma de origem. Esse processo é de verificação de validade, a fim de certificar-se de que a versão traduzida reflete com precisão o conteúdo do item da versão original. Os tradutores tinham como língua nativa o idioma de origem do instrumento (espanhol). Essa etapa permitiu a verificação da precisão da tradução e a eliminação de erros.

Essas duas retrotraduções foram realizadas por outros dois tradutores, e que desconheciam a versão original do instrumento, bem como não possuíam conhecimento sobre a temática e objetivos da tradução. As principais razões para isso são evitar viés de informação e suscitar significados inesperados dos itens no instrumento traduzido, o que pode aumentar a probabilidade de "destacar as imperfeições" (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON,1993).

Para a execução desta etapa, participaram da pesquisa uma estudante, nativa da Espanha e um engenheiro agrônomo nativo da Guatemala. Inicialmente estabeleceu-se contato por meio de correio eletrônico para solicitação da retrotradução.

Cabe salientar que os retrotradutores não possuíam qualquer formação ou aproximação com temáticas referentes à urgência e emergência, não tiveram acesso à versão original do instrumento e não foram informados sobre os conceitos abordados, conforme estabelecido por Beaton *et al.* (2007). Ao término desta etapa, obtiveram-se duas versões retrotraduzidas independentes: RT1 e RT2.

Todavia, evidenciou-se que as duas retrotraduções demonstraram estar correlacionadas com a versão original do protocolo, explicitando a versão síntese como representativa semanticamente da original. Abaixo, o quadro 3 reúne as versões original, retrotradução 1 e 2.

**Quadro 4-** Versão original, retrotradução 1 e 2 do PAUH. Teresina, 2020

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH)	<b>RT1- Protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias (PAUH)</b> <b>RT2- PAEH – Protocolo de Adecuación de Emergencia Hospitalaria</b>
El Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH; tabla 1) esta constituida por 5 apartados que incluyen criterios de gravedad, tratamiento, pruebas diagnósticas, resultados y un último apartado aplicable sólo a pacientes que acudieron al SUH sin ser derivados por un médico.	<b>RT1</b> -El protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias (PAUH; tabla 1) está constituido por 5 secciones que incluyen criterios de gravedad, tratamiento, exámenes de diagnóstico (exámenes diagnósticos), resultados y una última sección aplicable sólo (unicamente) a pacientes que se presentaron en el servicio de urgencias sin que los hubiese derivado um médico.  <b>RT2- El Protocolo de Adecuación de Emergencia Hospitalaria (PAUH, tabla 1) está constituida por 5 secciones que incluyen criterios de gravedad, tratamiento, exámenes, diagnósticos, resultados y una última sección aplicable apenas a pacientes que se presentan a la unidad de emergencias sin ser referidos por un médico.</b>
Los criterios 1.1 a 1.8 responden a la valoración de gravedad y se centran, sobre todo, en la estabilidad de los sistemas fisiológicos (pulso, presión, temperatura, equilibrio electrolítico, gases) y en la perdida brusca de funcionalidad de algún órgano o sistema (incluyendo fracturas, hemiplejías, etc.).	<b>RT1- Los criterios 1.1 a 1.8 responden a la evaluación de la gravedad y se concentran, principalmente, en la estabilidad de los sistemas fisiológicos (pulso, presión, temperatura, equilibrio de electrolitos, gases) y en la pérdida repentina de funcionalidad (de la función) de algún órgano o sistema (incluyendo fracturas, hemiplejias, etc.)</b> <b>RT2- Los criterios 1.1 a 1.8 responden a la evaluación de gravedad y se centran, principalmente, en la estabilidad de los sistemas fisiológicos (pulso, presión, temperatura, equilibrio de electrolitos, gases) y en la pérdida repentina de funcionalidad de algún órgano o sistema (incluyendo fracturas y hemiplejia, entre otros).</b>
El segundo bloque de criterios (2.1 al 2.4) se basa en la realización en urgencias de tratamientos que se relacionan con la gravedad o cuya realización en atención primaria -aun no imposible- puede ser dificultosa en algunos momentos. Además de los procedimientos realizados en quirófano y la puesta de yesos, se incluye la administración de oxígeno, de cualquier fármaco por vía intravenosa y de fluidos cuando se indican con cualquier finalidad que no sea el mantener una vía de forma preventiva. qualquer droga intravenosa e de líquidos, quando indicada para qualquer outra finalidade que não seja a manutenção de uma rota preventiva.	<b>RT1- El segundo bloque de criterios (2.1 a 2.4) está basado en la realización en el servicio de urgencias de tratamientos relacionados con la gravedad o cuya realización en atención primaria – a pesar de no ser imposible- puede ser difícil en algunos momentos. Además de los procedimientos realizados en la sala de cirugía y la colocación de la escayola, se incluye la administración de oxígeno, de cualquier fármaco por vía intravenosa y de fluidos (líquidos) cuando estén indicados para (con) cualquier fin (finalidad) que no sea el mantenimiento de una vía de forma preventiva.</b>

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
	<p>RT2- <b>El segundo grupo de criterios (2.1 a 2.4) está basado en el desempeño en el departamento de emergencias de los tratamientos relacionados con la gravedad o cuyo desempeño en atención primaria –a pesar de no ser imposible- puede ser difícil</b> en algunos momentos. Además de los procedimientos realizados en el quirófano y la colocación de yeso, incluyéndose la administración de oxígeno, de cualquier medicamento por vía intravenosa y de fluidos, cuando se indique para que se indique para cualquier propósito que no sea el mantenimiento de una vía de forma preventiva.</p>
<p>El tercer bloque de criterios (3.1 a 3.4) se fundamenta en la realización de pruebas diagnósticas en urgencias que orientan hacia la necesidad de hacer un diagnóstico rápido. Al emplear estos criterios (al igual que los criterios de tratamiento) los facultativos de urgencias hospitalarias asumen la necesidad de realizar tales procesos de forma urgente y, por tanto, se evalúa la adecuación frente a las actuaciones reales en urgencias y no frente a un estándar ideal de lo que debería haberse hecho. Esto es, si en el SUH se ha solicitado una prueba radiológica o de laboratorio urgente porque se consideró que el paciente la requería para su evaluación diagnóstica, se presume que el médico de atención primaria derivó de forma adecuada a urgencias. Se intentó eliminar las pruebas disponibles usualmente en atención primaria y aquellas que pueden considerarse rutinarias en algunos tipos de pacientes.</p>	<p>RT1- <b>El tercer bloque de criterios (3.1 a 3.4) se fundamenta en la realización de exámenes de diagnóstico en el servicio de urgencias que orientan acerca de la necesidad de hacer un diagnóstico rápido. Al usar estos criterios (así como los criterios de tratamiento), los profesionales de urgencias hospitalarias asumen la necesidad de realizar tales procesos de forma urgente y, por tanto, se evalúa la adecuación (idoneidad) en relación a las/a situaciones reales en urgencias y no en relación a un patrón ideal de lo que debería haberse hecho. O sea, si en urgencias se solicitó un examen radiológico o de laboratorio urgente porque se consideró que el paciente así lo precisaba para su evaluación diagnóstica, se presume (entende) que el médico de atención primaria reaccionó de forma adecuada a las urgencias (..primaria actuó de forma adecuada con respecto a las urgencias). Se intentaron eliminar los exámenes disponibles usualmente en la atención primaria y aquellos que pueden considerarse (ser considerados) de rutina en algunos tipos de pacientes.</b></p> <p>RT2- <b>El tercer grupo de criterios (3.1 a 3.4) se fundamenta en la realización de diagnóstico en la unidad de emergencias que proporcionan orientación acerca de la necesidad de realizar un diagnóstico rápido.</b> En el uso de esos criterios (así como los criterios de tratamiento) los profesionales de emergencias hospitalarias asumen la necesidad de llevar a cabo dichos procesos con urgencia y, por lo tanto, la idoneidad se evalúa con base en las situaciones real en emergencia y no con relación a un estándar ideal de lo que debería haberse hecho. Es decir, si fueron solicitados exámenes radiológicos o de laboratorio, con carácter de urgente, porque se consideró que el paciente lo necesitaba para su evaluación diagnóstica, se presume que el médico de</p>

Continuação...

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
	atención primaria actuó de forma adecuada a la emergencia. Se intentó eliminar las pruebas usualmente disponibles en atención primaria y aquellas que pueden ser considerados de rutina en algunos tipos de pacientes.
También se consideraron una serie de criterios (4.1 a 4.2) que sugieren adecuación de la derivación como el ingreso del paciente o una estancia prolongada en urgencias.	<p>RT1- <b>También se consideraron una serie de criterios (4.1 a 4.2) que sugieren que la derivación es adecuada como la admisión del paciente o una permanencia prolongada en urgencias.</b></p> <p>RT2- También fueron considerados una serie de criterios (4.1 a 4.2) que sugiere la idoneidad de la referencia como la admisión del paciente o una permanencia prolongada en emergencia.</p>
Para el supuesto de pacientes espontáneos, se desarrollaron una serie de criterios (5.1 a 5.8) que justificarían la visita a urgencias sin necesidad de una visita previa en atención primaria. Además de considerar cualquiera de los criterios previos se consideraron determinadas situaciones (síntomas que sugieren riesgo vital, experiencia de pacientes crónicos, indicaciones previas de médicos, accidentes, etc.) que, como norma general, justificarían que un paciente acudiera a urgencias hospitalarias.	<p>RT1- <b>En el caso de pacientes espontáneos, se desarrollaron una serie de criterios (5.1 a 5.8) que justificarían la visita al servicio de urgencias sin necesidad de una consulta previa en atención primaria. Además de considerar cualquiera de los criterios, se consideraron (fueron consideradas) determinadas situaciones (síntomas que sugieren riesgo de vida, experiencia de (con?) pacientes crónicos, indicaciones previas de los médicos, accidentes, etc.) que, como norma general, justificarían que un paciente se presentase en el servicio de urgencias hospitalarias.</b></p> <p>RT2- <b>En el caso de pacientes espontáneos, fueron desarrollados una serie de criterios (5.1 a 5.8) que justificarían la visita a la unidad de emergencias sin la necesidad de una consulta previa en atención primaria.</b> Además de considerar cualquiera de los criterios anteriores, fueron consideradas determinados escenarios (síntomas que sugieren riesgos de vida, experiencia de paciente crónicos, citas médicas previas, accidentes, entre otros) que, como norma general, justificaría que un paciente acuda a la unidad de emergencias hospitalarias.</p>
Tanto para los pacientes derivados por un médico (apartado 4.9) como para los espontáneos (apartado 5.9) se admite la posibilidad de empleo de criterios subjetivos que deben especificarse para su valoración posterior.	<p>RT1- <b>Tanto para los pacientes derivados por un médico (sección 4.9) como para los espontáneos (sección 5.9), se admite la posibilidad de uso de criterios subjetivos que deben especificarse para su evaluación posterior.</b></p> <p>RT2- Tanto para los pacientes referidos por un médico (sección 4.9) como para los espontáneos (sección 5.9) se admite la posibilidad de uso de criterios subjetivos que deben ser especificados para su evaluación posterior.</p>

Continuação...

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
<p>El cumplimiento de un solo criterio de cualquier apartado identificaría la visita en urgencias como adecuada, mientras que aquellos casos que no cumplieran ningún criterio de considerarían inadecuados</p>	<p><b>RT1- El cumplimiento de un único critério de cualquier sección, indentificaría la asistencia al servicio de urgencias como adecuada, mientras que aquellos casos que no cumplieran ningún critério serían considerados inadecuados.</b></p> <p>RT2- <b>El cumplimiento de por lo menos un criterio de cualquier sección, identificaría la asistencia a la unidad de emergencias, según corresponda,</b> mientras que los casos que no cumplan con ningún criterio se considerarán inadecuados.</p>
<p>Con este diseño final, se preveía que el PAUH sería capaz de identificar como adecuadas la gran mayoría de las urgencias que realmente fueran adecuadas, aunque también identificaría como tales parte de las que son inadecuadas, especialmente cuando el criterio de adecuación deriva exclusivamente del cumplimiento de criterios de tratamiento y, sobre todo, diagnósticos. En cierto modo, el PAUH identifica visitas claramente inadecuadas.</p>	<p><b>RT1- Com este diseño final, se previó que el PAUH sería capaz de identificar como adecuadas la gran mayoría de las urgencias que realmente fueron (son?) adecuadas, aunque también identificaría como adecuadas parte de las que son inadecuadas, especialmente cuando el criterio de adecuación deriva exclusivamente del cumplimiento de criterios de tratamiento, y, sobre todo, diagnósticos. De cierta forma, el PAUH identifica asistencias claramente inadecuadas.</b></p> <p>RT2- Con este diseño final, se prevé que el PAEH podría identificar la mayoría de urgencias que realmente fueran adecuadas, no obstante, también identificaría como adecuadas parten de las que son inadecuadas, especialmente cuando el criterio de adecuación se deriva exclusivamente del cumplimiento de criterios de tratamiento, y, sobre todo, diagnósticos. De cierta forma, el PAEH identifica las asistencias claramente inadecuados.</p>
<p>El PAUH se complemento con una lista de posibles causas de visita inapropiada (tabla 2), construida también a partir de la revisión de la literatura y sugerencias de clínicos, que pretendía ser lo mas extensa y detallada posible, y cuyo objeto es asignar causas de inadecuación a partir de la valoración subjetiva del médico de urgencias en revisiones concurrentes. Como en el caso del PAUH, se utilizan criterios para pacientes derivados por un médico y espontáneos, y se admite la posibilidad de emplear otros si son especificados.</p>	<p><b>RT1- El PAUH se complementó (se ha complementado) con una lista de posibles causas de asistencia inadecuada (tabla 2), construída también a partir de la revisión de la literatura y de las sugerencias de los médicos, que pretendía ser lo más extensa y detallada posible, y cuyo objetivo es determinar causas de falta de adecuación a partir de la evaluación subjetiva del médico de urgencias en análisis simultáneo. Como en el caso del PAUH, se utilizan criterios para pacientes derivados por un médico y espontáneos, y se admite la posibilidad del uso de otros, si se especifican.</b></p> <p>RT2- El PAEH fue completado con una lista de posibles causas de asistencia inadecuada (tabla 2), construida también a partir de revisión de literatura y sugerencias de médicos, que pretendía ser lo más extensa y detallada posible. Su objetivo es</p>

Continuação...

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
	determinar causas de inadecuación a partir de la evaluación subjetiva del médico de emergencias en análisis simultáneo. Como en el caso de PAEH, se utilizan criterios para pacientes referidos por un médico y espontáneos, y se admite la posibilidad de utilizar otros, si se especifica.
TABLA 1. PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (PAUH)	<b>RT1 Tabla 1. Protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias (PAUH)</b>  <b>RT2- Tabla 1.</b> Protocolo de adecuación de emergencias hospitalarias (PAEH )
<b>1 CRITERIOS DE GRAVEDAD</b>	RT1- 1. Criterios de gravedad  RT2- 1. Criterio de gravedad
1.1 Pérdida de conciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente)	RT1- 1.1 Pérdida de consciencia, desorientación, coma, insensibilidad (repentina o muy reciente)  RT2- 1.1 Pérdida de conciencia, desorientación, entrada en coma, insensibilidad (repentina o muy reciente).
1.2 Pérdida brusca de vision o audicion	RT1- 1.2 Pérdida repentina de la visión o la audición.  RT2- 1.2 Pérdida repentina de visión o de audición.
1.3 Alteraciones pulso (<50/ >140 pulsaciones/ minute) y arritmia	RT1- 1.3 Alteraciones en el pulso (<50/>140 pulsaciones/minuto) y arritmias  RT2- 1.3 Alteración del ritmo cardiaco//o trastornos en el ritmo cardiaco// (<50/>140 pulsaciones/minuto) y arritmias.
1.4 Alteración presión arterial (sistólica: < 90/ > 200 mmhg; diastólica: <60/ > 120mmhg)	RT1-1.4 Alteración de la presión arterial (sistólica: <90/>120mmHg)  RT2- 1.4 Alteración de la presión arterial (sistólica:<90/>200 mmHg; diastólica: <60 />120 mmHg)
1.5 Alteraciones de electrolitos o gases sanguíneos (no considerer en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria crónica, etc).	RT1- 1.5 Alteraciones de electrolitos o gases sanguíneos (no considerar en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria crónica, etc.  RT2-1.5 Alteraciones electrolíticas o de gases sanguíneos (no considerar en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria crónica, entre otros).
1.6 Fiebre persistente (5 días) no controlada con tratamiento en atención primaria.	RT1- 1.6 Fiebre persistente (5 días) no controlada con tratamiento en atención primaria. RT2- 1.6 Fiebre persistente (5 días), no controlada con tratamientos en atención primaria.

Continuação...

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
1.7 Hemorragia actia ( hematemesis, epíxtasis, melenas, etc.) Excluye heridas superficiales que solo requierem sutura	RT1- 1.7 Hemorragia activa (hematemesis, espistaxis, melena, etc.) Se excluyen heridas superficiales que necesiten solo sutura.  RT2- 1.7 Hemorragia activa (hematemesis, epistaxis, melena, entre otros). Se excluyen heridas superficiales que necesiten apenas de sutura.
1.8 Perdida brusca de la capacida funcional de cuaquier parte del cuerpo	RT1- 1.8 Pérdida repentina de la capacidad funcional de cualquier parte del Cuerpo  RT2- 1.8 Perdida repentina de capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo.
<b>2. CRITERIOS DE TRATAMIENTO</b>	RT1- 2 CRITERIOS DE TRATAMIENTO  RT2- 2 CRITERIOS DE TRATAMIENTO
2.1 Administración de medicación o fluidos por via intravenosa (excepto mantinimiento de via)	RT1-2.1 Administración de medicación o fluidos por via intravenosa (excepto mantinimiento de via)  RT2- 2.1 Administración de medicamentos o fluidos vía intravenosa (excepto mantenimiento de vías)
2.2 Administración de oxigeno	RT1- 2.2 Administración de oxígeno  RT2- 2.2 Administración de oxígeno.
2.3 Colocación de yesos ( excluye vendajes)	RT1- 2.3 Colocación de escayola (excepto vendaje)  RT2- 2.3 Colocación de yeso (excepto vendaje)
2.4 Intervención/procedimento realizado en quirófano	RT1- 2.4 Intervención / procedimiento realizado en la sala de cirugía  RT2- 2.4 Intervención/procedimiento realizado en la sala de cirugía (quirófano).
<b>3. CRITERIOS DE INTENSIDAD DIAGNÓSTICA</b>	RT1- <b>3. CRITERIOS DE INTENSIDAD DIAGNÓSTICA</b>  RT2- <b>3. CRITERIOS DE INTENSIDAD DEL MONITOREAMIENTO</b>
3.1 Monitorización de signos vitals o toma de constantes cada 2 horas	RT1- 3.1 Monitorización de señales vitales o medida (calibramiento) de señales vitales cada 2 horas  RT2- 3.1 Monitoreo de signos vitales o medir signos vitales cada 2 horas.
3.2 Radiologia de cualquier tipo	RT1- 3.2 Radiologia de cualquier tipo  RT2- 3.2 Radiología de cualquier tipo.
3.3 Pruebas de laboratorio (excepto glucemia en diabéticos que acuden por motivos no relacionados con la diabetes y pruebas de glucemia en tira seca)	RT1- 3.3 Exámenes de laboratório (excepto glucemia en diabéticos que acuden por motivos no relacionados con la diabetes y exámenes de tiras de glucemia)

Continuação...

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
	RT2- 3.3 Pruebas de laboratorio (excepto glicemia en diabéticos, siempre y cuando lo padezcan por motivos no relacionados con la diabetes y pruebas de tira de glucemia).
3.4 Electrocardiograma (excepto cardiopatía crónica que acude por problemas no relacionados cardiopatía)	RT1- 3.4 Electrocardiograma (excepto enfermedades cardíacas crónicas derivadas de problemas cardíacos no relacionados)  RT2- 3.4 Electrocardiograma (excepto enfermedades cardíacas crónicas derivadas de problemas cardíacos no relacionados).
<b>4 OTROS CRITERIOS</b>	<b>RT1- 4 OTROS CRITERIOS</b>  <b>RT2- 4 OTROS CRITERIOS</b>
4.1 El paciente está más de 12 horas en observación en el SUH	RT1- 4.1 El paciente está hace más de 12 horas en observación en el servicio hospitalario de urgências  RT2- 4.1 El paciente ha estado por más de 12 horas en observación en la unidad de emergencia hospitalarias.
4.2 El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro hospital	RT1 – 4.2 El paciente es internado en el hospital o es transferido para otro hospital.  RT2 – 4.2 El paciente está internado en el hospital o ha sido trasladado a otro hospital
4.3 El paciente fallece en el SUH	RT1- 4.3 El paciente fallece en el SEH/ El paciente viene a fallecer en el hospital  RT2- 4.3 El paciente muere en el SEH
4.9 Otros en paciente derivado por um medico (especificar)	RT1- 4.9 Otros en pacientes derivados por un médico (especificar)  RT2- 4.9 Otros pacientes referidos por un médico (especificar)
<b>5 CRITERIOS APLICABLES SÓLO A PACIENTES QUE ACUDEN ESPONTÁNEAMENTE</b>	<b>RT1-5 CRITERIOS APLICABLES SOLAMENTE A PACIENTES QUE ASISTEN ESPONTANEAMENTE</b>  <b>RT2-5 CRITERIOS APLICABLES SOLAMENTE A PACIENTES QUE SE PRESENTAN ESPONTANEAMENTE</b>
5.1 Proviene de un accidente (trafico, laboral, en lugar public,...) y hay que avaluar al paciente	RT1- 5.1 Derivado (como consecuencia) de un accidente (tráfico, trabajo, local público....) y el paciente debe ser evaluado (revisado).  RT2- 5.1 Sufre un accidente (transito, trabajo, local público, entre otros) e el paciente debe ser examinado.
5.2 Sintamos que sugierem urgencia vital: dolor torácico, disnea instauracion rápida, tiraje, dolor abdominal agudo	RT1- 5.2 Síntomas que sugieren urgencia vital: dolor torácico, disnea con inicio rápido, tiraje, dolor abdominal agudo.

Continuação...

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
	RT2- 5.2 Síntomas que sugieren urgencia vital: dolor torácico, disnea con inicio rápido, tiraje, dolor abdominal agudo.
5.3 Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso	RT1- 5.3 Cuadro conocido por el paciente y que generalmente requiere ingreso (ser internado).  RT2- 5.3 Cuadro conocido por el paciente y que generalmente requiere internación.
5.4 Al paciente le ha dicho un medico que acuda a urgencias si se presenta el sintoma	RT1- 5.4 El paciente fue orientado por un médico para ir a emergencias en caso de presentar sintoma.  RT2- 5.4 El paciente fue orientado por un médico para recurrir a emergencias en caso presente síntomas.
5.5 Requiere atención medica primaria con rapidez y el hospital es el centro más cercano	RT1- 5.5 Necesita una atención médica primaria con rapidez y el hospital es la unidad más próxima (cercana).  RT2- 5.5 Necesita atención médica primaria con rapidez e el hospital es la unidad más cercana.
5.9 Otros en pacientes espontáneos (especificar)	RT1- 5.9 Otros en pacientes espontáneos (especificar).  RT2- 5.9 Otros pacientes espontáneos (especificar)
SUH: Servicio de urgencias hospitalario	RT1- Servicio hospitalario de urgência.  RT2- Unidad de emergencias hospitalaria.
<b>TABLA 2. Causas de utilización inapropiada de urgencias hospitalarias</b>	RT1- <b>TABLA 2 Causas de utilización inapropiada de urgencias hospitalarias.</b>  RT2- <b>TABLA 2 Causas de la utilización inapropiada de emergencia hospitalarias .</b>
<b>PACIENTES DERIVADOS POR UN MÉDICO</b>	RT1- <b>PACIENTES DERIVADOS POR UN MÉDICO</b>  RT2- <b>PACIENTES REFERIDOS POR UN MÉDICO</b>
1. No es una urgencia. No requiere atención inmediata	RT1- 1 No es una urgencia. No requiere atención inmediata.  RT2- 1 No es una urgencia. No requiere atención inmediata.
1.2 El paciente requiere atención inmediata, pero resoluble fuera del hospital.	RT1- 1.2 El paciente requiere atención inmediata, pero puede resolverse fuera del hospital  RT2- 1.2 El paciente requiere atención inmediata, pero puede ser resuelto fuera del hospital.
1.3 Remitido desde consulta externa para agilizar el diagnostic	RT1 – 1.3 Derivado a partir de consulta externa para agilizar el diagnóstico.  RT2- 1.3 Referido a partir de Consulta Externa para agilizar el diagnóstico.
1.4 Remitido por error	RT1- 1.4 Derivado por error.

Continuação...

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
	RT2- 1.4 Referido por error.
1.9 otros especificar	RT1- 1.9 otros especificar. RT2- 1.9 otros especificar.
<b>PACIENTES ESPONTÁNEOS</b>	RT1- <b>PACIENTES ESPONTÁNEOS</b> RT2- <b>PACIENTES ESPONTANEOS</b>
<b>2 Demora excesiva en otro dispositivo asistencial:</b>	RT1- <b>2 Demora excesiva (retraso excesivo) em otro dispositivo de assistência.</b> RT2- <b>2 Retraso excesivo en otro unidad asistencial.</b>
2.1 -Lista de espera quirúrgica	RT1- 2.1 Lista de espera quirúrgica. RT2- 2.1 Lista de espera quirúrgica
2.2 -Lista de espera de consulta externa hospitalaria	RT1- 2.2 Lista de espera para consulta hospitalaria externa RT2- 2.2 Lista de espera para consulta externa hospitalaria.
2.3 Consulta externa hospitalaria (demora entre visitas)	RT1-2.3 Consulta hospitalaria externa (atraso entre las visitas). RT2- 2.3 Consulta externa hospitalaria (atraso entre las visitas).
2.4 -Consulta de especialista de zona	RT1- 2.4 Consulta de especialista local RT2- 2.4 Consulta de especialista local
2.5 -Consulta en atención primaria (cita previa)	RT1- 2.5 Consulta en atención primaria (consulta previa) RT2- 2.5 Consulta en atención primaria (consulta previa).
2.6 -Pruebas diagnósticas solicitadas por atención primaria o especialista de zona	RT1- 2.6 Exámenes de diagnóstico solicitados por atención primaria o especialista local RT2- 2.6 Exámenes diagnósticos solicitados por atención primaria o especialista local.
2.7 -Pruebas diagnósticas solicitadas por el hospital	RT1- 2.7 Exámenes de diagnóstico solicitados por el hospital RT2- 2.7 Exámenes diagnósticos solicitados por el hospital.
2.9 -Otros: especificar	RT1- 2.9 Otros: especificar RT2- 2.9 Otro: especificar
<b>3 Fallo en la atención continuada</b>	RT1-3 <b>Fallo en la atención continuada</b> RT2- <b>3 Falla en la atención continua</b>
3.1-La consulta del medico general ha finalizado	RT1 3.1 La consulta del médico general ya finalizo RT2- 3.1 Se completó la consulta del médico general.

Continuação...

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
3.2 -Demora en visita a domicilio de atención primaria	RT1- 3.2 Demora (atraso) en la visita y de atención primaria RT2- 3.2 Retrasos en visitas y revisión primaria.
3.3 -Demora en visita a domicilio del Servicio de Urgencias	RT1- 3.3 Demora en la visita a domicilio del servicio de urgências RT2- 3.3Retrasos en visita a domicilio del servicio de urgência
3.4 -Imposibilidad de contactar con el centro de salud	RT1- 3.4 Imposibilidad de entrar en contacto con la unidad de salud RT2- 3.4 Imposibilidad de contactar con una unidad de salud.
3.5 -Imposibilidad de contactar con Servicio de Urgencias	RT1- 3.5 Imposibilidad de entrar en contacto con el servicio de urgência RT2- 3.5 Imposibilidad de contactar con el servicio de urgencia.
3.9 -Otros: Especificar	RT1- 3.9 Otros: especificar RT2- 3.9 Otros: especificar
<b>4 El paciente no conoce como utilizar el dispositivo asistencial</b>	RT1- <b>4 El paciente no sabe como utilizar el dispositivo de assistência.</b> RT2- <b>4 El paciente no sabe cómo utilizar el dispositivo de assistência.</b>
4.1 No tiene medico de cabecera asignado	RT1- 4.1 No tiene médico de familia designado. RT2 4.1 No hay un médico de familia designado.
4.2 -No conoce la lcalización/ teléfono de su medico de cabecera	RT1- 4.2 No sabe la dirección / teléfono de su médico de familia. RT2- 4.2 No sabe la dirección/teléfono de su médico de familia.
4.3 -No conoce la existencia/ localización/ teléfono/ del servicio de urgencias	RT1- 4.3 No tiene conocimiento de la existência/localización/teléfono del servicio de urgências. RT2- 4.3 No tiene conocimiento de la existencia/localización/teléfono de la unidad de emergencias.
4.9 -Otros: especificar	RT1- 4.9 Otros: especificar RT2- 4.9 Otros: especificar
<b>5 Mayor confianza en el hospital o desconfianza en el dispositivo de atención primaria</b>	RT1- <b>5 Mayor confianza em el hospital o desconfianza en el dispositivo de atención primaria.</b> RT2- <b>5 Mayor confianza en el hospital o desconfianza en el dispositivo de atención primaria.</b>
5.1 -Ha acudido al medico de cabecera y <no se fia>	RT1- 5.1 Fue al médico de familia, pero no confia en él.

Continuação...

Versão original	Retrotradução 1/ 2 (RT1/RT2)
	RT2- 5.1 Fue al médico de familia, pero no confía en él.
5.2 - Ha acudido al Servicio de urgencias y , no se fia>	RT1- 5.2 Fue al servicio de urgencias, pero no confía en él.  RT2- 5.2 Fue a la unidad de emergencias, pero no confía en él.
5.3 Acudió directamente a urgencias hospitalares	RT1- 5.3 Se presenta directamente a la unidad de emergencias hospitalarias.  RT2- 5.3 Se presenta directamente a la unidad de emergencias hospitalarias.
5.4 - Tiene historia abierta en el hospital y cree que sera mayor atendido	RT1- 5.4 Posee um historial clínico abierto en el hospital y cree que será mejor atendido.  RT2- 5.4 Posee un historial médico abierto en el hospital e cree que será mejor atendido.
5.9 -Otros- especificar	RT1- 5.9 Otros (especificar)  RT2- 5.9 Otros (especificar)
<b>6 Comodidad y problemas del paciente o su entorno:</b>	<b>RT1- 6 Comodidad y problemas del paciente o de su ambiente</b>  <b>RT2- 6 Comodidad y problemas del paciente o su entorno.</b>
6.1 Vive cerca / No pierde horas trabajo/ atención rápida/ mas cómodo/...	RT1- 6.1 Vive cerca / No pierde horas de trabajo / atención rápida/ más cómodo  RT2- 6.1 Vive cerca/no pierde horas laborales/atención rápida/pero confortable.
6.2 - Problemas del paciente: CI bajo, hipocondríaco, simulador...	RT1- 6.2 Problemas del paciente: enfermedad mental, hipocondría, simulador (fingidor).  RT2- 6.2 Problemas del paciente: enfermedad mental, hipocondría, simulador.
6.3 - Búsqueda de una exploración ( radiología,analítica...)	RT1- 6.3 Busca una evaluación (un diagnóstico) (radiología, analítica..)  RT2- 6.3 Busca un examen (radiología, analítica)
6.4 -La familia quiere ingresar al	RT1- 6.4 La familia quiere internar al paciente.  RT2- 6.4 La familia quiere internar el paciente.
6.5 -Requerimiento de una autoridad pública: policia, juez...	RT1- 6.5 Solicitud de una autoridad pública: policia, juez.  RT2- 6.5 Solicitud de una autoridad pública: policía, juez, etc.
6.9 - Otros : especificar	RT1- 6.9 Otros: especificar.  RT2-6.9 Otros: especificar.
9 -Otros: especificar	RT1-9 Otros: especificar.  RT2- 9 Otros: especificar.

Fonte: Elaborada pela autora 2020.

#### **Etapa 4 - Revisão por um Comitê de *Experts***

Nessa etapa foi elaborada a versão pré-final do PAUH para aplicação na população de enfermeiros e médicos. Fizeram parte do comitê de *experts*: uma doutora em ciências pela Universidade de São Paulo, com experiência em adaptação cultural, comprovada por publicação de trabalhos científicos (especialista no método); uma doutora em ciências médicas pela Unicamp, docente universitária, com experiência em urgência e emergência; uma doutora em Ciências da Saúde pelo Instituto Universitário Italiano de Rosário - Argentina, docente universitária, com experiência em pesquisas na área de urgência; um doutor em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, docente universitário, também com experiência em urgência; uma tradutora juramentada, com oito anos de experiência na função, graduada em letras, português, espanhol, inglês e pós - graduada em tradução. O comitê de *experts* totalizou cinco integrantes.

Ressalta-se que quatro expertises eram do sexo feminino (80%), um do sexo masculino (20%), idade entre 30 a 51 anos, quatro possuíam titulação de doutor (80%) e um especialista (20%), três com experiência profissional atual em docência e pesquisa (60%), uma em docência e gestão (20%) e uma em docência e atenção terciária (20%). Três apresentaram experiência atual ou retrógrada nas urgências (60%) e duas não possuíam experiência em urgência (40%). Quanto à experiência docente que envolvesse a urgência, quatro responderam positivamente (80%) e um assinalou não possuir (20%). Experiência com tradução e adaptação de instrumentos, cinco responderam que tinham experiência (100%), publicação de artigo científico na área de urgência: quatro relataram que tinham publicação (80%) e um não possuía (20%). Em relação à publicação de artigo científico sobre tradução e adaptação de instrumentos, afirmaram possuir (60%) e dois relataram que não possuíam (40%).

O quadro 5 mostra os itens modificados após recomendações do comitê de *experts*.

**Quadro 5** - Itens do instrumento *Protocolo de Adequacion de Urgencias Hospitalarias* (PAUH) modificados após recomendações do comitê de experts. Teresina, 2020

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final		
<b>Protocolo de Adequación de Urgencias Hospitalarias (PAUH).</b>	<b>Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH)</b>	ES	EI	EE	EC	<b>Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH)</b>	
		+1	+1	+1	+1		
		+1	+1	+1	+1		
		+1	+1	+1	+1		
		+1	+1	+1	+1		
+1	+1	+1	+1				
<b>El Protocolo de Adequación de Urgencias Hospitalarias (PAUH; tabla 1) está constituida por 5 apartados que incluyen criterios de gravedad, tratamiento, pruebas diagnósticas, resultados y un último apartado aplicable sólo a pacientes que acudieron al SUH sin ser derivados por un médico.</b>	<b>O Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH; tabela 1) está constituído por 5 seções que incluem critérios de gravidade, tratamento, exames diagnósticos, resultados e uma última seção aplicável apenas a pacientes que compareceram ao serviço de urgências sem serem encaminhados por um médico.</b>	+1	+1	+1	+1	<b>O Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH; tabela 1) está constituído por 5 seções que incluem critérios de gravidade, tratamento, exames diagnósticos, resultados e uma última seção aplicável apenas a pacientes que buscam atendimento no serviço de urgências sem serem encaminhados por um profissional de saúde habilitado.</b>	
<b>Los criterios 1.1 a 1.8 responden a la valoración de gravedad y se centran, sobre todo, en la estabilidad de los sistemas fisiológicos (pulso, presión, temperatura, equilibrio electrolítico, gases) y en la pérdida brusca de funcionalidad de algún órgano o sistema (incluyendo fracturas, hemiplejías, etc.).</b>	<b>Os critérios 1.1 a 1.8 respondem à avaliação da gravidade e concentram-se, principalmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gases) e na perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.).</b>	+1	+1	+1	+1	<b>Os critérios 1.1 a 1.8 respondem à avaliação da gravidade e concentram-se, principalmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gasometria) e na perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.).</b>	
<b>El segundo bloque de criterios (2.1 al 2.4) se basa en la realización en urgencias de tratamientos que se relacionan con la gravedad o cuya realización en atención</b>	<b>O segundo bloco de critérios (2.1 a 2.4) é baseado na realização no serviço de urgências de tratamentos relacionados com a gravidade ou cuja realização em atenção primária - apesar de não ser impossível- pode</b>	+1	+1	+1	+1	<b>O segundo bloco de critérios (2.1 a 2.4) é baseado na realização no serviço de urgências de tratamentos relacionados com a gravidade ou cuja realização em atenção primária e unidades pré-hospitalares apesar de não ser impossível- pode ser difícil em alguns momentos. Além dos procedimentos realizados em centro cirúrgico e a imobilização</b>	
+1	+1	+1	+1				
+1	0	-1	0				
-1	1	-1	-1				
+1	+1	+1	+1				
+1	+1	-1	-1				

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
<p><b>primaria -aun ...no ser difícil</b> em alguns momentos. Além <b>imposible- puede ser</b> dos procedimentos realizados na sala de <b>dificultosa</b> en algunos momentos. Además de los procedimientos realizados en quirófano y la puesta de yesos, se incluye la administración de oxígeno, de cualquier fármaco por vía intravenosa y de fluidos cuando se indican con cualquier finalidad que no sea el mantener una vía de forma preventiva. cualquier droga intravenosa e de líquidos, quando indicada para qualquer outra finalidade que não seja a manutenção de uma rota preventiva.</p>		ES	EI	EE	EC	<p>com gesso, inclui-se a administração de oxigênio, administração de fármacos e de líquidos quando indicados com qualquer finalidade que não seja a manutenção de via permeável.</p>
<p><b>El tercer bloque de criterios (3.1 a 3.4) se fundamenta en la realización de pruebas diagnósticas en urgencias que orientan hacia la necesidad de hacer un diagnóstico rápido.</b> Al emplear estos criterios (al igual que los criterios de tratamiento) los facultativos de urgencias hospitalarias asumen la necesidad de realizar tales procesos de forma urgente y, portanto, se evalúa la adecuación frente a las actuaciones reales en urgencias y no frente a un estándar ideal de lo que debería haberse hecho. Esto es, si en el SUH se ha solicitado una prueba</p>	<p><b>O terceiro bloco de critérios (3.1 a 3.4) se fundamenta na realização de exames de diagnóstico no serviço de urgências que orientam acerca da necessidade de fazer um diagnóstico rápido.</b> Ao usar esses critérios (assim como os critérios de tratamento), os profissionais de urgências hospitalares assumem a necessidade de realizar tais processos de forma urgente e, portanto, avalia-se a adequação em relação as situações reais em urgências e não em relação a um padrão ideal do que deveria ter sido feito.</p>	<p>+1 +1 +1 +1 +1</p>	<p>+1 +1 +1 +1 +1</p>	<p>+1 +1 +1 +1 -1</p>	<p>+1 +1 +1 +1 -1</p>	<p><b>O terceiro bloco de critérios (3.1 a 3.4) se fundamenta na realização de exames de diagnóstico no serviço de urgências que orientam acerca da necessidade de fazer um diagnóstico rápido.</b> Ao usar esses critérios (assim como os critérios de tratamento), os profissionais de urgências hospitalares assumem a necessidade de realizar tais processos de forma urgente e, portanto, avalia-se a adequação em relação as situações reais em urgências e não em relação a um padrão ideal do que deveria ter sido feito.</p>

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
		ES	EI	EE	EC	
urgente porque se consideró que el paciente la requería para su evaluación diagnóstica, se presume que el médico de atención primaria derivó de forma adecuada a urgencias. Se intentó eliminar las pruebas disponibles usualmente en atención primaria y aquellas que pueden considerarse rutinarias en algunos tipos de pacientes.	Ou seja, se em urgências foi solicitado um exame radiológico ou de laboratório urgente porque foi considerado que o paciente assim o precisava para a sua avaliação diagnóstica, presume-se que o médico da atenção primária agiu de forma adequada às urgências. Tentou-se eliminar os exames disponíveis usualmente na atenção primária e aqueles que podem ser considerados de rotina em alguns tipos de pacientes.					Ou seja, se em urgências foi solicitado um exame radiológico ou de laboratório urgente porque foi considerado que o paciente assim o precisava para a sua avaliação diagnóstica, presume-se que o médico da atenção primária agiu de forma adequada às urgências. Tentou-se eliminar os exames disponíveis usualmente na atenção primária e unidades pré-hospitalares e aqueles que podem ser considerados de rotina em alguns tipos de pacientes.
También se consideraron una serie de criterios (4.1 a 4.2) que sugieren adecuación de la derivación como el ingreso del paciente o una estancia prolongada en urgencias.	Também foram considerados uma série de critérios (4.1 a 4.2) que sugerem adequação do encaminhamento como a admissão do paciente ou uma permanência prolongada em urgências.	+1 -1 +1 +1 +1	+1 0 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1 -1	+1 -1 +1 +1 -1	Também foram considerados uma série de critérios (4.1 a 4.2) que sugerem adequação do encaminhamento como a admissão do paciente ou uma permanência prolongada em urgências.
Para el supuesto de pacientes espontáneos, se desarrollaron una serie de criterios (5.1 a 5.8) que justificarían la visita a urgencias sin necesidad de una consulta previa en atención primaria. Además de considerar cualquiera de los criterios previos se consideraron determinadas situaciones (síntomas que sugieren riesgo vital, experiencia de pacientes crónicos, indicaciones previas de médicos, accidentes, etc.) que, como norma general, justificarían que un paciente acudiera a urgencias	No caso de pacientes espontâneos, foram desenvolvidos uma série de critérios (5.1 a 5.8) que justificariam a visita ao Serviço de urgências sem necessidade de uma consulta prévia em atenção primária. Além de considerar qualquer um dos critérios previos, foram consideradas determinadas situações (sintomas sugestivos de risco de vida, experiência de pacientes crônicos, indicações prévias de médicos, acidentes, etc.) que, como norma geral, justificariam que um paciente comparecesse ao serviço de urgências hospitalares.	+1 0 0 +1 +1	+1 -1 +1 +1 +1	+1 -1 0 +1 -1	+1 -1 +1 +1 -1	No caso de pacientes por demanda espontânea, foram desenvolvidos uma série de critérios (5.1 a 5.8) que justificariam a busca por atendimento ao Serviço de urgências sem necessidade de uma consulta prévia na atenção primária. Além de considerar qualquer um dos critérios previos, foram consideradas determinadas situações (sintomas sugestivos de risco de vida, experiência de pacientes crônicos, indicações prévias por um profissional de saúde habilitado, acidentes, etc.) que, como norma geral, justificariam que um paciente buscasse atendimento no serviço de urgências hospitalares

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final
	ES	EI	EE	EC	
hospitalarias Tanto para los pacientes derivados por un médico (apartado 4.9) como para los espontáneos (apartado 5.9) se admite la posibilidad de empleo de criterios subjetivos que deben especificarse para su valoración posterior.	Tanto para os pacientes encaminhados por um médico (seção 4.9) como para os espontâneos (seção 5.9), admite-se a possibilidade de uso de critérios subjetivos que devem ser especificados para a sua avaliação posterior.	+1 -1 +1 +1 +1	+1 -1 +1 +1 +1	+1 -1 +1 +1 -1	Tanto para os pacientes encaminhados por um profissional de saúde habilitado (seção 4.9) como pacientes que comparecem ao serviço de urgência sem encaminhamento de profissional de saúde habilitado (seção 5.9), admite-se a possibilidade de uso de critérios subjetivos que devem ser especificados para a sua avaliação posterior.
<b>El cumplimiento de un solo criterio de cualquier apartado identificaría la visita en urgencias como adecuada,</b> mientras que aquellos casos que no cumplieran ningún criterio de consideraría inadecuados.	<b>O cumprimento um único critério de qualquer seção, identificaria o comparecimento ao serviço de urgências como adequado,</b> enquanto aqueles casos que não cumpriram nenhum critério seriam considerados inadeguados.	+1 +1 +1 +1 +1	+1 0 +1 +1 +1	-1 0 +1 +1 +1	<b>O cumprimento um único critério de qualquer seção, identificaria a busca por atendimento ao serviço de urgências como adequado,</b> enquanto aqueles casos que não cumpriram nenhum critério seriam considerados inadeguados.
Con este diseño final, se preveía que el PAUH sería capaz de identificar como adecuadas la gran mayoría de las urgencias que realmente fueran adecuadas, aunque también identificaría como inadecuadas, especialmente cuando el criterio de adecuación exclusivamente del cumplimiento de criterios de tratamiento y, sobre todo, diagnósticos. En cierto modo, el PAUH identifica visitas claramente inadecuadas.	Com este desenho final, previu-se que o PAUH seria capaz de identificar como adequadas a grande maioria das urgências que realmente foram adequadas, embora também identificaria como adequadas parte das que são inadeguadas, especialmente quando o critério de adequação deriva exclusivamente do cumprimento de critérios de tratamento, e, sobretudo, diagnósticos. De certa forma, o PAUH identifica comparecimentos claramente inadeguados.	+1 0 +1 +1 +1	+1 0 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1 -1	Com este desenho final, previu-se que o PAUH seria capaz de identificar como adequadas a grande maioria das urgências que realmente foram adequadas, embora também identificaria como adequadas parte das que são inadeguadas, especialmente quando o critério de adequação deriva exclusivamente do cumprimento de critérios de tratamento, e, sobretudo, diagnósticos. De certa forma, o PAUH identifica a busca de atendimentos claramente inadeguados.

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
	ES	EI	EE	EC		
El PAUH se complemento con una lista de posibles causas de visita inapropiada (tabla 2), construida también a partir de la revisión de la literatura y sugerencias de clínicos, que pretendía ser lo mas extensa y detallada posible, y cuyo objeto es asignar causas de inadecuación a partir de la valoración subjetiva del médico de urgencias en revisiones concurrentes. Como en el caso del PAUH, se utilizan criterios para pacientes derivados por un médico y espontáneos, y se admite la posibilidad de emplear otros si son especificados	O PAUH foi complementado com uma lista de possíveis causas de comparecimento inadequado (tabela 2), construída também a partir da revisão da literatura e sugestões de clínicos, que pretendia ser o mais extensa e detalhada possível, e cujo objetivo é determinar causas de inadequação a partir da avaliação subjetiva do médico de urgências em análise simultânea. Como no caso do PAUH, utilizam-se critérios para pacientes encaminhados por um médico e espontâneos, e se admite a possibilidade do uso de outros, se forem especificados.	+1 0 +1 +1 +1	0 -1 +1 +1 +1	+1 0 +1 +1 -1	+1 0 +1 +1 -1	O PAUH foi complementado com uma lista de possíveis causas de busca de atendimento inadequado (tabela 2), construída também a partir da revisão da literatura e sugestões de clínicos, que pretendia ser a mais extensa e detalhada possível, e cujo objetivo é determinar causas de inadequação a partir da avaliação do enfermeiro do acolhimento e classificação de risco e do médico que atende no setor de urgências em análise simultânea. Como no caso do PAUH, utilizam-se critérios para pacientes sem encaminhamento por um profissional de saúde habilitado e espontâneos, e se admite a possibilidade do uso de outros, se forem especificados.
<b>TABLA 1. PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (PAUH)</b>	<b>TABELA 1. PROTOCOLO DE ADEQUAÇÃO DE URGÊNCIAS HOSPITALARES (PAUH)</b>	+1 +1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1 +1	+1 0 +1 +1 -1	+1 +1 +1 +1 -1	<b>TABELA 1. PROTOCOLO DE ADEQUAÇÃO DE URGÊNCIAS HOSPITALARES (PAUH)</b>
<b>1. CRITERIOS DE GRAVEDAD</b>	<b>1. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE</b>	+1 +1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1 +1	<b>1. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE</b>
1.1 Perdida de conciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente)	1.1 Perda de consciência, desorientação, coma, perda sensitiva (repentina ou muito recente)	+1 +1 +1 +1 +1	0 +1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 +1 -1	1.1 Perda de consciência, desorientação, coma, perda da sensibilidade (repentina ou muito recente)

Continuação...

Original	Síntese das traduções	Versão Pré-final				
		ES	EI	EE	EC	
1.2 Perda brusca de vision o audicion	1.2 Perda repentina da visão ou audição	+1	+1	+1	+1	1.2 Perda repentina da visão ou audição
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
1.3 Alteraciones pulso (<50/ >140 pulsaciones/ minute) y arritmia	1.3 Alterações no pulso (<50/> 140 pulsações/minuto) e arritmias	+1	+1	+1	+1	1.3 Alterações no pulso (<50/> 140 pulsações/minuto) e arritmias
		+1	+1	0	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
1.4 Altaración presión arterial (sistólica: < 90/ > 200 mmhg; diastólica: <60/ > 120mmhg)	1.4 Alteração da pressão arterial (sistólica:<90/>200 mmHg; diastólica: <60 />120 mmHg)	+1	+1	+1	+1	1.4 Alteração da pressão arterial (sistólica:<90/>200 mmHg; diastólica: <60 />120 mmHg)
		+1	+1	0	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	-1	-1	-1	
1.5 Alteraciones de electrolitos o gases sanguíneos (no considerer en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria crónica, etc).	1.5 Alterações de eletrólitos ou gases sanguíneos (não considerar em pacientes com alterações crónicas destes parâmetros: insuficiência renal crónica, insuficiência respiratória crónica, etc.	+1	+1	+1	+1	1.5 Alterações de eletrólitos ou gasometria sanguíneas (não considerar em pacientes com alterações crónicas destes parâmetros: insuficiência renal crónica, insuficiência respiratória crónica, etc.
		+1	+1	0	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
1.6 Fiebre persistente (5 dias) no controlada con tratamiento en atención primaria.	1.6 Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento em atendimento primário.	+1	+1	+1	+1	1.6 Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento na atenção primária.
		+1	+1	+1	+1	
		0	0	+1	0	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	
1.7 Hemorragia actia (hematemesis, epíxtasis, melenas, etc.) Excluye heridas superficiales que solode sutura requierem sutura	1.7 Hemorragia ativa (hematêtese, epistaxe, melena, etc.). Excluem-se feridas superficiais que precisam apenas de sutura.	+1	+1	+1	+1	1.7 Hemorragia ativa (hematêtese, epistaxe, melena, etc.).
		+1	+1	+1	+1	
		0	+1	0	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
	ES	EI	EE	EC		
1.8 Perdida brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo	1.8 Perda repentina da capacidade funcional de qualquer parte do corpo	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 -1	1.8 Perda repentina da capacidade funcional de qualquer parte do corpo
<b>2. CRITERIOS DE TRATAMIENTO</b>	<b>2. CRITÉRIOS DE TRATAMENTO</b>	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	<b>2. CRITÉRIOS DE TRATAMENTO</b>
2.1 Administración de medicación o fluidos por vía intravenosa (excepto mantenimiento de vía)	2.1 Administração de medicação ou fluidos por via intravenosa (exceto manutenção de vias.	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 0 +1 +1 -1	+1 -1 +1 +1 -1	2.1 Administração de medicação ou líquidos por via intravenosa (exceto manutenção de acesso endovenoso prévio ou fármacos
2.2 Administración de oxígeno	2.2 Administração de oxigênio	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	2.2 Administração de oxigênio
2.3 Colocación de yesos (excluye vendajes)	2.3 Colocação de gesso (exceto bandagem)	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 -1	2.3 Imobilização com gesso (exceto bandagem)
2.4 Intervención/procedimento realizado en quirófano	2.4 Intervenção / procedimento realizado na sala de cirurgia	+1 -1 +1 +1	+1 0 +1 +1	+1 -1 +1 +1	+1 -1 +1 +1	2.4 Intervenção / procedimento realizado em centro cirúrgico

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
		ES	EI	EE	EC	
<b>3. CRITERIOS DE INTENSIDAD DIAGNÓSTICA</b>	<b>3. CRITÉRIOS DE INTENSIDADE DIAGNÓSTICA</b>	+1	+1	+1	+1	<b>3 CRITÉRIOS DE INTENSIDADE DIAGNÓSTICA</b>
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
3.1 Monitorización de signos vitais o toma de constantes cada 2 horas	3.1 Monitoramento de sinais vitais ou aferição de sinais vitais a cada 2 horas	+1	+1	+1	+1	3.1 Monitoramento de sinais vitais ou aferição de sinais vitais a cada 2 horas
		+1	+1	+1	+1	
		+1	0	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	
3.2 Radiologia de cualquier tipo	3.2 Radiologia de qualquer tipo	+1	+1	+1	+1	3.2 Radiologia de qualquer tipo
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
3.3 Pruebas de laboratorio (excepto glucemia en tira seca)	3.3 Exames laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos que comparecem por motivos não relacionados com diabetes e exames de glicemia)	+1	+1	+1	+1	3.3 Exames laboratoriais
		+1	+1	+1	+1	
		-1	-1	-1	-1	
		+1	+1	0	+1	
		+1	+1	+1	+1	
3.4 Electrocardiograma (excepto cardiopatía crónica que acude por problemas no relacionados cardiopatía)	3.4 Eletrocardiograma (exceto doenças cardíacas crônicas decorrentes de problemas cardíacos não relacionados)	+1	+1	+1	+1	3.4 Eletrocardiograma
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	
<b>4 OTROS CRITERIOS</b>	<b>4 OUTROS CRITÉRIOS</b>	+1	+1	+1	+1	<b>4 OUTROS CRITÉRIOS</b>
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
4.1 El paciente está más de 12 horas en observación en el	4.1 O paciente está há mais de 12 horas em observação no serviço hospitalar de	+1	+1	+1	+1	4.1 O paciente está há mais de 12 horas em observação no serviço hospitalar de urgências
		+1	0	-1	-1	

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
SUH	urgências	ES	EI	EE	EC	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
4.2 El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro hospital	4.2 O paciente é internado no hospital ou transferido para outro hospital	+1	+1	+1	+1	4.2 O paciente é internado no hospital ou transferido para outro hospital
4.3 El paciente fallece en el SUH	4.3 O paciente vem a óbito no SEH	+1	+1	+1	+1	4.3 O paciente vem a óbito no SEH
4.9 Otros en paciente derivado por un medico ( especificar)	4.9 Outros em pacientes encaminhados por um médico (especificar)	+1	+1	+1	+1	4.9 Outros em casos de pacientes encaminhados por um profissional de saúde habilitado (especificar)
<b>5 CRITERIOS APLICABLES SÓLO A PACIENTES QUE ACUDEN ESPONTÁNEAMENTE</b>	<b>5 CRITÉRIOS APLICÁVEIS SOMENTE A PACIENTES QUE COMPARECEM ESPONTANEAMENTE</b>	-1	-1	-1	-1	<b>5 CRITÉRIOS APLICÁVEIS SOMENTE A PACIENTES QUE BUSCAM ATENDIMENTO ESPONTANEAMENTE</b>
5.1 Proviene de un accidente (trafico, laboral, en lugar public,...) y hay que evaluar al paciente	5.1 Decorre de um acidente (trânsito, trabalho, local público, ...) e o paciente deve ser avaliado	+1	+1	+1	+1	5.1 Decorre de um acidente (trânsito, trabalho, em local público, ...) e o paciente deve ser avaliado
5.2 Sintamos que sugieren urgencia vital: dolor torácico, disnea instauracion rápida, tiraje, dolor abdominal agudo	5.2 Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, dispneia com início rápido, tiragem, dor abdominal aguda	+1	+1	+1	+1	5.2 Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, dispnéia com início rápido, tiragem, dor abdominal aguda
		+1	+1	-1	-1	

Continuação...

Original	Síntese das traduções	Síntese das traduções				Versão Pré-final
		ES	EI	EE	EC	
5.3 Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso	5.3 Quadro conhecido pelo paciente e que geralmente requer internação	+1	+1	+1	+1	5.3 Quadro conhecido pelo paciente e que geralmente requer internação
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	
5.4 Al paciente le ha dicho un medico que acuda a urgencias si se presenta el sintoma	5.4 O paciente foi orientado por um médico para ir à emergência caso apresentar o sintoma	+1	0	+1	+1	5.4 O paciente foi orientado por um profissional de saúde habilitado para ir à urgência caso apresente o sintoma
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	
5.5 Requiere atención médica primaria con rapidez y el hospital es el centro más cercano	5.5 Precisa de atendimento médico primário com rapidez e o hospital é a unidade mais próxima	+1	+1	+1	+1	5.5 Precisa de atendimento de saúde inicial com rapidez e o hospital é a unidade mais próxima
		+1	+1	+1	+1	
		0	0	0	0	
		+1	+1	+1	+1	
		-1	-1	-1	-1	
SUH: Servicio de urgencias hospitalario	Serviço hospitalar de urgencia	+1	+1	+1	+1	Serviço hospitalar de urgencia
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	
<b>TABLA 2. CAUSAS DE UTILIZACIÓN INAPROPIADA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS</b>	<b>TABELA 2- CAUSAS DE UTILIZAÇÃO INAPROPRIADA DE URGÊNCIAS HOSPITALARES</b>	+1	+1	+1	+1	<b>TABELA 2 .CAUSAS DE UTILIZAÇÃO INAPROPRIADA DE URGÊNCIAS HOSPITALARES</b>
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	
<b>PACIENTES DERIVADOS POR UN MÉDICO</b>	<b>PACIENTES ENCAMINHADOS POR UM MÉDICO</b>	+1	+1	+1	+1	<b>PACIENTES ENCAMINHADOS POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO</b>
		-1	-1	-1	-1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	
1. No es una urgencia. No requiere atención inmediata	1. Não é uma urgência. Não requer atendimento imediato.	+1	+1	+1	+1	1. Não consiste em situação de urgência. Não requer atendimento imediato.
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	

Continuação...

Original	Síntese das traduções	Versão Pré-final			
		ES	EI	EE	EC
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	-1	-1
1.2 El paciente requiere atención inmediata, pero resoluble fuera del hospital.	1.2 O paciente requer atendimento imediato, mas pode ser resolvido fora do hospital	+1	+1	+1	+1
		+1	0	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	-1	-1
1.3 Remitido desde consulta externa para agilizar el diagnóstico	1.3 Encaminhado a partir de Consulta Externa para agilizar o diagnóstico	+1	+1	+1	+1
		+1	0	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
1.4 Remitido por error	1.4 Encaminhado por engano	+1	+1	+1	+1
		+1	-1	0	-1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
1.9 otros especificar	1.9 Outros (especificar)	+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
<b>PACIENTES ESPONTÁNEOS</b>	<b>PACIENTES ESPONTÂNEOS</b>	+1	+1	+1	+1
		-1	+1	-1	-1
		+1	+1	+1	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	-1	-1	-1
2 Demora excesiva en otro dispositivo asistencial:	2 Demora excessiva em outro dispositivo assistencial:	+1	+1	+1	+1
		+1	0	-1	-1
		0	+1	0	+1
		+1	+1	+1	+1
		+1	-1	-1	-1

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
	ES	EI	EE	EC		
2.1 -Lista de espera quirúrgica	2.1 Lista de espera cirúrgica	+1 +1 +1 +1	+1 -1 +1 +1	+1 -1 +1 +1	+1 -1 +1 +1	2.1 Lista de espera cirúrgica
2.2 -Lista de espera de consulta externa hospitalaria	2.2 Lista de espera para consulta hospitalar externa	+1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 -1	2.2 Lista de espera para consulta fora do hospital
2.3 Consulta externa hospitalaria (demora entre visitas)	2.3 Consulta hospitalar externa (atraso entre as visitas)	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 -1 +1 +1	+1 -1 +1 +1	2.3 Consulta fora do hospital (atraso entre os atendimentos)
2.4 -Consulta de especialista de zona	2.4 Consulta de especialista local	+1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 -1	2.4 Consulta de especialista
2.5 -Consulta em atenção primaria (cita previa)	2.5 Consulta em atendimento primário (consulta prévia)	+1 +1 0 +1 -1	+1 0 0 +1 -1	+1 0 0 +1 -1	+1 0 0 +1 -1	2.5 Consulta na atenção primária (consulta prévia)
2.6 -Pruebas diagnósticas solicitadas por atención primaria o especialista de zona	2.6 Exames de diagnóstico solicitados por atendimento primário ou especialista local	+1 +1 0 +1 -1	+1 +1 0 +1 -1	+1 -1 0 +1 -1	+1 -1 0 +1 -1	2.6 Exames de diagnóstico solicitados na atenção primária ou especialista local

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
	ES	EI	EE	EC		
2.7 -Pruebas diagnósticas solicitadas por el hospital	2.7 Exames de diagnóstico solicitados pelo hospital	+1 +1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 +1 -1	+1 +1 +1 +1 -1	2.7 Exames de diagnóstico solicitados pelo hospital
2.9 -Otros: especificar	2.9 Outros: especificar	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	2.9 Outros: especificar
<b>3 Fallo en la atención continuada</b>	<b>3 Falha no atendimento continuado</b>	+1 +1 +1 +1	+1 0 +1 +1	+1 0 +1 +1	+1 0 +1 +1	<b>3 Falha no atendimento continuado</b>
3.1-La consulta del medico general ha finalizado	3.1 A consulta do clínico geral foi finalizada	+1 +1 +1 +1	+1 -1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	3.1 A consulta do clínico geral foi finalizada
3.2 -Demora en visita a domicilio de atención primaria	3.2 Demora em visita domiciliar de atendimento primário	+1 +1 0 +1 +1	+1 0 0 +1 +1	+1 -1 0 +1 -1	+1 -1 0 +1 -1	3.2 Demora em visita domiciliar na atenção primária
3.3 -Demora en visita a domicilio del Servicio de Urgencias	3.3 Demora em visita domiciliar do serviço de urgências	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 -1 0 +1 -1	+1 0 +1 +1 -1	3.3 Demora em visita domiciliar do serviço de urgências

Continuação...

Original	Síntese das traduções	Versão Pré-final				
		ES	EI	EE	EC	
3.4 -Imposibilidad de contactar con el centro de salud	3.4 Impossibilidade de entrar em contato com a unidade de saúde	+1	+1	+1	+1	3.4 Impossibilidade de entrar em contato com a unidade de saúde
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
3.5 -Imposibilidad de contactar con Servicio de Urgencias	3.5 Impossibilidade de entrar em contato com o Serviço de urgência	+1	+1	+1	+1	3.5 Impossibilidade de entrar em contato com o Serviço de urgência
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	-1	-1	
3.9 -Otros: Especificar	3.9 Outros: especificar	+1	+1	+1	+1	3.9 Outros: especificar
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
<b>4 El paciente no conoce como utilizar el dispositivo asistencial</b>	<b>4 O paciente não sabe como utilizar o dispositivo assistencial</b>	+1	+1	+1	+1	<b>4 O paciente não sabe como utilizar o serviço de saúde geral</b>
		+1	+1	-1	0	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	0	+1	
4.1 No tiene medico de cabecera asignado	4.1 Não tem médico de família designado	+1	+1	+1	+1	4.1 Não tem médico de família que o atenda
		+1	-1	-1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
4.2 -No conoce la lacialización/ teléfono de su medico de cabecera	4.2 Não sabe o endereço/telefone do seu médico de família	+1	+1	+1	+1	4.2 Não sabe o endereço/telefone para contato com o seu médico de família
		+1	0	-1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
4.3 -No conoce la existencia/ localización/ teléfono/ del servicio de urgencias	4.3 Não tem conhecimento da existência/localização/telefone do serviço de urgências	+1	+1	+1	+1	4.3 Não tem conhecimento da existência/localização/telefone do serviço de urgências
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	

Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
	ES	EI	EE	EC		
	+1	-1	-1	-1		
4.9 -Otros: especificar	4.9 Outros: especificar	+1	+1	+1	+1	4.9 Outros: especificar
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
<b>5 Mayor confianza en el hospital o desconfianza en el dispositivo de atención primaria</b>	<b>5 Maior confiança no hospital ou desconfiança no dispositivo de atendimento primário</b>	+1	+1	+1	+1	<b>5 Maior confiança no hospital ou desconfiança no serviço de Atenção primária</b>
		+1	0	-1	-1	
		+1	0	0	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		-1	-1	-1	-1	
5.1 -Ha acudido al medico de cabecera y <no se fia>	5.1 Foi ao seu médico de família, mas não confia nele	+1	+1	+1	+1	5.1 Foi atendido pelo médico de família, mas “não confiou nele”
		+1	0	-1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	-1	-1	-1	
5.2 - Ha acudido al Servicio de urgencias y , no se fia>	5.2 Foi ao serviço de urgências, mas não confia nele	+1	+1	+1	+1	5.2 Foi atendido em outro serviço de urgência, mas “não confiou nele”.
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		-1	-1	-1	-1	
5.3 Acudió directamente a urgencias hospitalares	5.3 Compareceu diretamente ao serviço de urgências hospitalares	+1	+1	+1	+1	5.3 Buscou atendimento diretamente ao serviço de urgências hospitalares
		-1	-1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		-1	-1	-1	-1	
5.4 - Tiene historia abierta en el hospital y cree que será mejor atendido	5.4 Possui um prontuário aberto no hospital e acredita que será melhor atendido	+1	+1	+1	+1	5.4 Possui uma história clínica no hospital e acredita que será melhor atendido
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		+1	+1	+1	+1	
		-1	-1	-1	-1	



Continuação...

Original	Síntese das traduções				Versão Pré-final	
	ES	EI	EE	EC		
		+1 +1	+1 +1	+1 +1	+1 +1	
6.9 - Outros : especificar	6.9 Outros: especificar	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	6.9 Outros: especificar
9 -Outros: especificar	9 Outros: especificar	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	+1 +1 +1 +1	9 Outros: especificar

ES = Equivalência Semântica; EI = Equivalência Idiomática; EE = Equivalência Cultural ou Experiencial; EC = Equivalência Conceitual.

**Fonte:** Elaborada pela autora 2020.

A seguir a Tabela 2 mostra os escores do IVC obtidos na avaliação pelo Comitê de *Experts*

**Tabela 2** - Índice de Validade de Conteúdo dos itens avaliados por equivalência. Teresina, 2020

ITENS	IVC			
	ES	EI	EE	EC
Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH)	1,00	1,00	1,00	1,00
O Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH; tabela 1) está constituído por 5 seções que incluem critérios de gravidade, tratamento, exames diagnósticos, resultados e uma última seção aplicável apenas a pacientes que buscam atendimento no serviço de urgências sem serem encaminhados por um profissional de saúde habilitado.	1,00	0,80	0,60	0,80
Os critérios 1.1 a 1.8 respondem à avaliação da gravidade e concentram-se, principalmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gasometria) e na perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.).	1,00	1,00	0,80	1,00
O segundo bloco de critérios (2.1 a 2.4) é baseado na realização no serviço de urgências de tratamentos relacionados com a gravidade ou cuja realização em atenção primária e unidades pré-hospitalares apesar de não ser impossível- pode ser difícil em alguns momentos. Além dos procedimentos realizados em centro cirúrgico e a imobilização com gesso, inclui-se a administração de oxigênio, administração de fármacos e de líquidos quando indicados com qualquer finalidade que não seja a manutenção de via permeável.	0,80	0,80	0,40	0,40
O terceiro bloco de critérios (3.1 a 3.4) se fundamenta na realização de exames de diagnóstico no serviço de urgências que orientam acerca da necessidade de fazer um diagnóstico rápido. Ao usar esses critérios (assim como os critérios de tratamento), os profissionais de urgências hospitalares assumem a necessidade de realizar tais processos de forma urgente e, portanto, avalia-se a adequação em relação as situações reais em urgências e não em relação a um padrão ideal do que deveria ter sido feito. Ou seja, se em urgências foi solicitado um exame radiológico ou de laboratório urgente porque foi considerado que o paciente assim o precisava para a sua avaliação diagnóstica, presume-se que o médico da atenção primária agiu de forma adequada às urgências. Tentou-se eliminar os exames disponíveis usualmente na atenção primária e unidades pré-hospitalares e aqueles que podem ser considerados de rotina em alguns tipos de pacientes.	1,00	1,00	0,80	0,80
Também foram considerados uma série de critérios (4.1 a 4.2) que sugerem adequação do encaminhamento como a admissão do paciente ou uma permanência prolongada em urgências.	0,80	0,80	0,80	0,60

ITENS	IVC			
	ES	EI	EE	EC
No caso de pacientes por demanda espontânea, foram desenvolvidos uma série de critérios (5.1 a 5.8) que justificariam a busca por atendimento ao Serviço de urgências sem necessidade de uma consulta prévia na atenção primária. Além de considerar qualquer um dos critérios prévios, foram consideradas determinadas situações (sintomas sugestivos de risco de vida, experiência de pacientes crônicos, indicações prévias por um profissional de saúde habilitado, acidentes, etc.) que, como norma geral, justificariam que um paciente buscasse atendimento no serviço de urgências hospitalares	0,60	0,80	0,40	0,60
Tanto para os pacientes encaminhados por um profissional de saúde habilitado (seção 4.9) como pacientes que comparecem ao serviço de urgência sem encaminhamento de profissional de saúde habilitado (seção 5.9), admite-se a possibilidade de uso de critérios subjetivos que devem ser especificados para a sua avaliação posterior.	0,80	0,80	0,60	0,60
O cumprimento um único critério de qualquer seção, identificaria a busca por atendimento ao serviço de urgências como adequado, enquanto aqueles casos que não cumpriram nenhum critério seriam considerados inadequados.	1,00	0,80	0,60	0,60
Com este desenho final, previu-se que o PAUH seria capaz de identificar como adequadas a grande maioria das urgências que realmente foram adequadas, embora também identificaria como adequadas parte das que são inadequadas, especialmente quando o critério de adequação deriva exclusivamente do cumprimento de critérios de tratamento, e, sobretudo, diagnósticos. De certa forma, o PAUH identifica a busca de atendimentos claramente inadequados.	0,80	0,80	0,60	0,80
O PAUH foi complementado com uma lista de possíveis causas de busca de atendimento inadequado (tabela 2), construída também a partir da revisão da literatura e sugestões de clínicos, que pretendia ser a mais extensa e detalhada possível, e cujo objetivo é determinar causas de inadequação a partir da avaliação do enfermeiro do acolhimento e classificação de risco e do médico que atende no setor de urgências em análise simultânea. Como no caso do PAUH, utilizam-se critérios para pacientes sem encaminhamento por um profissional de saúde habilitado e espontâneos, e se admite a possibilidade do uso de outros, se forem especificados.	0,80	0,60	0,60	0,60
Tabela 1. Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH)	1,00	1,00	0,60	0,80
1.Critérios de Gravidade	1,00	1,00	1,00	1,00
1.1 Perda de consciência, desorientação, coma, perda da sensibilidade (repentina ou muito recente)	1,00	0,60	0,80	0,80
1.2 Perda repentina da visão ou audição	1,00	1,00	1,00	1,00
1.3 Alterações no pulso (<50/> 140 pulsações/minuto) e arritmias	1,00	1,00	0,80	1,00
1.4 Alteração da pressão arterial (sistólica:<90/>200 mmHg; diastólica: <60 />120 mmHg)	1,00	0,80	0,60	0,80
1.5 Alterações de eletrólitos ou gasometria sanguíneas (não considerar em pacientes com alterações crônicas destes parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.	1,00	1,00	0,80	1,00
1.6 Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento na atenção primária.	0,80	0,80	0,80	0,60
1.7 Hemorragia ativa (hematêmese, epistaxe, melena, etc.).	0,80	1,00	0,60	0,80

ITENS	IVC			
	ES	EI	EE	EC
1.8 Perda repentina da capacidade funcional de qualquer parte do corpo	1,00	1,00	0,80	0,80
2 Critérios de Tratamento	1,00	1,00	1,00	1,00
2.1 Administração de medicação ou líquidos por via intravenosa (exceto manutenção de acesso endovenoso pérvio ou fármacos)	1,00	0,80	0,60	0,60
2.2 Administração de oxigênio	1,00	1,00	1,00	1,00
2.3 Imobilização com gesso (exceto bandagem)	1,00	0,80	0,80	0,80
2.4 Intervenção / procedimento realizado em centro cirúrgico	0,80	0,80	0,80	0,80
3 Critérios de Intensidade Diagnóstica	1,00	1,00	1,00	1,00
3.1 Monitoramento de sinais vitais ou aferição de sinais vitais a cada 2 horas	1,00	0,80	0,80	0,80
3.2 Radiologia de qualquer tipo	1,00	1,00	1,00	1,00
3.3 Exames laboratoriais	0,80	0,80	0,60	0,80
3.4 Eletrocardiograma	1,00	1,00	0,80	0,80
4 Outros Critérios	1,00	1,00	1,00	1,00
4.1 O paciente está há mais de 12 horas em observação no serviço hospitalar de urgências	1,00	0,80	0,60	0,60
4.2 O paciente é internado no hospital ou transferido para outro hospital	1,00	1,00	0,80	0,80
4.3 O paciente vem a óbito no SEH	1,00	0,80	0,60	0,60
4.9 Outros em casos de pacientes encaminhados por um profissional de saúde habilitado (especificar)	0,80	0,80	0,40	0,40
5 Critérios aplicáveis somente a pacientes que buscam atendimento espontaneamente	0,80	0,80	0,40	0,60
5.1 Decorre de um acidente (trânsito, trabalho, em local público, ...) e o paciente deve ser avaliado	1,00	1,00	1,00	1,00
5.2 Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, dispnéia com início rápido, tiragem, dor abdominal aguda	1,00	1,00	0,80	0,80
5.3 Quadro conhecido pelo paciente e que geralmente requer internação	1,00	1,00	0,80	0,80
5.4 O paciente foi orientado por um profissional de saúde habilitado para ir à urgência caso apresente o sintoma	1,00	0,80	0,80	0,80
5.5 Precisa de atendimento de saúde inicial com rapidez e o hospital é a unidade mais próxima	0,60	0,60	0,60	0,60
5.9 Outros em casos de pacientes que buscam atendimento no serviço de urgência (especificar)	1,00	1,00	0,60	0,80
Serviço hospitalar de urgência	1,00	1,00	0,80	0,80
Tabela 2 .Causas de utilização inapropriada de urgências hospitalares	1,00	1,00	0,80	0,80
Pacientes encaminhados por um profissional de saúde habilitado	0,80	0,80	0,60	0,60
1 Não consiste em situação de urgência. Não requer atendimento imediato.	1,00	1,00	0,80	0,80
1.2 O paciente requer atendimento imediato, mas pode ser resolvido fora do hospital.	1,00	0,80	0,80	0,80
1.3 Encaminhado a partir de Consulta Externa para agilizar o diagnóstico	1,00	0,80	1,00	1,00
1.4 Encaminhado por engano	1,00	0,80	0,80	0,80
1.9 Outros (especificar)	1,00	1,00	1,00	1,00
Pacientes por demanda espontânea	0,80	0,80	0,60	0,60
2 Demora excessiva em outro serviço assistencial:	0,80	0,60	0,40	0,60
2.1 Lista de espera cirúrgica	1,00	0,80	0,80	0,80
2.2 Lista de espera para consulta fora do hospital	0,80	0,80	0,80	0,80
2.3 Consulta fora do hospital (atraso entre os atendimentos)	1,00	1,00	0,80	0,80

ITENS	IVC			
	ES	EI	EE	EC
2.4 Consulta de especialista	0,80	0,80	0,80	0,80
2.5 Consulta na atenção primária (consulta prévia)	0,60	0,40	0,40	0,40
2.6 Exames de diagnóstico solicitados na atenção primária ou especialista local	0,60	0,40	0,40	0,40
2.7 Exames de diagnóstico solicitados pelo hospital	0,80	0,80	0,80	0,80
2.9 Outros: especificar	1,00	1,00	1,00	1,00
3 Falha no atendimento continuado	1,00	0,80	0,80	0,80
3.1 A consulta do clínico geral foi finalizada	1,00	0,80	1,00	1,00
3.2 Demora em visita domiciliar na atenção primária	0,80	0,60	0,40	0,40
3.3 Demora em visita domiciliar do serviço de urgências	1,00	1,00	0,40	0,60
3.4 Impossibilidade de entrar em contato com a unidade de saúde	1,00	1,00	1,00	1,00
3.5 Impossibilidade de entrar em contato com o Serviço de urgência	1,00	1,00	0,80	0,80
3.9 Outros: especificar	1,00	1,00	1,00	1,00
4 O paciente não sabe como utilizar o serviço de saúde geral	1,00	0,80	0,40	0,60
4.1 Não tem médico de família que o atenda	1,00	0,60	0,60	0,80
4.2 Não sabe o endereço/telefone para contato com o seu médico de família	1,00	0,60	0,60	0,80
4.3 Não tem conhecimento da existência/localização/telefone do serviço de urgências	1,00	0,80	0,80	0,80
4.9 Outros: especificar	1,00	1,00	1,00	1,00
5 Maior confiança no hospital ou desconfiança no serviço de Atenção primária	0,80	0,40	0,40	0,60
5.1 Foi atendido pelo médico de família, mas "não confiou nele"	1,00	0,60	0,60	0,80
5.2 Foi atendido em outro serviço de urgência, mas "não confiou nele".	0,80	0,80	0,80	0,80
5.3 Buscou atendimento diretamente ao serviço de urgências hospitalares	0,60	0,60	0,80	0,80
5.4 Possui uma história clínica no hospital e acredita que será melhor atendido	0,80	0,80	0,80	0,80
5.9 Outros (especificar)	1,00	1,00	1,00	1,00
6 Conforto e problemas do paciente ou de seu ambiente	1,00	1,00	0,80	0,80
6.1 Paciente mora próximo ao hospital/ Não quer perder horas de trabalho/busca atendimento rápido/mais confortável	1,00	1,00	0,80	0,80
6.2 Problemas do paciente: déficit intelectual/cognitivo, hipocondria, encenação	1,00	0,80	0,80	0,60
6.3 Procura por uma avaliação (geral, radiológica ...)	1,00	0,60	0,60	0,80
6.4 A família quer internar o paciente	1,00	0,80	0,80	1,00
6.5 Solicitação de uma autoridade pública: polícia, juiz	1,00	1,00	0,80	1,00
6.9 Outros: especificar	1,00	1,00	1,00	1,00
9 Outros: especificar	1,00	1,00	1,00	1,00

ES = Equivalência Semântica, EI = Equivalência Idiomática; EE = Equivalência Cultural ou Experiencial; EC = Equivalência Conceitual.

**Tabela 3-** Valores de Alfa de Cronbach para as equivalências. Teresina, 2020

	Alfa de Cronbach
Equivalência Semântica – ES	0,815
Equivalência Idiomática – EI	0,924
Equivalência Cultural ou Experiencial – EE	0,682
Equivalência Conceitual – EC	0,712

Alfa: ES=0,815, EI=0,924, EE=0,682, EC=0,712.

Com relação a concordância dos *experts*, a maioria dos itens obteve concordância acima de 80% entre os juízes, o que revelou equivalência semântica, idiomática, conceitual de acordo com as versões do instrumento. A análise preliminar realizada por meio do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, apresentou confiabilidade considerável referentes aos dados obtidos pelo comitê de *experts* sobre a consistência interna da versão brasileira do PAUH  $\alpha \geq 0,70$ . A exceção da equivalência experiencial/cultural  $\alpha_{EE}=0,682$ .

### **Etapa 5 - Pré-teste:**

O objetivo desta etapa do processo de adaptação cultural foi verificar a compreensão do Protocolo pela população-alvo do país de destino (BEATON *et al.*, 2007).

Foram entregues o TCLE em duas vias (APÊNDICE G), uma via ficou em posse da pesquisadora e outra com o participante. Foi fornecido um tempo para o profissional fazer a leitura do TCLE e tomar ciência do estudo.

Após esse momento, foram disponibilizados os documentos na seguinte ordem: formulário de caracterização dos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos e o instrumento PAUH, este último continha espaços para o participante deixar sugestões, dúvidas, relatar se o item estava adequado, compreensível e, posteriormente o instrumento foi avaliado item por item bem como solicitado que o participante assinalasse a dimensão que ele entendia como passível de marcação nas opções. A pesquisadora se encontrava disponível para esclarecer dúvidas que pudessem surgir durante participação.

Nesta etapa, houve sugestões de mudança elencadas por enfermeiros e médicos, que estão descritos no Quadro 6.

**Quadro 6-** Sugestões descritivas dos enfermeiros e médicos do protocolo PAUH na fase do pré-teste. Teresina, 2020

Versão pré-final	Sugestões descritivas dos profissionais de saúde na aplicação do pré-teste
<p>1.O <b>Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares</b> (PAUH) está constituído por 5 seções que incluem critérios de gravidade, tratamento, exames diagnósticos, resultados e <b>uma última seção aplicável apenas a pacientes que buscam atendimento no serviço de urgências sem serem encaminhados por um profissional de saúde habilitado.</b></p> <p>2. <b>Os critérios respondem à avaliação da gravidade</b> e concentram-se, principalmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gasometria) e na perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.).</p> <p>3. Também foram considerados uma série de critérios <b>que sugerem adequação do encaminhamento</b> como a admissão do paciente ou uma permanência prolongada em urgências.</p>	<p>1. Sugestão para seguir uma ordem cronológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação com critérios de gravidade;</li> <li>• Diagnóstico clínico e laboratorial e de imagens;</li> <li>• Tratamento;</li> <li>• Reavaliação e seguimento.</li> </ul> <p>2. A gravidade do paciente pode ser avaliada de forma ampla, avaliando a hemodinâmica associada a função respiratória, quanto ao ritmo, profundidade, ausculta pulmonar e nível de consciência, incluindo uma avaliação minuciosa do padrão neurológico.</p> <p>2.O termo permanência prolongada na urgência pode ocasionar malefícios e atrasar tratamento.</p>
<p>1. <b>Os critérios respondem à avaliação da gravidade</b> e concentram-se, principalmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gasometria) e na perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.).</p>	<p>1. Sugeriu acrescentar Escala de coma de Glasgow- ECG</p>
<p>1. <b>Os critérios respondem à avaliação da gravidade</b> e concentram-se, principalmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gasometria) e na perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.).</p>	<p>1.Alteração do texto para “Os critérios correspondentes à avaliação de gravidade, concentram-se...”</p>
<p>1. <b>Os critérios respondem à avaliação da gravidade</b> e concentram-se, principalmente, na estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio de eletrólitos, gasometria) e na perda repentina de funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias etc.).</p>	<p>1. Na urgência nem sempre contamos com a agilidade da gasometria. Fatores como: Glicemia, dores intensas, nível de consciência, Escala de Glasgow, são determinantes na conduta em urgência.</p>

O item de instruções do protocolo que versa sobre: os critérios respondem à avaliação da gravidade, foi o que se mostrou prevalente para realização de mudanças na estrutura, sugeridas pelos profissionais enfermeiros e médicos.

Para a análise da consistência interna na etapa do pré-teste, utilizou-se a análise de concordância de Kendall`W, com enfermeiros e médicos que trabalham na urgência, conforme Tabela 4 a seguir.

**Tabela 4-** Resultados da análise de concordância de Kendall` W dos enfermeiros e médicos participantes do Pré-teste. Teresina, 2020

PAUH – item	Kendall`s W	X <sup>2</sup>
Critérios de gravidade	0,21	3,60
Tabela. Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH)	0,14	4,87
Perda repentina da visão ou audição	0,29	14,83
Radiologia de qualquer tipo	<b>0,32</b>	21,78
Perda repentina da capacidade funcional de qualquer parte do corpo	<b>0,31</b>	26,43
Monitoramento de sinais vitais ou aferição de sinais vitais a cada 2 horas	<b>0,39</b>	35,14
Critérios de Intensidade Diagnóstica	<b>0,37</b>	38,32
Imobilização com gesso (exceto bandagem)	<b>0,32</b>	44,52
Hemorragia ativa (hematêmese, epistaxe, melena, etc.).	<b>0,33</b>	44,84
Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento na atenção primária.	<b>0,36</b>	46,14
Critérios de Tratamento	<b>0,35</b>	49,84
Intervenção / procedimento realizado em centro cirúrgico	<b>0,41</b>	63,86
Alterações no pulso (<50/> 140 pulsações/minuto) e arritmias	<b>0,38</b>	64,82
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>	72,44
Alteração da pressão arterial (sistólica:<90/>200 mmHg; diastólica: <60 />120 mmHg)	<b>0,41</b>	79,30
Administração de medicação ou líquidos por via intravenosa (exceto manutenção de acesso endovenoso pérvio ou fármacos)	<b>0,39</b>	81,51
Administração de oxigênio	<b>0,40</b>	81,60
Exames laboratoriais	<b>0,40</b>	87,04
Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, dispnéia com início rápido, tiragem, dor abdominal aguda	<b>0,42</b>	94,87
Quadro conhecido pelo paciente e que geralmente requer internação	<b>0,43</b>	104,17
Outros em casos de pacientes encaminhados por um profissional de saúde habilitado (especificar)	<b>0,52</b>	98,35
Outros Critérios	<b>0,50</b>	98,94
O paciente vem a óbito no SEH	<b>0,52</b>	106,58
O paciente foi orientado por um profissional de saúde habilitado para ir à urgência caso presente o sintoma	<b>0,52</b>	111,63

Continuação...

PAUH – item	Kendall's W	X <sup>2</sup>
O paciente está há mais de 12 horas em observação no serviço hospitalar de urgências	<b>0,50</b>	112,74
O paciente é internado no hospital ou transferido para outro hospital	<b>0,47</b>	112,88
Eletrocardiograma	<b>0,47</b>	118,49
Decorre de um acidente (trânsito, trabalho, em local público, ...) e o paciente deve ser avaliado	<b>0,44</b>	117,15
CrITÉrios aplicáveis somente a pacientes que buscam atendimento espontaneamente	<b>0,47</b>	129,77
Precisa de atendimento de saúde inicial com rapidez e o hospital é a unidade mais próxima	<b>0,45</b>	129,60
Outros em casos de pacientes que buscam atendimento no serviço de urgência (especificar)	<b>0,48</b>	132,71
Serviço hospitalar de urgência	<b>0,47</b>	134,02
Tabela. Causas de utilização inapropriada de urgências hospitalares	<b>0,46</b>	77,25
Não consiste em situação de urgência. Não requer atendimento imediato.	<b>0,48</b>	86,89
Pacientes encaminhados por um profissional de saúde habilitado	<b>0,55</b>	107,74
O paciente requer atendimento imediato, mas pode ser resolvido fora do hospital.	<b>0,54</b>	112,59
Outros (especificar)	<b>0,54</b>	109,86
Encaminhado por engano	<b>0,56</b>	120,34
Encaminhado a partir de Consulta Externa para agilizar o diagnóstico	<b>0,58</b>	125,28
Demora excessiva em outro serviço assistencial:	<b>0,57</b>	129,47
Pacientes por demanda espontânea	<b>0,57</b>	136,82
Lista de espera cirúrgica	<b>0,55</b>	79,34
Exames de diagnóstico solicitados na atenção primária ou especialista local	<b>0,51</b>	78,89
Consulta fora do hospital (atraso entre os atendimentos)	<b>0,48</b>	81,31
Outros: especificar	<b>0,48</b>	71,82
Impossibilidade de entrar em contato com a unidade de saúde	<b>0,41</b>	64,30
Demora em visita domiciliar do serviço de urgências	<b>0,39</b>	65,05
Exames de diagnóstico solicitados pelo hospital	<b>0,38</b>	68,58
Consulta de especialista	<b>0,34</b>	54,68
Falha no atendimento continuado	<b>0,33</b>	56,54
A consulta do clínico geral foi finalizada	<b>0,33</b>	59,84
Lista de espera para consulta fora do hospital	<b>0,35</b>	65,48
Demora em visita domiciliar na atenção primária	<b>0,34</b>	67,18
Outros: especificar	0,27	39,03
Impossibilidade de entrar em contato com o Serviço de urgência	0,29	44,54
Possui uma história clínica no hospital e acredita que será melhor atendido	<b>0,37</b>	46,32
Consulta na atenção primária (consulta prévia)	<b>0,35</b>	46,66
Outros: especificar	<b>0,36</b>	50,64
Maior confiança no hospital ou desconfiança no serviço de Atenção primária	<b>0,39</b>	57,30
Foi atendido em outro serviço de urgência, mas "não confiou nele".	<b>0,39</b>	60,56

Continuação...

PAUH – item	Kendall's W	X <sup>2</sup>
O paciente não sabe como utilizar o serviço de saúde geral	<b>0,40</b>	64,04
Não tem conhecimento da existência/localização/telefone do serviço de urgências	<b>0,39</b>	65,57
Buscou atendimento diretamente ao serviço de urgências hospitalares	<b>0,39</b>	67,38
Não tem médico de família que o atenda	<b>0,44</b>	64,47
Foi atendido pelo médico de família, mas “não confiou nele”	<b>0,42</b>	65,34
Outros (especificar)	<b>0,42</b>	68,16
Não sabe o endereço/telefone para contato com o seu médico de família	<b>0,41</b>	68,71
Conforto e problemas do paciente ou de seu ambiente	<b>0,41</b>	71,67
Solicitação de uma autoridade pública: polícia, juiz	0,28	47,66
Procura por uma avaliação (geral, radiológica ...)	<b>0,33</b>	59,47
Problemas do paciente: déficit intelectual/cognitivo, hipocondria, encenação	<b>0,33</b>	60,62
Paciente mora próximo ao hospital/ Não quer perder horas de trabalho/busca atendimento rápido/mais confortável	<b>0,49</b>	86,71
Outros: especificar	<b>0,49</b>	88,03
A família quer internar o paciente	<b>0,52</b>	95,85
9 Outros: especificar	<b>0,55</b>	103,36
Perda de consciência, desorientação, coma, perda da sensibilidade (repentina ou muito recente)	<b>0,47</b>	39,07

\*Valores em negrito significância estatística ( $p < 0,01$ ).

Entre os 76 itens avaliados pelos profissionais de saúde, apenas seis itens não apresentaram significância estatística e obtiveram valores abaixo de 0,30. Os níveis de associação entre as respostas dos participantes foi considerada elevada. Portanto, a aplicação do protocolo pelo coeficiente de Kendall W - validade de face, demonstrou ser um instrumento confiável para ser utilizado no contexto do Brasil.

### **Etapa 6 - Submissão da versão aos autores do protocolo**

Mediante a realização de todas as etapas de tradução e adaptação cultural, foram encaminhados todos os documentos e relatórios dos procedimentos realizados para os autores do instrumento para aprovação. Isso é relevante para verificação do cumprimento de todas as etapas do processo (BEATON *et al.*, 2007).

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde

A análise dos dados sociodemográficos foi importante, em virtude de possibilitar o conhecimento do perfil dos profissionais de saúde que participaram do estudo. Desta forma, a avaliação de estudos metodológicos realizada entre os profissionais de saúde permitiu compreender fenômenos que ocorrem, dentre eles, as situações passíveis de serem classificadas como adequadas e não adequadas nos serviços de urgência.

Os profissionais de saúde que participaram da pesquisa no hospital de referência em atendimento de urgência na cidade de Teresina - PI eram, na maioria enfermeiros, do sexo feminino. Corroborando com os dados encontrados, foi destacado por outros pesquisadores em estudo realizado em Montes Claros, que dos 189 profissionais participantes da amostra, 103 eram enfermeiros e 86 médicos (SILVA *et al.*, 2017).

A presença notória de mulheres nesse estudo era esperada (56,7%), tendo em vista que a enfermagem caracteriza-se pela feminilização de seus profissionais, devido ao instinto natural voltado para o cuidado (BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015).

Os enfermeiros e médicos que atuavam no serviço de urgência hospitalar, no presente estudo, tinham idade entre 25 a 43 anos. Este achado destoava dos resultados encontrados em pesquisa realizada em São Paulo, que avaliou a frequência das práticas de liderança executadas pelos enfermeiros gerentes de instituições hospitalares, tal como sua associação às variáveis do perfil socioprofissional, a idade variou entre 25 e 62 anos, com média de 41,2 anos (SILVA *et al.*, 2017). Por outro lado, estudo de Wiley *et al.*, (2002) com médicos, encontrou percentuais diferentes comparados a faixa etária dos enfermeiros, com idade entre 41 a 45 anos.

Quanto ao estado civil, os enfermeiros e médicos participantes deste estudo eram na grande maioria solteiros. Um estudo realizado em Brasília com delineamento transversal, envolveu 123 enfermeiros e a análise mostrou que a maioria dos participantes eram casados (CABRAL *et al.*, 2020). Da mesma forma a encontrada neste estudo, pesquisa realizada em Belém, descreveu o perfil de formação e atuação profissionais de egressos de um curso de Medicina e demonstrou que a maioria (78,4%) dos médicos participantes eram solteiros (MAUÉS *et al.*, 2018).

Neste estudo, em relação a formação, verificou-se que a maioria dos profissionais de saúde eram especialistas. Os resultados da presente investigação corroboram com estudo descrito por Nogueira *et al.*(2019) , e revelou que (52,8%) dos enfermeiros entrevistados eram especialistas. Da mesma forma, estudo realizado em Recife constatou que, em relação à formação profissional, 86,6% dos médicos entrevistados tem título de pós-graduação *Latu Sensu* (GUARDA; SILVA; TAVARES, 2012).

Os profissionais do presente estudo em sua maioria, relataram ter entre 6 a 10 anos de experiência na urgência. Estudo realizado no Rio de Janeiro identificou que, quanto à experiência profissional, os enfermeiros afirmaram ter até dez anos de profissão (LIMA; FREITAS, 2020). No entanto, Silva *et al.* (2019) em estudo com enfermeiros e médicos, proporcionou evidências que permitem contrapor o resultado desta pesquisa, maior parte da amostra (52,6%) possuía menos de 5 anos de experiência profissional desde a graduação.

De acordo com a presente amostra, os profissionais de saúde afirmaram ter renda mensal entre 3 a 10 salários mínimos. Confirmando esses dados, estudo transversal com 3.229 participantes, no qual (40%) dos enfermeiros informaram ter renda per capita entre 3 a 10 salários mínimos (FERNANDES *et al.*, 2017) . Estudo realizado em Recife por Guarda, Silva e Tavares, (2012) apresentou dados diferentes em relação a esse estudo, em que (56,6%) dos médicos relataram ter renda superior a 12 salários mínimos.

É perceptível a tendência de estudos que trazem a população de enfermeiros do sexo feminino como majoritária. Culturalmente, a enfermagem possui características históricas, de ser uma profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os primórdios.

Simultaneamente a isso, observa-se que a enfermagem tornou-se a categoria responsável pelo cuidado, desenvolvido por mulheres, aspecto que se perpetua até os dias atuais. Infere-se também que a faixa etária predominante mais jovem entre as categorias estudadas se deve ao fato do desgaste que o serviço em ambiente hospitalar de emergência exige do profissional assistencialista, o que requer profissionais jovens. A questão dos profissionais de saúde serem solteiros pode ser explicado pelo fato de serem cursos de longa duração, os quais exigem dedicação exclusiva e abdicção da vida social, ocasionando atraso na vida conjugal.

A busca por especialização, aliado ao tempo de serviço, demonstra interesse em exercer a profissão com segurança, pautado em evidência científica. No que refere-se a diferença de salários entre os profissionais de saúde, se pode atribuir a questão da hegemonia médica. A medicina tem sua história ligada às circunstâncias sociais, econômicas e culturais

que se perpetua até os dias atuais, remetendo a ideia distorcida de que estudar mais implica em ser melhor remunerado.

## **5.2 Adaptação cultural do PAUH - para o contexto brasileiro**

Nesse estudo, o objetivo foi traduzir e adaptar culturalmente o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* - PAUH para o português do Brasil. O processo de tradução foi realizado com rigor metodológico, segundo as recomendações propostas por Beaton *et al* (2007).

A tradução simples de um protocolo pode ocasionar interpretação equivocada pelas diferenças de cultura e linguagem. Portanto, os processos de tradução e adaptação cultural devem ser realizados corretamente a fim de impedir desvio do objetivo do instrumento (RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLÓS-CLANCHET, 2013).

Trata-se de um estudo novo no Brasil, que ocorre em virtude da ausência de protocolos para verificar atendimentos adequados e inadequados nas urgências hospitalares . A escassez de instrumentos formais e objetivos para coleta de dados em estudos científicos em diversas áreas de conhecimento tem levado ao uso frequente de instrumentos internacionais (LINO *et al.*, 2017).

As investigações científicas ressaltam que os protocolos de adequação hospitalar surgem como referência para classificar pacientes por níveis de complexidade. São essenciais para alcançar competência clínica aceitável para proteger a segurança do paciente e otimizar seu resultado em situações de cuidado de alto risco (BREMER *et al.*, 2020).

Assim, o PAUH destaca-se por analisar o construto sob a ótica de estabelecimentos de critérios direcionados ao âmbito da urgência hospitalar, além disso, mostra-se de forma específica, sensível, confiável e capaz de identificar comparecimentos inadequados aos serviços de urgência (GÓMEZ *et al.*, 2000). Dessa maneira, justifica-se a realização da adaptação cultural do protocolo para que posteriormente se possa realizar estudos que possibilitem a comparação dos protocolos de urgência no Brasil com os de outros países.

Estudos internacionais tem sido desenvolvidos com uso do PAUH, principalmente na Espanha, como é o caso de estudo que ocorreu em Girona, em que o objetivo foi analisar a evolução e características das emergências hospitalares de pessoas idosas institucionalizadas e as internações por ela geradas, bem como a adequação de ambas. Assim, inferiu-se que o

instrumento mostrou-se efetivo ao categorizar as urgências inadequadas em adultos e idosos (PERÉZ *et al.*, 2017).

Estudo retrospectivo realizado em Toledo, utilizou o PAUH para avaliar a proporção de visitas inadequadas em serviço de urgência e os fatores associados, identificou que a maioria das visitas hospitalares não necessitavam de atendimento urgente (OTERINO *et al.*, 1999).

Verificou-se também resultado semelhante em estudo desenvolvido em El Porto de Santa Maria, na província de Cádiz, que objetivou descrever o perfil do usuário, que exige atenção urgente, no qual se constatou uma quantidade expressiva de pacientes, que utilizaram o pronto-socorro de forma inadequada, conforme os critérios do PAUH (VALDÉS *et al.*, 2002).

O percentual de inadequação dos atendimentos realizados em serviços de urgência abordado na literatura é diverso. Estudo realizado no Departamento de Emergência do Hospital Ruiz de Alda em Granada na Espanha, que utilizou o PAUH, mostrou que 68,7% dos atendimentos foram considerados inadequados (LOPEZ *et al.*, 2004).

Ao considerar o cenário das urgências, o aumento da expectativa de vida da população acarretou mudança no perfil epidemiológico, com declínio das doenças infectocontagiosas e aumento das condições crônicas, que passam a representar expressiva demanda aos serviços de saúde. Assim, é inerente o planejamento e gestão do sistema de saúde o conhecimento do padrão de utilização deste tipo de serviço, a fim de se evitar ou diminuir distorções do fluxo de pacientes não urgentes.

Conceitos sobre urgência, 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. Para tanto, o desenvolvimento de adaptação cultural de instrumentos originados em outra cultura ou idioma deve abranger uma combinação entre tradução literal de palavras e frases do idioma para outro, bem como o processo de ajuste meticuloso que aborda o contexto cultural da população-alvo da versão. O objetivo é expressar conceitos de maneira que faça sentido a nova população-alvo (REIS *et al.*, 2015).

Dessa forma, as etapas foram seguidas de forma criteriosa para que o instrumento adaptado ao contexto brasileiro resultasse em instrumento de qualidade e a conclusão em tempo hábil. No decorrer do processo de adaptação cultural alguns itens não apresentaram desempenho suficientes e esta situação foi encontrada especialmente onde constavam termos técnicos cuja tradução poderia ocasionar dúvida no entendimento.

Entre os aspectos gerais do instrumento, foram realizadas algumas adequações com objetivo de preservar o significado original, contudo foi utilizado termos coloquiais aplicados no Brasil. Além do uso de termos gramaticalmente corretos, ajustes podem ser feitos nos itens e instruções de uso. Porém, é necessário preservar as características semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais do instrumento (PETERSEN *et al.*, 2019).

Os achados alcançados neste estudo são similares a outros encontrados em publicações nacionais como o realizado no Paraná, cujo objetivo foi apreender a percepção de usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado em protocolo de urgência, que evidenciou melhor otimização no atendimento nas urgências a pacientes em risco de morte (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Corroborando com a afirmativa, pesquisa realizada no Serviço de Emergência do Hospital São Paulo (HSP), instituição universitária de alta complexidade, mostrou que a implementação de protocolo institucional de emergência conseguiu prever a mortalidade precoce, aquela ocorrida nas primeiras 48 horas de internação hospitalar (BECKER *et al.*, 2015).

Com base nos aspectos discutidos, pesquisa em Murcia na Espanha, com 32 enfermeiros, que realizaram 410 experiências com protocolo de urgência denominado *El Emergency Severity Index* – ESI, em hospital de alta complexidade, aponta que a implementação de sistema que determine atendimentos adequados ou inadequados ocasiona benefícios tanto para o profissional quanto ao paciente (RUIPÉREZ *et al.*, 2015).

No que diz respeito à concordância dos *experts*, foi desenvolvida por cinco juízes com expertise na temática, especialistas no método e domínio no espanhol. A consistência interna das equivalências foi verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach  $\alpha \geq 0,70$ , com amostra composta por cinco juízes. A análise por meio do Alfa de Cronbach foi útil porque permitiu refletir o grau de confiabilidade dos itens do instrumento. Após a adaptação do PAUH, o resultado foi considerado aceitável para realidade brasileira.

Pesquisa sobre tradução e adaptação de escala sobre hipertensão - HK-LS desenvolvida em Curitiba, a qual utilizou o coeficiente de alfa de Cronbach para avaliar a confiabilidade do instrumento, mostrou resultado no idioma inglês foi de  $\alpha = 0,82$ ; na versão brasileira esse valor correspondeu a 0,92 (ARTHUR *et al.*, 2018).

A avaliação das equivalências do PAUH foi realizada por meio do IVC e obteve evidência satisfatória. O IVC revelou a partir de análise dos especialistas, a representatividade dos itens do PAUH nos aspectos da urgência.

Estudo sobre tradução e adaptação de instrumentos certifica a semelhança das informações obtidas, evidenciando valores de 95% das questões do IVC a valores considerados aceitáveis pela literatura internacional (LOPES; APOLINÁRIO; LIMA, 2017).

Pesquisa realizada por Schumacher e Alexandre (2017), para avaliação das equivalências empregou também o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), e o resultado do índice geral do instrumento foi de 0,95.

Neste estudo, foi possível observar divergência com relação à equivalência experiencial/cultural, assim como no estudo de adaptação transcultural do Questionário de Medicamentos Potencialmente Perigosos, que obtiveram percentual de concordância inferior a 80% entre os juízes, relativo ao IVC (ZANETTI *et al.*, 2016).

A despeito do pré-teste utilizou-se o coeficiente de concordância de Kendall W para associações entre as respostas dadas, evidenciando boa confiabilidade e validade de face aceitável. Tal como verificado no estudo por Jansen *et al* (2019), com 216 estudantes de medicina na Alemanha, no qual verificou-se que os itens analisados apresentaram confiabilidade justa a boa , com valores W de Kendall variando de 0,30 a 0,79.

Na escala original do PAUH aplicou-se como teste estatístico o Kappa de Cohen para validade de critérios e a taxa de concordância observada foi de (68%), estatística Kappa 0,39 (SELVA *et al.*, 1999).

No Brasil, este protocolo foi utilizado em UPAs na cidade de Ouro Preto. Destaca-se que o estudo com delineamento transversal indicou que cerca de (58,9%) dos atendimentos investigados foram considerados inadequados, por não preencherem nenhum dos critérios do PAUH. Os casos adequados foram determinados principalmente pelo preenchimento de critérios do protocolo que faziam menção à administração de fluidos ou medicação por via intravenosa (24,3%), radiologia de qualquer tipo (12,5%) e testes laboratoriais (11,6%). A inadequação estava relacionada aos usuários que buscavam atendimento de forma frequente, por conta própria, durante a semana e os pacientes mais jovens (MACHADO *et al.*, 2015).

A procura inapropriada pode ocorrer pelo fácil acesso ao serviço em qualquer momento, por demanda espontânea e neste caso, existe chance de utilizar inadequadamente este serviço em comparação àqueles encaminhados por profissional de saúde ou por outros hospitais.

No entanto, as etapas recomendadas para o processo de tradução e adaptação não foram realizadas. A análise estatística utilizada foi  $X^2$  de Pearson, para verificar associações entre uso inadequado e demais variáveis. Realizou-se regressão logística binária para

estimação do Odds Ratio, a pesquisa apontou que 58,9% dos atendimentos foram considerados inadequados. A utilização da UPA em dia útil teve maior chance de associação com a inadequação do atendimento (IC = 1,31-2,65), a procura por encaminhamento teve menor chance de inadequação (IC = 0,11-0,64) (MACHADO *et al.* , 2015).

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. Ademais, a vantagem de se ter à disposição um instrumento de baixo custo para ser utilizada na urgência de forma a detectar precocemente os casos menos graves, na tentativa de reduzir a superutilização da rede hospitalar é importante para a assistência e a gestão do cuidado.

Compreende-se por meio da realização desta pesquisa, que desenvolveu-se uma etapa considerável para se dispor na realidade brasileira de um protocolo traduzido e adaptado, no intuito de classificar os casos urgentes, que poderão ser atendidos pelos profissionais enfermeiros e médicos, que trabalham nos serviços de urgência do país, como adequados ou inadequados.

### **5.3 Limitações do estudo**

Pode-se destacar como limitações do estudo o fato de não se encontrar traduções desse instrumento desenvolvidas em outros locais, assim como os detalhes que o protocolo exige para os respondentes, a forma como é escrita e a extensão de cada item. Ressalta-se ainda que 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.

Outro fator limitante refere-se à pandemia COVID-19, visto que sua ocorrência modificou o contexto de trabalho dos participantes atuantes na rede hospitalar, que exigiu sobretudo dos profissionais de saúde demanda de tempo maior no cuidado.

## 6 CONCLUSÃO

O processo de tradução e adaptação do PAUH para o contexto do Brasil originou um instrumento aplicável a nossa realidade. 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, se pode inferir que a versão adaptada do PAUH para o Brasil atestou as equivalências semântica, idiomática e conceitual. Com exceção da equivalência experiencial. A análise obtida por um 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.

Em virtude do período de pandemia, não foi possível a realização da validação de conteúdo, entretanto as pesquisadoras idealizam a construção da pesquisa no doutorado. Além disso, ressalta-se que foram realizadas análises estatísticas preliminares com os dados coletados no pré-teste, que apontam para índices adequados de confiabilidade do instrumento.

O PAUH foi desenvolvido com foco no público adulto e idoso, futuramente esse instrumento será aplicado nesta mesma população no Brasil. Assim, pesquisas futuras poderão contemplar protocolos específicos em outras faixas etárias.

Os resultados encontrados nesse 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 insipiência de produção, principalmente no Brasil.

A utilização do protocolo nas instituições de ensino propiciará a comunidade acadêmica o entendimento sobre como caracterizar pacientes que buscam a rede de saúde hospitalar de forma apropriada ou inapropriada. No âmbito da prática profissional, permitirá a redução da superlotação em hospitais, isso porque estarão de posse de ferramenta útil para ser utilizada na assistência.

Frente ao exposto, faz-se necessário treinar e sensibilizar as equipes no tocante à relevância da aplicabilidade do instrumento para modificação de condutas clínicas inadequadas. 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.

## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**. v.25 n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- AMARANTE, L. C. S. **Caracterização da demanda dos serviços de saúde em unidades de pronto atendimento segundo critérios classificação de risco, características sociodemográficas e superutilização**. Dissertação (mestrado)- Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, Saúde Paulo, 2014. 69 f.
- AMORIM, D. N. P. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 576-83, 2017.
- ARTHUR, J. P. *et al.* Tradução e adaptação transcultural da Hypertension Knowledge-Level Scale para uso no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3073, 2018 .
- BEATON, D. E. *et al.* Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Toronto: Institute for Work & Health, 2007.
- BECKER, J. B. *et al.* Triage no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Revista da escola de enfermagem USP**. v. 49, n. 5, p. 783-789, 2015.
- BORGES, P. K. *et al.* Sensitive hospitalizations to primary care and care in the health care network. **Revista Rene**, v. 17 n. 5, p. 668-675, 2016.
- BRAGA, L. M.; TORRES, L. M.; FERREIRA, V. M. The influence of working conditions in the nursery activities. **Revista de Enfermagem UFJF**, v. 1, n. 1, p. 55-63, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf). Acesso em: 18 junho. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf). Acesso em: 04 de Junho 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Brasília: Diário Oficial da União, 2008a. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 02 de Junho 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 04 de Junho 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1600 de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 01 de março 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E Legislação em Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 04 de Junho 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 04 de Junho 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_). Acesso em: 07 de Julho 2019.

BREMER, A. *et al*. Translation and further validation of a global rating scale for the assessment of clinical competence in prehospital emergency care. **Nurse Education in Practice**, v. 47, p. 102841, 2020.

CABRAL, C.C.O. *et al*. Qualidade de vida de enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgências. **Texto Contexto – enfermagem**, v. 29, p.e20180100, 2020.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CATHAIN, A.; CONNELL, J.; COSTER, J. Clinically unnecessary use of emergency and urgent care: A realist review of patients' decision making. **Health Expect**, v. 22, n.1 p. 1-22, 2019.

FÁVERO, L. P. *et al*. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FEIJÓ, V. B. E. R. *et al*. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde debate [online]**, v. 39, n. 106, p. 627-636, 2015.

FERNANDES, J. C. *et al*. Working hours and health in nurses of public hospitals according to gender. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 63, p.1-14, 2017.

FREIRE, A. B. *et al.* Serviços de urgência e emergência: Quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 195-200, 2015.

FUENTE, D. O. *et al.* O melhor acesso à atenção primária reduz a utilização de serviços de emergência e acidentes hospitalares? Uma análise de série temporal. **European Journal of Public Health**, v. 17, n. 2, p. 186-192, 2007.

GÓMEZ, J. O. *et al.* Inappropriate visits to emergency department of a general hospital. **Medicina Clinica**, v. 30, n.10 p. 377-8, 2000.

GONÇALVES, A. V. F.; BIERHALS, C. C. K.; PASKULIN, L. M. G. Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 14-20, 2015.

GUARDA, F. R. B; SILVA, R.N.S; TAVARES, R.A.W. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Pan-Amazonica de Saude**. v. 3, n. 2, p. 17-24. 2012.

GUEDES, H. M. *et al.* Relação entre as queixas apresentadas pelos pacientes de urgência e o desfecho final. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 587-594. 2015.

GUILLEMIN, F., BOMBARDIER, C., BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.46, p. 1417-1432, 1993.

HENDRICSON, W.D. *et al.* Development and initial validation of a dual language English-Spanish format for the Arthritis Impact Measurement Scales. **Arthritis Rheum**, v.32. p.1153-1159, 1989.

JANSEN, J. *et al.* German version of the Death Attitudes Profile- Revised (DAP-GR) – translation and validation of a multidimensional measurement of attitudes towards death. **BMC Psychology**, v. 7, n. 61. p. 1-11. 2019.

LANDIS, J.; KOCH, G. G. The measurements of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-179, 1977.

LEE, J. H. *et al.* Over-triage occurs when considering the patient's pain in Korean Triage and Acuity Scale (KTAS). **PLOS ONE**, v.14 n.5, p. 1-16, 2019.

LIMA, D. B. FREITAS, C. P. P. Perfil sociodemográfico da enfermagem intensivista e suas relações com engajamento e *workaholism*. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 5, n. 12, p. 206-220, 2020.

LINO, C.R.M. *et al.* Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do brasil: uma revisão integrativa. **Texto contexto - enfermagem**, v. 26, n. 4., p. e1730017, 2017.

LOPES, I. M.; APOLINARIO, P. P.; LIMA, M.H.M. Tradução e adaptação do “Perception of Severity of Chronic Illness” à cultura brasileira em adolescentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n. 4, p. e59770, 2017.

LÓPEZ, J. S. *et al.* Proposta e validação do Protocolo de Adaptação de Emergência Hospitalar modificado. **Medicina Clínica**, v. 122, n. 5, p. 177-179, 2004.

MACHADO, G.V.C. *et al.* Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 23, n.4, p. 416-424, 2015.

MATOS, Y. V.; BRENDA, D. Perfil dos pacientes atendidos na unidade pronto atendimento, Jardim Veneza, Cascavel-PR. **FAG Journal of Health**, v. 2, n. 1, p. 56- 66, 2020.

MAUÉS, C. R. *et al.* Formação e Atuação Profissional de Médicos Egressos de uma Instituição Privada do Pará: Perfil e Conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista brasileira de educação médica**, v. 42, n. 3, p. 129-145, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011. 549 p.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.

NOGUEIRA, A. L. G. *et al.* Nurses’ expectations about the succession of leaders in the hospital context. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3178, 2019 .

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. **Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT – SERGIPE**, v. 4, n. 2, p. 114, 2017.

OLIVEIRA, J.L.C. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto contexto-enfermagem**, v.26, n.1, p. e0960014, 2017.

OMRAN, A. The epidemiologic Transition: A theory of the Epidemiology of Population Change. **Milbank Memorial Fund Quartely**, v. 49, n. 1, p. 508- 538, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. São Paulo: Universidade de São Paulo/Organização Mundial da Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em 24 out. 2020

OTERINO, D. *et al.* Utilización inadecuada de un servicio de urgências hospitalário. Uma evaluación com critérios explícitos. **Gaceta Sanitaria**, v.13, n. 5, p. 361-370, 1999.

PADILHA, A. R. S. *et al.* Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde debate**, v. 42, n. 118, p. 579-593, 2018.

PAZÓ, R.G. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado do Espírito Santo – 2000 a 2014**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

PEREZ, I.S. *et al.* Urgencias hospitalarias procedentes de residencias geriátricas de una comarca: evolución, características y adecuación. **Gaceta Sanitaria**, v. 32, n. 1, p. 27-34. 2018.

PETERSEN, R. S. *et al.* Tradução, adaptação e validação da Escala de Instabilidade no Trabalho de Enfermagem para português brasileiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3170, 2019.

PINTO JÚNIOR, E. P. *et al.* Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n. 2, p. e00133816, 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RAMADA-RODILLA, J. M. R.; PUJADAS, C. S.; DELCLÓS-CLANCHET, G. L. Adaptação cultural e validação de questionários de saúde: revisão e recomendações metodológicas. **Salud Pública de México**, v. 55, n. 1, p. 57-66, 2013.

REIS, P.A.M. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Quality of Life Index Spinal Cord Injury - Version III. **Revista escola de enfermagem USP**, v. 49, n. 3, p. 401-408, 2015.

RUIPEREZ, T.H. *et al.* Evidencias de validez del sistema de triaje Emergency Severity Index en un servicio de urgencias de un hospital general. **Emergencias**, v. 27, n. 5 p. 301-306, 2015.

SCHUMAHER, M. L. N; ALEXANDRE, N. M. C. Tradução e adaptação transcultural do *psychological empowerment instrument* para o contexto brasileiro. **REME – Rev Min Enfermagem**, v. 21, p. 1-9, 2017.

SELVA, T.S. *et al.* Validez del protocolo de adecuación de urgências hospitalarias. **Revista Española de Salud Publica**, v.73, n. 4, p.465-479, 1999.

SELVA, T.S. *et al.* : Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, 16 associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. **Annals of Emergency Medicine**, v.37, n.6, p. 568-579, 2001.

SILVA, M.V.R. *et al.* Implementation of an Acute Coronary Syndrome Simulation Training Strategy for Emergency Healthcare Professionals. **International Journal of Cardiovascular Science**, v. 32, n. 3, p. 227-237, 2019 .

SILVA, V. L. S. *et al.* Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 51, p.e03206, 2017.

SOUSA, C.S. *et al.* Tradução e adaptação do instrumento “Suitability assessment of materials” (SAM) para o português. **Revista de Enfermagem. Reuol**, v.9, n.5, p.7854-7861, 2015.

SOUSA, K. H. J. F. L. *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180263, 2019.

SOUZA, L. C. *et al.* Fatores associados ao uso não urgente de unidades de pronto atendimento: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 56-65, 2020.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**. v. 80, n. 3 p. 217-222, 2003.

TAVARES, J.; LOVATE, T.; ANDRADE, I. Transição epidemiológica e causas externas de mortalidade na região sudeste do Brasil. **GOT**, n. 15, p. 453-479, 2018.

TERESINA. Fundação Municipal de Teresina. **Hospital de Urgência Dr. Zenon Rocha (HUT)**. 2018. Disponível em: <http://fms.teresina.pi.gov.br/hospital-de-urgencia-dr-zenon-rocha-hut>. Acesso em: 4 fevereiro 2020.

VALDÉS, R. *et al.* Evaluación de la atención urgente en un centro de salud. Adecuación de la demanda. **Revista Centro de Salud**, v.10, p.487-494, 2002.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, v. 265, p. 885-892, 1961.

WILEY, J.F. *et al.* A comparison of pediatric emergency medicine and general emergency medicine physicians' practice patterns: results from the Future of Pediatric Education II Survey of Sections Project. **Pediatrics Emergency Care**, v.18 n.3, p.153-158, 2002.

ZANETTI, A. C. B. *et al.* Tradução para português do Brasil e adaptação cultural de um questionário sobre medicamentos potencialmente perigosos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 37, n. 3, p.e59200, 2016.

## **APÊNDICES**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE A – Carta de consentimiento solicitud de uso del instrumento**

Hola, profesor.

Mi nombre es Ana Maria Ribeiro dos Santos, soy profesora del curso de licenciatura y posgrado de enfermería en la Universidade Federal do Piauí, ubicada en Piauí, Brasil. Estoy desarrollando una guía sobre un proyecto de tesis sobre el uso de los Hospital de urgencias de Teresina-HUT, que ha sido realizado por mi maestro, Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira. Inicialmente, la investigación se llevó a cabo en una base de datos científica, en la que se encontró su artículo sobre el desarrollo de un protocolo de adecuación de urgencia hospitalaria (PAUH) y realmente aprecié su investigación. Me gustaría que supiera que estoy interesado en aplicar su instrumento a mi investigación. Pretendo hacer un proceso de traducción y adaptación cultural a Brasil. También se encontraba un estudio brasileño, que utilizaba su Protocolo. Sin embargo, contactamos con el autor de esta investigación que nos informó de no haber realizado la traducción de la PAUH.

Me gustaría saber:

Su Protocolo se desarrolló en Español?

El protocolo ha sido traducido al portugués?

Se adaptó el protocolo a Brasil?

Autorizará la traducción, la adaptación cruzada y el uso de su protocolo en Brasil?

Si su respuesta es positiva, podría enviarme una copia de la versión final del Protocolo?

Muchas gracias por su atención,

**Saludos**

**Ana Maria Ribeiro dos Santos.**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE B - Descrição do procedimento metodológico da pesquisa para o autor do instrumento**

**Descripción del procedimiento metodológico de la investigación para el autor del instrumento**

Estimado profesor

En el momento en que el cumplimiento reporta aspectos relacionados con el desarrollo del estudio a realizar. El protocolo se utilizará en una población de profesionales de la salud doctores y enfermeras del Hospital de urgencias de Teresina-HUT. El objetivo de este estudio es verificar el uso inadecuado de este servicio de atención de urgencia por parte de los población y, a partir de esto, implementar estrategias para adaptar el uso correcto de estos servicios. Para ello, el primer procedimiento consiste en traducir y adaptar el protocolo de adecuación de urgencia hospitalaria (PAUH)

El protocolo se traducirá según Beaton et al (2007), que incluye seis etapas. El proceso de adaptación cultural comenzará con la traducción del PAUH. Se realizarán dos traducciones del idioma original (español) para el portugués brasileño. Las dos traducciones se compararán para identificar discrepancias idiomáticas, ambigüedades e identificación de palabras más apropiadas. Los dos traductores independientes elaborarán un informe escrito de la traducción que hicieron. Se incluirán comentarios para resaltar frases o incertidumbres desafiantes, junto con la lógica para las elecciones finales.

Los dos traductores serán bilingües, con fluidez en español, idioma que se creó el instrumento PAUH, y tendrán como lengua nativa el portugués brasileño, idioma al que se traducirá el instrumento. Las traducciones a la lengua materna, o el primer idioma del traductor, son más propensas a reflejar con precisión los matices de este idioma. Otra recomendación adoptada será que uno de los traductores debe ser consciente del tema y el otro traductor no debe.

La segunda etapa consiste en - Síntesis de traducciones:

Para producir una síntesis de las dos traducciones, se debe añadir una tercera persona al equipo, cuyo objetivo será resolver las discrepancias. El papel de esta persona será mediar en

discusiones sobre las diferencias de traducción y producir el informe del proceso. Está destinado a trabajar a partir del cuestionario original, así como de la primera versión del Traductor (T1) y el segundo traductor (T2), se producirá una síntesis de estas traducciones, lo que dará lugar a una traducción común (T-12). El informe escrito se construirá de manera juiciosa, el proceso de síntesis, cada pregunta abordada y cómo se resolvió y completó. Es importante que todas las cuestiones se resuelvan por consenso.

#### Paso 3- Backtranslation:

Se realizarán dos traducciones posteriores para el idioma de origen. Se trata de un proceso de verificación de validez para asegurarse de que la versión traducida refleje con precisión el contenido del elemento de la versión original. Los traductores tendrán como lengua materna el idioma original del instrumento (español). Este paso permitirá verificar la precisión de la traducción y la eliminación de errores.

Estas dos traducciones serán realizadas por otros dos traductores, y que no conocerán la versión original del instrumento, así como no tendrán conocimiento según el tema y los objetivos de la traducción. Las principales razones de esto son evitar el sesgo de la información y elevar significados inesperados de los elementos en el instrumento traducido, lo que puede aumentar la probabilidad de "high light imperfections".

#### Paso 4 - Revisión por un comité de expertos:

En esta etapa se elaborará la versión pre-final de PAUH para su aplicación en la población de enfermeros y médicos. Esta evaluación que realizará el grupo de expertos utilizará un consolidado basado en el instrumento original, en cada punto, las instrucciones, las opciones de respuesta y la puntuación del instrumento, así como las traducciones, síntesis y traducciones.

#### Paso 5 - Prueba previa:

Se trata de una prueba de campo con la participación de los médicos y enfermeros, basada en la definición de los objetivos del estudio. Esto para investigar lo que entienden significa que cada elemento del instrumento y sus respuestas. La distribución de las respuestas se examinará para buscar una proporción de los elementos que faltan o las respuestas individuales.

La prueba previa será la penúltima etapa del proceso de adaptación cultural, en la que se utilizará la versión pre-final del PAUH, su aplicación estará dirigida a 30 profesionales de la salud, incluidos enfermeros y médicos.

#### Paso 6 - Presentación de la versión a los autores del protocolo:

A través de la realización de todas las etapas de traducción y adaptación cultural se remitirán todos los documentos e informes de los procedimientos realizados para los autores del instrumento para su aprobación. Esto es relevante para verificar el cumplimiento de todos los pasos del proceso

Es importante resaltar que la traducción y la adaptación cultural del instrumento se desarrollarán en el programa maestro, y la validación del instrumento se realizará en un programa de doctorado.

El cuestionario es realmente importante porque puede explotar la realidad de un uso inapropiado por parte de personas mayores en el servicio de emergencia en Brasil y será un paso importante para desarrollar un protocolo de emergencia hospitalaria.

Muchas gracias por su atención,

Saludos.

Ana Maria Ribeiro dos Santos

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE C– Carta convite ao grupo de *experts***

Prezado (a) *Experts* (a)

Sou aluna do Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Estou realizando um estudo cujo objetivo é traduzir e adaptar o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* para o Brasil sob orientação da Profa. Doutora Ana Maria Ribeiro dos Santos.

Convido-o a avaliar o conteúdo e aparência da primeira versão do *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* no Brasil. Assim, será elaborado um formulário de avaliação com perguntas fechadas e abertas.

Para o julgamento das informações contidas no instrumento, solicito a vossa contribuição referente:

- 1- Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 2- Responder formulário de caracterização de expert;
- 3- Leitura e manuseio do *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias*;
- 4- Preencher o protocolo de avaliação do processo de tradução e adaptação, que inclui também avaliação das traduções, síntese das traduções e retrotradução.

Informo que após a avaliação do grupo de *experts*, o Protocolo será entregue aos profissionais enfermeiros e médicos que trabalhem no Hospital de Urgência de Teresina- PI-HUT.

Após avaliação do processo de tradução e adaptação do protocolo, será realizada a versão final deste para impressão.

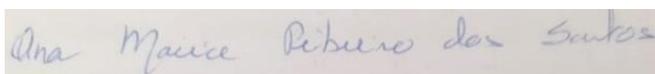
Agradecemos antecipadamente a vossa disponibilidade em compartilhar a experiência e conhecimento na avaliação do Protocolo. Entretanto, solicitamos por gentileza, da avaliação no prazo máximo de 15 dias, com o objetivo de cumprirmos o cronograma de execução da pesquisa.

Colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos.

**Rouslanny kelly Cipriano de oliveira**

Mestranda- UFPI

E-mail: [rousykelly@hotmail.com](mailto:rousykelly@hotmail.com)



**Ana Maria Ribeiro dos Santos**

Orientadora- UFPI

E-mail: [ana.mrsantos@gmail.com](mailto:ana.mrsantos@gmail.com)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: *experts***

Prezado, você está sendo convidado a participar da pesquisa de Dissertação de Mestrado intitulada: **“Tradução e Adaptação do *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias para o Brasil*”**. A presente pesquisa tem se mostrado necessária, uma vez que os serviços de urgência se encontram, quase sempre, com suas capacidades de lotação acima do planejado, ao se considerar que muitas vezes, poderiam ser resolvidas na atenção básica.

**Objetivo do estudo:** Traduzir e adaptar o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* - PAUH para o português do Brasil.

**Procedimentos do estudo:** A pesquisa consiste na tradução e adaptação do instrumento PAUH para o português do Brasil. Assim, caso concorde em participar, inicialmente, solicita-se que assine este documento de consentimento, responda ao formulário de caracterização e, a seguir, de posse dos documentos de tradução, retrotradução e síntese, analise as equivalências semântica, conceitual, idiomática e cultural do protocolo traduzido.

**Sigilo:** Sua identidade permanecerá em sigilo e todos os arquivos ficarão sob responsabilidade do pesquisador por cinco anos e após esse período serão destruídos.

**Riscos:** A pesquisa apresentará riscos mínimos aos participantes, *experts*, enfermeiros e médicos, como sentirem-se desconfortáveis e exaustos em responder as questões do instrumento PAUH. No entanto, a aplicação dos instrumentos será conduzida em ambiente e horário adequados, as dúvidas serão esclarecidas, e reafirmado o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas. Os *experts* poderão escolher o melhor horário para preencher o formulário.

**Benefícios:** A tradução do protocolo para o Brasil trará contribuições à Saúde da população e aos gestores de saúde do país que passarão a contar com instrumento traduzido e adaptado para a língua brasileira que detecta a procura adequada ou inadequada ao serviço de urgência, permitindo o diagnóstico real e, assim, poderá possibilitar a adoção de estratégias resolutivas e preventivas em relação a esta busca que atendem a realidades específicas.

Sua participação é voluntária e também não terá nenhuma despesa com ela. A qualquer momento é seu direito desistir de participar, e isso não trará qualquer prejuízo para você. Em caso de dúvida, ligue para a pesquisadora Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira, por meio do número (89) 999863582 ou envie mensagem para o email: rousykelly@hotmail.com Esta pesquisa será apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro: Ininga. CEP: 64.049-550, Teresina - PI. Fone: (86) 3237-2332, E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br).

Caso concorde em participar, por favor, preencha os dados abaixo e registre seu consentimento de participação.

Grata pela sua relevante contribuição,

---

**Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira**

---

**Ana Maria Ribeiro dos Santos**

**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO:**

Eu, \_\_\_\_\_ portador do CPF: \_\_\_\_\_, declaro aceitar participar da pesquisa apresentada acima, e estou ciente das informações sobre minha participação, os riscos e os benefícios do estudo. Foi esclarecido o meu direito de desistir da participação a qualquer momento sem prejuízos.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Teresina, PI, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE E - Formulário para caracterização dos *experts***

Data: ___/___/___	Formulário nº _____	Entrevistador: _____
-------------------	---------------------	----------------------

**DADOS DO PARTICIPANTE**

Identificação (código): \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

**1. Sexo:**

1. Masculino

2. Feminino

**2. Qual a sua data de nascimento?**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**3. Maior titulação**

1. Doutorado

2. Pós-Doutorado

**4. Área de especialidade**

**5. Experiência profissional atual (pode assinalar mais de uma)**

1. Assistência à saúde em atenção primária

2. Assistência à saúde em atenção secundária

3. Assistência à saúde em atenção terciária

4. Docência	5. Pesquisa	6. Gestão	
<b>6. Experiência assistencial em urgência?</b>		1. Sim	2. Não
<b>7. Experiência docente que envolva urgência?</b>		1. Sim	2. Não
<b>8. Experiência com tradução e adaptação de instrumentos?</b>		1. Sim	2. Não
<b>9. Publicação de artigo científico na área de urgência?</b>		1. Sim	2. Não
<b>10. Publicação de artigo científico sobre tradução e adaptação de instrumentos?</b>		1. Sim	2. Não

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE F-Instrumento de avaliação das equivalências**

**Título do projeto:** “Tradução e adaptação do *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* para o Brasil”.

**Pesquisadores:** Ana Maria Ribeiro dos Santos e Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

**Contato:** (86) 99825905 ana.mrsantos@gmail.com e (89) 99863582 rousykelly@hotmail.com .

Prezado (a) colega, você é convidado a fazer parte do comitê de juízes para avaliar as equivalências entre a versão original do “*Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias - PAUH*”, instrumento de autoria de Salvador Peiró, cujo objetivo consiste em desenvolver e validar um instrumento objetivo para a identificação de emergências hospitalares em inadequadas, procurando a definição precisa destas, assim como a sua magnitude e distribuição.

O instrumento é composto por 76 itens e se inicia com a obtenção de uma série de dados sobre os critérios de elegibilidade para a utilização do serviço de urgência. A segunda seção refere-se a perguntas sobre as causas de utilização inapropriada dos serviços de emergência.

Considerando as diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento (Espanhola), estamos realizando a adaptação cultural do mesmo para a utilização dentro do contexto sociocultural do Brasil, seguindo, para tanto uma metodologia fundamentada no rigor científico proposto por especialistas em adaptação cultural de instrumentos de medidas cognitivas e comportamentais.

Solicito assim, sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as versões original e traduzida do referido instrumento, levando em conta as seguintes orientações: 1. Equivalência Semântica refere-se à correspondência do significado das palavras; baseada na avaliação gramatical e do

vocabulário, isto é, as palavras possuem os mesmos significados? Visto que, muitas palavras de um idioma podem não possuir tradução adequada para outro idioma.

2. Equivalência Idiomática refere-se ao uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas; algumas palavras, termos e expressões idiomáticas são difíceis de traduzir, logo caso haja dificuldades na compreensão de algum item, por favor, sugira palavras, termos ou expressões idiomáticas equivalentes.

3. Equivalência Cultural ou Experiencial as situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural; além de utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população à qual se destina.

4. Equivalência Conceitual representa a coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir. Palavras, frases ou expressões podem ter equivalência semântica e serem conceitualmente diferentes. Os conceitos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população do Brasil.

3. Os itens identificados pela letra A correspondem aos itens em sua forma original;

4. Os itens identificados pela letra B correspondem aos itens que ainda serão traduzidos para o português após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa;

Para cada um dos tópicos a seguir utilize a escala, conforme demonstrada abaixo, para indicar sua avaliação quanto a equivalência, marque com um X o campo correspondente a sua opção. Por favor sugira mudanças em caso das respostas estarem nos valores de -1 ou 0.

Escala de Equivalência	
Não equivale	-1
Indefinido	0
Equivale	+1

Vejamos:

A				B
1 CRITERIOS DE GRAVEDAD				1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
1.1 Pérdida de conciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente)				1.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
1.2 Pérdida brusca de visión o audición				1.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
1.3 Alteraciones pulso (<50/>140 pulsaciones/minuto) y arritmias.				1.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
1.4 Alteración presión arterial (sistólica: <90/>200 mmHg; diastólica: <60/>120 mmHg).				1.4
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
1.5 Alteraciones de electrolitos o gases sanguíneos (No considerar en pacientes com alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiência respiratoria crónica, etc.)				1.5
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
1.6 Fiebre persistente (5 días) no controlada con tratamiento en atención primaria.				1.6
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
1.7 Hemorragia actia ( hematemesis, epíxtasis, melenas, etc.) Excluye heridas superficiales que solo requieren sutura				1.7
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
1.8 Perdida brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo				1.8
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
<b>2 CRITERIOS DE TRATAMIENTO</b>				<b>2.</b>
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.1 Administración de medicación o fluidos por vía intravenosa (excepto mantenimiento de vía)				2.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.2 Administración de oxígeno				2.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.3 Colocación de yesos (excluye vendajes)				2.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.1 Intervención/procedimiento realizado en quirófano.				2.4
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
<b>3 CRITERIOS DE INTENSIDAD DIAGNÓSTICA</b>				<b>3.</b>
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
3.2 Radiología de cualquier tipo				3.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
3.3 Pruebas de laboratorio (excepto glucemia en diabéticos que acuden por motivos no relacionados con la diabetes y pruebas de glucemia en tira seca)				3.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
3.4 Electrocardiograma (excepto cardiopatía crónica que acude por problemas no relacionados cardiopatía).				3.4
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
<b>4 OTROS CRITERIOS</b>				<b>4</b>
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
4.1 El paciente está más de 12 horas en observación en el SUH				4.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
4.2 El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro hospital				4.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
4.3 El paciente fallece en el SUH				4.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
4.9 Otros en paciente derivado por un médico (especificar).				4.9
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
<b>5 CRITERIOS APLICABLES SÓLO A PACIENTES QUE ACUDEN ESPONTANEAMENTE</b>				5.
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
5.1 Proviene de un accidente (trafico, laboral, en lugar público, ...) y hay que evaluar al				5.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
5.2 Síntomas que sugieren urgencia vital: dolor torácico, disnea instauración rápida, tiraje, dolor abdominal agudo.				5.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
5.3 Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso.				5.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
5.4 Al paciente le ha dicho un médico que acuda a Urgencias si se presenta el sintoma				5.4
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
5.5 Requiere atención medica <i>primaria</i> con rapidez y el hospital es el centro mas cercano				5.5
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
5.9 Otros en pacientes espontáneos (especificar).				5.9
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
<b>1 PACIENTES DERIVADOS POR UN MEDICO</b>				1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
1.1 No es una urgencia. No requiere atención inmediata.				1.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
1.2 El paciente requiere atención inmediata, pero resoluble fuera del hospital.				1.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
1.3 Remitido desde Consulta Externa para agilizar el diagnóstico				1.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultura				
Conceitual				

A				B
1.4 Remitido por error				1.4
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
1.9 Otros: especificar				1.9
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
<b>PACIENTES ESPONTÁNEOS</b>				
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
<b>2. Demora excesiva en otro dispositivo asistencial:</b>				2.
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.1 Lista de espera quirúrgica				2.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.2 Lista de espera de consulta externa hospitalaria				2.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.3 Consulta externa hospitalaria (demora entre visitas)				2.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.4 Consulta de especialista de zona				2.4
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.5 Consulta en atención primaria (cita previa)				2.5
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.6 Pruebas diagnósticas solicitadas por atención primaria o especialista de zona				2.6
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
2.7 Pruebas diagnósticas solicitadas por el hospital				2.7
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
Otros: especificar				
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
<b>3. Fallo en la atención continuada</b>				<b>3</b>
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
3.1 La consulta del médico general ha finalizado				3.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
3.2 Demora en visita a domicilio de atención primaria				3.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
3.3 Demora en visita a domicilio del Servicio de Urgencias				3.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
3.4 Imposibilidad de contactar con el centro de salud				3.4
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
3.5 Imposibilidad de contactar con el Servicio de Urgencias				3.5
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
3.9 Otros: especificar				3.9
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
<b>4 El paciente no conoce como utilizar el dispositivo asistencial</b>				<b>4</b>
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
4.1 No tiene medico de cabecera asignado				4.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
4.2 No conoce la localización/teléfono de su medico de cabecera				4.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
4.3 No conoce la existencia/localización/teléfono del Servicio de Urgencias				4.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
4.9 Otros: especificar				4.9
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
<b>5 Mayor confianza en el hospital o desconfianza en el dispositivo de atención primaria</b>				<b>5</b>
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
5.1 Ha acudido al medico de cabecera y “no se fia”				5.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
5.2 - Ha acudido al Servicio de Urgencias y “no se fia”				5.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				
<b>A</b>				<b>B</b>
5.3 Acudió directamente a Urgencias Hospitalarias.				5.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
5.4 Tiene historia abierta en el hospital y cree que será mejor atendido.				5.4
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
5.9 Otros: especificar				5.9
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
<b>6. Comodidad y problemas del paciente o su entorno:</b>				<b>6.</b>
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
6.1 Vive cerca/No pierde horas trabajo/atención rápida/mas cómodo/...				6.1
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
6.2 Problemas del paciente: enfermedad mental, hipocondría, simulador, ...				6.2
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

A				B
6.3 Búsqueda de una exploración (radiología, analítica, ...)				6.3
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
6.4 La familia quiere ingresar al paciente.				6.4
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
6.5 Requerimiento de una autoridad pública: policía, juez, ...				6.5
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
6.9 Outros: especificar				6.9
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

<b>A</b>				<b>B</b>
9 Outros: especificar				9
Equivalência	-1	0	+1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Enfermeiros e médicos**

Prezado (a) Senhor (a)

Estou realizando a pesquisa “**Tradução e Adaptação do Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias para o Brasil**”, sob orientação da Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. O (A) Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma voluntária. Assim, não receberá nenhuma remuneração financeira, não terá nenhuma despesa e poderá desistir, retirando o seu consentimento, a qualquer tempo, independente de justificativa e sem penalidades. Antes de concordar em participar é muito importante que o(a) Sr.(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento referentes ao estudo e os pesquisadores procurarão responder a todas as suas dúvidas. Após o(a) Sr.(a) estar esclarecido(a) sobre as informações, a seguir, no caso de aceitar em fazer parte do estudo, solicitamos que assine este documento, e receba a sua via, pois o termo será emitido em duas vias, uma é de sua posse e a outra é de posse do pesquisador responsável. Em caso de dúvida, ligue para a pesquisadora Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira, por meio do número (89) 999863582 ou envie mensagem para o e-mail: rousykelly@hotmail.com

**Objetivo do Estudo:** Traduzir e adaptar o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* - PAUH para o português do Brasil.

**Procedimentos do estudo:** A pesquisa consistirá na tradução e adaptação do instrumento PAUH para o português do Brasil, a qual contará com a participação de *experts* que avaliarão o referido Protocolo. Posteriormente, após leitura e análise deste instrumento em questão e, de um formulário de dados de identificação, solicitamos que o Sr (a) analise e responda as perguntas neles contidas.

**Sigilo:** Sua identidade permanecerá em sigilo e todos os arquivos ficarão sob responsabilidade do pesquisador por cinco anos e após esse período serão destruídos.

**Riscos:** A pesquisa apresentará riscos mínimos aos participantes, como sentirem-se desconfortáveis e exaustos em responder as questões do Protocolo PAUH. No entanto, a aplicação dos documentos será conduzida em ambiente e horário adequados, as dúvidas serão esclarecidas, e reafirmado o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas.

**Benefícios:** Como benefícios, a tradução do Protocolo para o Brasil trará contribuições à Saúde da população e aos gestores de saúde do país que passará a contar com um instrumento traduzido e adaptado para a língua nacional que detecta a procura adequada ou inadequada ao serviço de urgência, permitindo o diagnóstico real e, assim, possibilitar a adoção de

estratégias resolutivas e preventivas em relação a esta busca que atendem a realidades específicas.

A pesquisa será apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro: Ininga. CEP: 64.049-550, Teresina - PI. Fone: (86) 3237-2332, E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br).

---

**Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira**

---

**Ana Maria Ribeiro dos Santos**

**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO:**

Eu, \_\_\_\_\_ portador do  
CPF: \_\_\_\_\_, declaro aceitar participar da pesquisa apresentada acima, e estou  
ciente das informações sobre minha participação, os riscos e os benefícios do estudo. Foi  
esclarecido o meu direito de desistir da participação a qualquer momento sem prejuízos.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Teresina, PI, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE H - Formulário para caracterização dos enfermeiros e médicos**

Data: ___/___/____      Formulário nº ____      Entrevistador: _____
<b>DADOS DO PARTICIPANTE</b>
<b>Identificação (código):</b> _____

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
<b>1. Sexo:</b>	
1. Masculino	2. Feminino
<b>2. Qual a sua data de nascimento?</b>	
___/___/____ Idade: ____	

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
<b>3. Qual o seu Estado Civil?</b>			
1. Solteiro	2. Casado	3. Divorciado	4. União estável
5. Separado/Desquitado	6. Viúvo	99. Não sabe/Não respondeu	
<b>4. Formação</b>			
1. Especialização	2. Mestrado	3. Doutorado	
4. Pós – doutorado			
<b>5. Tempo de experiência profissional na urgência</b>			
1. Menos de 1 ano	2. 1 a 5 anos	3. 6 a 10 anos	

4. Mais de 10 anos		
<b>7. Renda mensal</b>		
1. Até 3 salários mínimos	2. 3 até 10 salários mínimos	
3. Acima de 10 salários mínimos		
88.Outras: _____		

Fonte: Autora 2019.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE I – Carta de encaminhamento do projeto de pesquisa ao CEP**

Teresina, \_\_\_\_ de setembro de 2019

Prof. Dr. Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI/ CMPP.

Caro Prof,

Estou enviando o projeto de pesquisa intitulado “o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* para o Brasil”, para a apreciação por este comitê no tocante a mudança de local do estudo. Confirmando que eu e a pesquisadora participante Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira realizamos a leitura e estamos cientes do conteúdo da resolução 466/12 do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).

Confirmando também:

- 1- que esta pesquisa ainda não foi iniciada,
- 2- que não há participação estrangeira nesta pesquisa,
- 3- que comunicarei ao CEP-UFPI os eventuais eventos adversos ocorridos com o voluntário,
- 4- que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-UFPI,
- 5- que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UFPI.

Atenciosamente, **Pesquisador responsável**

Assinatura:

Nome: Ana Maria Ribeiro dos Santos

CPF: 182.766.603-04

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Área: Centro de Ciências da Saúde

Departamento: Programa de Pós-graduação em Enfermagem

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE J – Termo de Confidencialidade**

**Título do projeto:** Tradução e adaptação do o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias* para o Brasil

**Pesquisador responsável:** Ana Maria Ribeiro dos Santos

**Pesquisadora participante:** Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

**Telefone para contato:** (86) 99825905; (89) 99863582      **Local da coleta de dados:** HUT.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por meio do preenchimento do instrumento de pesquisa: o protocolo que será adaptado. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no prédio do programa de pós-graduação de Enfermagem por um período de 2 anos sob a responsabilidade da Prof. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

---

Ana Maria Ribeiro dos Santos

CPF: 182.766.603-04

---

Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira

CPF:010.779.343-1

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE K – Declaração de Compromisso das Pesquisadoras**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI,

Eu, **Ana Maria Ribeiro dos Santos**, pesquisadora responsável e Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira, pesquisadora participante da pesquisa intitulada “**Tradução e adaptação do o *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias para o Brasil***” declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos das Resoluções Nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 e Nº 510/2016, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).
- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Ana Maria Ribeiro dos Santos da área de Enfermagem da UFPI; que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
**Ana Maria Ribeiro dos Santos** – CPF: 182.766.603-04

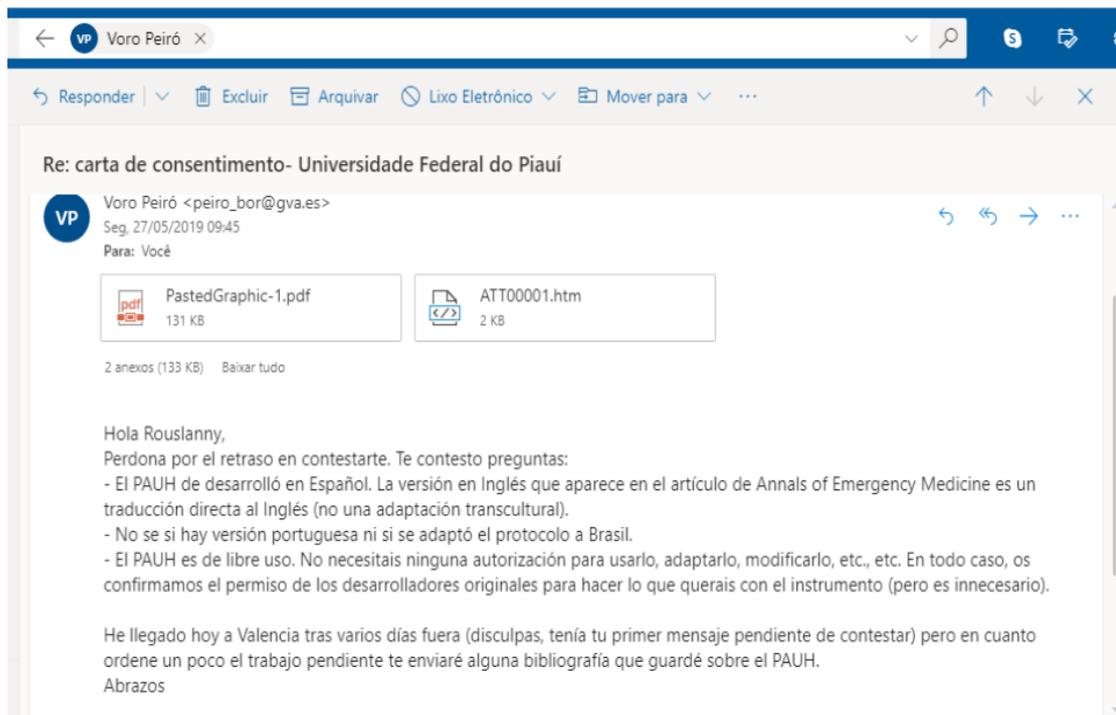
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
**Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira** – CPF: 010.779.343.-19  
Pesquisadora Participante

**ANEXOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ANEXO A - Permissão dos autores para a adaptação e o uso do instrumento**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ANEXO B - Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH)**



**Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH).**

FISABIO | SALUD PÚBLICA - Área de Investigación en Servicios de Salud

Hospital General Universitario de Elche – Unidad de Medicina de Corta Estancia



El Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH; tabla 1) esta constituida por 5 apartados que incluyen criterios de gravedad, tratamiento, pruebas diagnósticas, resultados y un último apartado aplicable sólo a pacientes que acudieron al SUH sin ser derivados por un médico.

Los criterios 1.1 a 1.8 responden a la valoración de gravedad y se centran, sobre todo, en la estabilidad de los sistemas fisiológicos (pulso, presión, temperatura, equilibrio electrolítico, gases) y en la pérdida brusca de funcionalidad de algún órgano o sistema (incluyendo fracturas, hemiplejías, etc.).

El segundo bloque de criterios (2.1 al 2.4) se basa en la realización en urgencias de tratamientos que se relacionan con la gravedad o cuya realización en atención primaria -aun no imposible- puede ser dificultosa en algunos momentos. Además de los procedimientos realizados en quirófano y la puesta de yesos, se incluye la administración de oxígeno, de cualquier fármaco por vía intravenosa y de fluidos cuando se indican con cualquier finalidad que no sea el mantener una vía de forma preventiva.

El tercer bloque de criterios (3.1 a 3.4) se fundamenta en la realización de pruebas diagnósticas en urgencias que orientan hacia la necesidad de hacer un diagnóstico rápido. Al emplear estos criterios (al igual que los criterios de tratamiento) los facultativos de urgencias hospitalarias asumen la necesidad de realizar tales procesos de forma urgente y, por tanto, se evalúa la adecuación frente a las actuaciones reales en urgencias y no frente a un estándar ideal de lo que debería haberse hecho. Esto es, si en el SUH se ha solicitado una prueba radiológica o de laboratorio urgente porque se consideró que el paciente la requería para su evaluación diagnóstica, se presume que el médico de atención primaria derivó de forma adecuada a urgencias. Se intentó eliminar las pruebas disponibles usualmente en atención primaria y aquellas que pueden considerarse rutinarias en algunos tipos de pacientes.

También se consideraron una serie de criterios (4.1 a 4.2) que sugieren adecuación de la derivación como el ingreso del paciente o una estancia prolongada en urgencias.

Para el supuesto de pacientes espontáneos, se desarrollaron una serie de criterios (5.1 a 5.8) que justificarían la visita a urgencias sin necesidad de una visita previa en atención primaria. Además de considerar cualquiera de los criterios previos se consideraron determinadas situaciones (síntomas que sugieren riesgo vital, experiencia de pacientes crónicos, indicaciones previas de médicos, accidentes, etc.) que, como norma general, justificarían que un paciente acudiera a urgencias hospitalarias.

Tanto para los pacientes derivados por un médico (apartado 4.9) como para los espontáneos (apartado 5.9) se admite la posibilidad de empleo de criterios subjetivos que deben especificarse para su valoración posterior.

El cumplimiento de un solo criterio de cualquier apartado identificaría la visita en urgencias como adecuada, mientras que aquellos casos que no cumplieran ningún criterio de considerarían inadecuados.

Con este diseño final, se preveía que el PAUH sería capaz de identificar como adecuadas la gran mayoría de las urgencias que realmente fueran adecuadas, aunque también identificaría como tales parte de las que son inadecuadas, especialmente cuando el criterio de adecuación deriva exclusivamente del cumplimiento de criterios de tratamiento y, sobre todo, diagnósticos. En cierto modo, el PAUH identifica visitas claramente inadecuadas.

El PAUH se complemento con una lista de posibles causas de visita inapropiada (tabla 2), construida también a partir de la revisión de la literatura y sugerencias de clínicos, que pretendía ser lo mas extensa y detallada posible, y cuyo objeto es asignar causas de inadecuación a partir de la valoración subjetiva del médico de urgencias en revisiones concurrentes. Como en el caso del PAUH, se utilizan criterios para pacientes derivados por un médico y espontáneos, y se admite la posibilidad de emplear otros si son especificados.

---

**TABLA 1. PROTOCOLO DE ADECUACION DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (PAUH)**


---

**1 CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

- 1.1 Perdida de conciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente)
  - 1.2 Perdida brusca de visión o audición
  - 1.3 Alteraciones pulso (<50/>140 pulsaciones/minuto) y arritmias.
  - 1.4 Alteración presión arterial (sistólica: <90/>200 mmHg; diastólica: <60/>120 mmHg).
  - 1.5 Alteraciones de electrolitos o gases sanguíneos (No considerar en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria crónica, etc.)
  - 1.6 Fiebre persistente (5 días) no controlada con tratamiento en atención primaria.
  - 1.7 Hemorragia activa (hematemesis, epistaxis, melenas, etc.). Excluye heridas superficiales que sólo requieren sutura.
  - 1.8 Perdida brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo
- 

**2 CRITERIOS DE TRATAMIENTO.**

- 2.1 Administración de medicación o fluidos por vía intravenosa (excepto mantenimiento de vía)
  - 2.2 Administración de oxígeno
  - 2.3 Colocación de yesos (excluye vendajes)
  - 2.4 Intervención/procedimiento realizado en quirófano.
- 

**3 CRITERIOS DE INTENSIDAD DIAGNÓSTICA:**

- 3.1 Monitorización de signos vitales o toma de constantes al menos cada 2 horas.
  - 3.2 Radiología de cualquier tipo.
  - 3.3 Pruebas de laboratorio (excepto glucemia en diabéticos que acuden por motivos no relacionados con la diabetes y pruebas de glucemia en tira seca).
  - 3.4 Electrocardiograma (excepto cardiopatía crónica que acude por problemas no relacionados cardiopatía).
- 

**4 OTROS CRITERIOS**

- 4.1 El paciente está más de 12 horas en observación en el SUH
  - 4.2 El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro hospital
  - 4.3 El paciente fallece en el SUH
  - 4.9 Otros en paciente derivado por un médico (especificar).
- 

**5 CRITERIOS APLICABLES SÓLO A PACIENTES QUE ACUDEN ESPONTANEAMENTE**

- 5.1 Proviene de un accidente (trafico, laboral, en lugar público, ...) y hay que evaluar al paciente.
  - 5.2 Síntomas que sugieren urgencia vital: dolor torácico, disnea instauración rápida, tiraje, dolor abdominal agudo.
  - 5.3 Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso.
  - 5.4 Al paciente le ha dicho un médico que acuda a Urgencias si se presenta el síntoma
  - 5.5 Requiere atención medica *primaria* con rapidez y el hospital es el centro mas cercano
  - 5.9 Otros en pacientes espontáneos (especificar).
- 

*SUH: Servicio de urgencias hospitalario.*

---

---

**TABLA 2. CAUSAS DE UTILIZACION INAPROPIADA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**


---

**PACIENTES DERIVADOS POR UN MEDICO**


---

- 1 No es una urgencia. No requiere atención inmediata.
  - 1.2 El paciente requiere atención inmediata, pero resoluble fuera del hospital.
  - 1.3 Remitido desde Consulta Externa para agilizar el diagnóstico
  - 1.4 Remitido por error
  - 1.9 Otros: especificar
- 

**PACIENTES ESPONTÁNEOS**


---

**2 Demora excesiva en otro dispositivo asistencial:**

- 2.1 - Lista de espera quirúrgica
  - 2.2 - Lista de espera de consulta externa hospitalaria
  - 2.3 - Consulta externa hospitalaria (demora entre visitas)
  - 2.4 - Consulta de especialista de zona
  - 2.5 - Consulta en atención primaria (cita previa)
  - 2.6 - Pruebas diagnósticas solicitadas por atención primaria o especialista de zona
  - 2.7 - Pruebas diagnósticas solicitadas por el hospital
  - 2.9 - Otros: especificar
- 

**3 Fallo en la atención continuada**

- 3.1 - La consulta del médico general ha finalizado
  - 3.2 - Demora en visita a domicilio de atención primaria
  - 3.3 - Demora en visita a domicilio del Servicio de Urgencias
  - 3.4 - Imposibilidad de contactar con el centro de salud
  - 3.5 - Imposibilidad de contactar con el Servicio de Urgencias
  - 3.9 - Otros: especificar
- 

**4 El paciente no conoce como utilizar el dispositivo asistencial**

- 4.1 - No tiene medico de cabecera asignado
  - 4.2 - No conoce la localización/teléfono de su medico de cabecera
  - 4.3 - No conoce la existencia/localización/teléfono del Servicio de Urgencias
  - 4.9 - Otros: especificar
- 

**5 Mayor confianza en el hospital o desconfianza en el dispositivo de atención primaria**

- 5.1 - Ha acudido al medico de cabecera y "no se fia"
  - 5.2 - Ha acudido al Servicio de Urgencias y "no se fia"
  - 5.3 - Acudió directamente a Urgencias Hospitalarias.
  - 5.4 - Tiene historia abierta en el hospital y cree que será mejor atendido.
  - 5.9 - Otros: especificar
- 

**6 Comodidad y problemas del paciente o su entorno:**

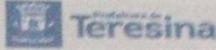
- 6.1 - Vive cerca/No pierde horas trabajo/atención rápida/mas cómodo/...
  - 6.2 - Problemas del paciente: enfermedad mental, hipocondría, simulador, ...
  - 6.3 - Búsqueda de una exploración (radiología, analítica, ...)
  - 6.4 - La familia quiere ingresar al paciente.
  - 6.5 - Requerimiento de una autoridad pública: policía, juez, ...
  - 6.9 - Otros: especificar
- 

**9 Otros: especificar**


---

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ANEXO C- Termo de Anuência da Instituição**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Teresina, 02 de julho de 2020

A Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha - CEP/HUT autoriza a pesquisadora Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira, sob a supervisão da orientadora Ana Maria Ribeiro dos Santos, responsável pelo projeto intitulado **"TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS PARA O BRASIL"** a realizar a pesquisa para a coleta de dados neste hospital, pois o trabalho atende aos pré-requisitos estabelecidos em regimento interno dessa comissão, sendo assim, aprovado. Declaro que o Hospital de Urgência de Teresina está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto e do compromisso no resguardo da segurança dos dados nela obtidos, dispondo de infraestrutura adequada para a realização desse projeto de pesquisa.

Conforme Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do parecer de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Atenciosamente,



*Sílvia Alcântara Vasconcelos*  
 Coordenadora do CEP  
 Hospital de Urgência de Teresina  
 Professor Zenon Rocha - HUT

---

Comissão de Ética em Pesquisa  
 Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha - HUT

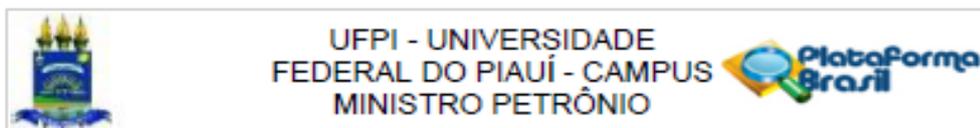
Rua Otto Tito, 1620, Bairro Redenção,  
 Teresina-PI, CEP 64017-775.  
 CNPJ 17.577.205/0008-03

☎ 86 3218 - 5199

✉ cep\_hut@yahoo.com.br

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ANEXO D- Parecer consubstanciado do CEP**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGÊNCIAS HOSPITALARIAS PARA O BRASIL

**Pesquisador:** Ana Maria Ribeiro dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 28558620.4.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

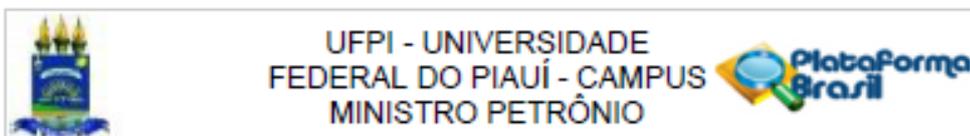
**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.218.774

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma Emenda, a justificativa é devido a alteração no local do estudo. Segundo as pesquisadoras "a princípio a proposta para local era nas Unidades de Pronto Atendimento-UPAS, que são Unidades pré – hospitalares fixas, no entanto, o Instrumento original criado na Espanha é destinado para ser aplicado em unidades hospitalares, o que justifica a solicitação para mudança no local do estudo para Hospital de Urgências de Teresina- HUT", segue em anexo no protocolo de pesquisa a anuência. É um estudo do tipo metodológico, que objetiva traduzir e adaptar culturalmente o Protocolo de Adecuación de Urgências Hospitalarias para o português do Brasil. A pesquisa será desenvolvida com dois grupos de participantes, o primeiro será formado por um comitê de experts e o segundo por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). O comitê de experts, será composto por cinco participantes para atender recomendação de Nielsen(1993). O segundo grupo de participantes do estudo será formado por profissionais de saúde entre médicos e enfermeiros, com base nas recomendações de Beaton et al (2007). O estudo atenderá as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa com Seres Humanos e seguindo as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Todos os participantes, experts, enfermeiros e médicos serão informados sobre o objetivo do estudo e assinarão o TCLE. Além disso, será garantido o anonimato e liberdade para participar do estudo ou dele desistir em qualquer momento.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 4.218.774

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Traduzir e adaptar culturalmente o Protocolo de Adequación de Urgências Hospitalarias - PAUH para o português do Brasil.

**Objetivo Secundário:**

- Traduzir o Protocolo de Adequación de Urgências Hospitalarias - PAUH para o português do Brasil;
- Analisar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual das sínteses das traduções;
- Avaliar a compreensão de médicos e enfermeiros da versão final do instrumento traduzido para o português do Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

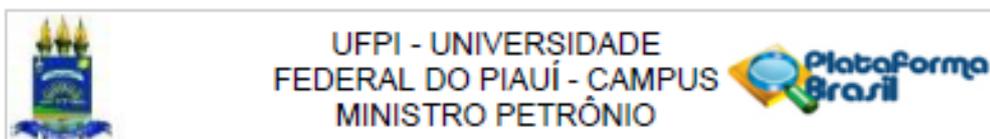
**Riscos:** A pesquisa apresentará riscos mínimos aos participantes (profissionais médicos e enfermeiros), como sentirem-se desconfortáveis e exaustos em responder as questões do instrumento PAUH. No entanto, a aplicação do formulário será conduzida em ambiente e horário adequados, as dúvidas serão esclarecidas, e reafirmado o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas. No que se refere à equipe de experts, o risco será relacionado ao desgaste mental pelo rigoroso processo metodológico. Entretanto, as reuniões serão previamente agendadas. Os pesquisadores conduzirão a harmonia do desenvolvimento da pesquisa com planejamento e organização, ao atender os prazos previamente estabelecidos no cronograma, o que evitará sobrecarga no desenvolvimento das atividades.

**Benefícios:** Espera-se que o estudo possa contribuir para melhoria dos atendimentos de urgência direcionados a população, pois o protocolo será traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, no qual será um instrumento útil e direcionado para a questão da urgência. Além disso, a publicação da pesquisa, em revistas indexadas de enfermagem, auxiliará na área da gestão em saúde e enfermagem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

<b>Endereço:</b> Campus Universitário Ministro Petrônio Portella			
<b>Bairro:</b> Ininga		<b>CEP:</b> 64.049-550	
<b>UF:</b> PI	<b>Município:</b> TERESINA		
<b>Telefone:</b> (86)3237-2332	<b>Fax:</b> (86)3237-2332	<b>E-mail:</b> oep.ufpi@ufpi.edu.br	



Continuação do Parecer: 4.218.774

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

**Recomendações:**

Sem recomendação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido, parecer de aprovado.

Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente a pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/UFPI (<https://www.ufpi.br>).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

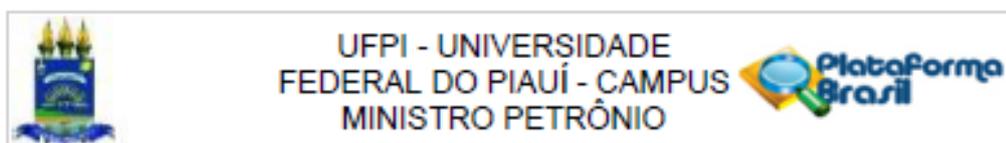
1º Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente a pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/UFPI (<https://www.ufpi.br/orientacoes-cep>).

2º Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar as modificações.

3º Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4º O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella  
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
 UF: PI Município: TERESINA  
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



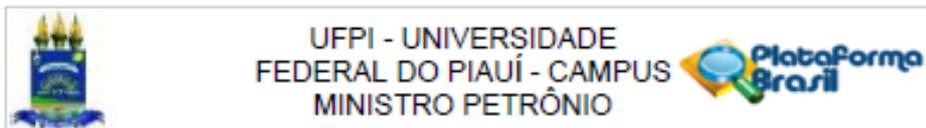
Continuação do Parecer: 4.218.774

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_158955_4_É1.pdf	06/07/2020 10:31:44		Acelto
Outros	Apendicef_1.pdf	06/07/2020 10:18:33	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	apendice_k.pdf	06/07/2020 10:18:03	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	apendice_j.pdf	06/07/2020 10:17:46	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	Apendice_h1.pdf	06/07/2020 10:17:07	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	Apendice_h.pdf	06/07/2020 10:16:49	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	Apendice_f.pdf	06/07/2020 10:15:40	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	Apendice_e2.pdf	06/07/2020 10:15:14	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	Apendice_e.pdf	06/07/2020 10:14:40	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	Apendice_c.pdf	06/07/2020 10:13:52	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	APENDICE_B.pdf	06/07/2020 10:12:54	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	APENDICE.pdf	06/07/2020 10:11:54	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	Lattes_A.pdf	06/07/2020 10:03:41	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	Lattes_R.pdf	06/07/2020 10:01:39	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Outros	Anuencia.pdf	06/07/2020 09:51:17	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/07/2020 09:44:17	rousianny kelly cipriano de oliveira	Acelto

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
 UF: PI Município: TERESINA  
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 4.218.774

Cronograma	Cronograma.pdf	06/07/2020 09:43:45	rouslanny kelly cipriano de oliveira	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	31/01/2020 07:09:02	rouslanny kelly cipriano de oliveira	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.pdf	31/01/2020 07:06:19	rouslanny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	20200127_102010.pdf	27/01/2020 10:25:43	rouslanny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Orçamento	Orcamento.docx	27/01/2020 10:16:13	rouslanny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Declaração de Pesquisadores	20200127_100201.pdf	27/01/2020 10:12:38	rouslanny kelly cipriano de oliveira	Acelto
Folha de Rosto	folha.pdf	25/01/2020 19:33:48	rouslanny kelly cipriano de oliveira	Acelto

**Situação do Parecer:**  
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

TERESINA, 17 de Agosto de 2020

*Raimundo Nonato F. do Nascimento*

Assinado por:

Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento  
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: oep.ufpi@ufpi.edu.br