



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

---

**Priscila Buck de Oliveira Ruiz**

**Elaboração e Validação de Conteúdo de um Instrumento  
para Classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência.**

**São José do Rio Preto**

**2020**

**Priscila Buck de Oliveira Ruiz**

**Elaboração e Validação de Conteúdo de Instrumento para  
Classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em saúde (PCCV).

Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde (EDUS).

Financiamento: Pesquisa realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES). código de financiamento 001

**Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Rita de Cassia Helú Medonça Ribeiro**

**São José do Rio Preto**

**2020**

### Ficha Catalográfica

Ruiz, Priscila Buck O

Elaboração e Validação de Conteúdo de um Instrumento para Classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência /Priscila Buck de Oliveira Ruiz.

São José do Rio Preto; 2020.

87 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde.

Grupo de Pesquisa: Educação e Saúde.

Orientador: Profª Drª Rita de Cassi Helú M Ribeiro

1. Classificação Internacional de Funcionalidade; 2. Fatores de Risco; 3. Classificação; 4. Estudos de Validação; 5. Protocolo; 6. Urgência

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> RITA DE CÁSSIA HELÚ M RIBEIRO  
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- SP  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> ELIZABETE SANTOS MELO  
UNIVERSIDADE PAULISTA-UNIP  
(avaliadora 1)

---

Prof. Dr. PAULO CESAR ESPADA  
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- SP  
(avaliador 2)

---

Prof Dr STEFANO ATIQUÉ GABRIEL  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNILAGO  
(Suplente 1)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> VÂNIA ZAQUEU BRANDÃO  
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- SP  
(Suplente 2)

São José do Rio Preto, 10/12/2020

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser meu guia e iluminar meu caminho.

Aos meus pais, Vera e Marcelino por todo apoio e palavras de incentivo, essa conquista é a consequência de toda oportunidade que me deram, vocês são espelhos para minha vida.

À minha irmã Patrícia que esteve ao meu lado me acalmando nos momentos de aflição e à minha irmã Paula pela oportunidade em conhecer um novo mundo da pesquisa e estar disposta a me ajudar com suas pontuações precisas.

Aos meus sobrinhos Luísa, Lucas, Lívia e Laura razões da minha vida, em especial, a minha sobrinha e afilhada Luísa por compreender os momentos de ausências.

À Jaqueline Gouveia, presente desde o primeiro esboço da pesquisa, obrigada por estar sempre ao meu lado seu companheirismo e incentivos foram fundamentais em toda a caminhada.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cassia Mendonca Helú, pelos ensinamentos, parceria, paciência durante toda essa jornada e por compreender as dificuldades enfrentadas durante esse período da pesquisa.

À FAMERP por sempre estar de portas abertas para o meu crescimento profissional.

Às minhas queridas amigas do Mestrado e do convívio profissional, em especial, a Flavia, Fernanda e Michele.

Aos professores do Mestrado por persistirem, mesmo que em tempos difíceis.

Ao meu Grupo de Pesquisa em Centro Cirúrgico pelas oportunidades de compartilhar aprendizado.

À todas as outras pessoas que direta ou indiretamente colaboraram com o trabalho.

Agradeço de forma especial e dedico este trabalho aos especialistas que aceitaram participar deste estudo, acreditando no objetivo proposto. O meu eterno agradecimento.

## **EPÍGRADE**

**“Descobrir consiste em olhar para o que todo mundo  
está vendo e pensar em uma coisa diferente”**

**( Roger Von Oech)**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 Justificativa .....	1
1.2 Revisão da Literatura .....	1
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	7
2.1 Objetivo geral .....	7
2.2 Objetivo específico .....	7
<b>3. MÉTODOS</b> .....	8
3.1 Desenho do estudo .....	8
3.2 Local do estudo .....	9
3.3 População do estudo .....	9
3.4 Elaboração do Instrumento .....	10
Fase I- Estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida.....	10
Fase II- Construção dos itens .....	11
Fase III- Construção das escalas de resposta .....	13
Fase IV- Seleção e organização dos itens .....	13
Fase V- Estruturação do instrumento .....	14
Fase VI- Validade de conteúdo.....	14
3.6 Aspectos éticos.....	16
<b>4. RESULTADOS</b> .....	17
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	31
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	51
<b>7. FINANCIAMENTO</b> .....	52
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	53
<b>9. APÊNDICE E ANEXO</b> .....	65
APÊNDICE 1 – Instrumento para coleta de dados .....	65
APÊNDICE 2- Instrumento geral para validação .....	66
APÊNDICE 3- Instrumento por especialidade para validação .....	68
APÊNDICE 4- Questionário de pós-avaliação dos itens .....	71
ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	72

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>Tabela 1</b> - Percentual das variáveis de caracterização amostral. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020. ....	17
<b>Tabela 2</b> - Estatística descritiva dos itens validados com 75% de concordância. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.....	19
<b>Tabela 3</b> - Estatística descritiva dos itens não validados. Inferior 75% de concordância. São José do Rio Preto- SP, 2020. ....	20
<b>Tabela 4</b> - Estatística descritiva de concordância total dos itens. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.....	22
<b>Tabela 5</b> - Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Cirurgia Geral. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020. ....	23
<b>Tabela 6</b> - Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Neurocirurgia São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.....	24
<b>Tabela 7</b> - Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Ortopedia São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.....	25
<b>Tabela 8</b> - Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Cirurgia Plástica. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020. ....	25
<b>Tabela 9</b> - Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Cirurgia Vascular. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.....	26
<b>Tabela 10</b> - Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Urologia. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020. ....	27
<b>Tabela 11</b> - Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Cirurgia Torácica. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.....	27
<b>Tabela 12</b> - Concordância, quanto aos critérios clareza, objetividade, aplicabilidade e desempenho. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020. ....	28



## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CC Centro Cirúrgico

RA Recuperação Anestésica

CME Centro de Material e Esterilização

*ESI Emergency Severity Index*

*ATS Australian Triage Scale*

*CTAS Canadian Triage Acuity Scale*

*MTS Manchester Triage System*

*WSES World Society of Emergency Surgery Study Group*

*TACS Timing of Acute Care Surgery*

*RCRI Revised Cardiac Risk Index*

*ACS- NSQIP Universal Surgical Risk Calculator*

*NSQIP National Surgical Quality Improvement Program*

*ASA American Society of Anesthesiologists*

*APACHE Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

*SAPSII 2nd Simplified Acute Physiology Score*

*SOFA Sequential Organ Failure Assessment*

*POSSUM Physiological and Operative Severity Score for the estimation of Mortality and Morbidity*

BHOM Modelos de resultado de bioquímica e hematologia (BHOM)

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PuBmed

SciElo *Scientific Electronic Library Online*

*CEP Comitê de Ética e Pesquisa*

*CVI Content Validity Index-*

*°C Grau Celsius*

*ASIA Escala de Incapacidade da American Spinal Injury Association*

AORN Association of peri Operative Registered Nurses

*SAPSIII 3rd Simplified Acute Physiology Score*

EUA Estados Unidos da Américas

AVCI Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

*FAST Focused Assessment with Sonography for Trauma*

% Percentual

## RESUMO

**OBJETIVOS:** Elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de classificação cirúrgica de urgência utilizando-se a técnica Delphi. **MÉTODOS:** Pesquisa metodológica com delineamento descritivo, visando à elaboração e validação do conteúdo de um instrumento para Classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência; técnica que busca o consenso entre especialistas de uma determinada área. Estudo com médicos formados há pelo menos cinco anos, com titulação mínima de especialistas e inseridos na prática de atendimento ao paciente cirúrgico de urgência. Fizeram parte da validação dos instrumentos, médicos das especialidades: Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Urologia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia ou Otorrinolaringologia. Para a elaboração do instrumento, utilizaram-se as fases da técnica Delphi: Estabelecimento da estrutura conceitual, Definição dos objetivos do instrumento e população envolvida, Construção dos itens; Construção das escalas de resposta; Fase Seleção e organização dos itens; Estruturação do instrumento e Validade de Conteúdo. Após o cumprimento das fases, estruturou-se um instrumento trazendo dois domínios; o domínio 1 contendo 44 itens de sinais e sintomas de uso comum entre as especialidades, e o domínio 2 contendo itens de uso para as especialidades. Para análise estatística foi utilizado o índice de validade de conteúdo utilizando a taxa de concordância de 75% para o domínio 1 e de 100% para o domínio 2. **RESULTADOS:** Dentre os 40 instrumentos enviados, obteve-se resposta de 22 médicos especialistas; predominantemente do sexo masculino (90,90%), com pelo menos cinco anos de formação e com titulação mínima de especialista. Dos 44 itens avaliados no domínio 1; 14 (31,81%) foram validados, sendo os itens com maior concordância (muito importantes): a perda sanguínea (90%), seguida da hipotensão (72,72%) e o menor índice foi de leucometria; três (13,63%) médicos especialistas entenderam este item ser muito importante para o instrumento. Os instrumentos específicos, que continham seis itens específicos por especialidade, a concordância de itens validados foi de cinco itens 83,33% da Cirurgia Geral, Ortopedia e Cirurgia Vascular a um (16,66%) da Cirurgia Plástica. A relevância da elaboração e validação de um instrumento que irá nortear os profissionais de centro cirúrgico quanto à classificação do paciente cirúrgico de urgência, é evidente na prática assistencial. Os profissionais são unânimes, quando questionados sobre a importância e necessidade de um instrumento para classificar um paciente cirúrgico quanto ao grau de urgência; fortalecendo o objetivo da pesquisa. **Conclusão:** O instrumento elaborado neste estudo é o primeiro desenvolvido especificamente para a classificação do paciente cirúrgico de urgência quanto à prioridade no atendimento cirúrgico. A união referente aos itens de uso comum com os relacionados às especialidades, formando o instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência, traz uma nova visão para a avaliação individualizada do paciente, auxilia na tomada de decisão dos profissionais da saúde, sendo estas pautadas na utilização de um instrumento objetivo com suporte científico e prático. Portanto, sugere-se que este avanço auxiliará na organização da unidade urgência e centro cirúrgico, proporcionando segurança ao paciente; bem como, a gestão financeira e de tempo para a instituição. **DESCRITORES:** Classificação; Fatores de Risco; Cirurgia; Estudos de Validação; Protocolo; Urgência.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To develop as well as to validate the content of an emergency surgical classification instrument using the Delphi technique. **METHODS:** Methodological research with descriptive design, aiming at the elaboration and validation of the content of an instrument for the Classification of Emergency Surgical Patients using the Delphi technique; a technique that provides consensus among specialists of a certain area. Study with doctors graduated at least five years ago, with a minimum qualification of specialists and inserted in the practice of emergency surgical patient care. Doctors from the specialties such as General Surgery, Orthopedics, Plastic Surgery, Vascular Surgery, Urology, Thoracic Surgery, Neurosurgery or Otorhinolaryngology have comprised the instrument validation. For the development of the instrument, the phases of the Delphi technique were used, namely: Establishment of the conceptual structure, Definition of the instrument's objectives and the population involved, Construction of the items; Construction of response scales; Phase Selection and organization of items; Instrument structure and Content Validity. After the phases were completed, an instrument was structured providing two domains: domain 1 with 44 items of signs and symptoms in common use between specialties, and domain 2 with items for use in specialties. For statistical analysis, the content validity index was used with the agreement rate of 75% for domain 1 and 100% for domain 2. **RESULTS:** Among the 40 instruments that were sent, 22 expert doctors have answered; predominantly males (90.90%), with at least five years of training and with a minimum degree of specialist. Of the 44 items evaluated in domain 1; 14 (31.81%) were validated, with the items with the highest agreement (very important) blood loss (90%), followed by hypotension (72.72%) and the lowest index is leukometry; three (13.63%) medical experts considered this item to be very important for the instrument. The specific instruments, which contained six specific items by specialty, the agreement of validated items was from five items 83.33% of General Surgery, Orthopedics and Vascular Surgery to one (16.66%) of Plastic surgery. When questioned the importance of having an instrument to classify a surgical patient as to the degree of urgency, it was unanimous that everyone has agreed that this need exists, thus strengthening this research objective. **Conclusions:** The instrument developed in this study is the first developed specifically for the classification of emergency surgical patients according to the priority in surgical care. The union referring to items in common use with those related to specialties forming the instrument for the classification of emergency surgical patients provides a new view for the individualized assessment of the patient, as well as assists in the decision-making of health professionals, these being based on use of an objective instrument with scientific and practical support. Therefore, it is suggested that this advance will assist in the organization of the emergency unit and surgical center, providing patient's safety, time and financial management of the institution.

**DESCRIPTORS:** Classification; Risk Factors; Surgery; Validation Study; Protocols; Emergencies.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Desarrollar y validar el contenido de un instrumento de clasificación quirúrgica de urgencia mediante la técnica Delphi. **MÉTODOS:**

Investigación metodológica con diseño descriptivo, encaminada a la elaboración y validación del contenido de un instrumento para la Clasificación de Pacientes Quirúrgicos de Urgencias mediante la técnica Delphi, técnica que busca el consenso entre los especialistas en un área determinada. Estudio multicéntrico con médicos formados al menos cinco años, con un grado mínimo de especialista e insertados en la práctica de la atención al paciente quirúrgico de emergencia. Formaron parte de la validación de instrumentos médicos en las especialidades y Cirugía General, Ortopedia, Cirugía Plástica, Cirugía Vascolar, Urología, Cirugía Torácica, Neurocirugía u Otorrinolaringología. Para la elaboración del instrumento se utilizaron las fases de la técnica Delphi, a saber: Establecimiento de la estructura conceptual, definición de los objetivos del instrumento y población involucrada, Construcción de los ítems; Construcción de escalas de respuesta; Fase Selección y organización de artículos; Estructura del instrumento; Validez de contenido. Después de completar las fases, se estructuró un instrumento que trajo dos dominios, el dominio 1 que contiene 44 ítems de signos y síntomas de uso común entre especialidades y el dominio 2 que contiene ítems para uso en especialidades. Para el análisis estadístico, se utilizó el índice de validez de contenido utilizando la tasa de concordancia del 75% para el dominio 1 y del 100% para el dominio 2.

**RESULTADOS:** Entre los 40 instrumentos enviados, respondieron 22 médicos expertos, predominantemente del sexo masculino (90,90%), con al menos cinco años de formación y con un título mínimo de especialista. De los 44 ítems evaluados en el dominio 1, 14 (31,81%) fueron validados, siendo los ítems con mayor concordancia (muy importante) pérdida de sangre (90%), seguidos de hipotensión (72,72%) y el índice más bajo es leucometría tres (13,63%) expertos médicos consideraron este ítem de gran importancia para el instrumento. Los instrumentos específicos, que contenían seis ítems específicos por especialidad, la concordancia de los ítems validados fue de cinco ítems 83,33% de Cirugía General, Ortopedia y Cirugía Vascolar a uno (16,66%) de Cirugía Plástica. Al cuestionarse la importancia de contar con un instrumento para clasificar a un paciente quirúrgico según el grado de urgencia, es unánime que todos coinciden en que existe esta necesidad, fortaleciendo así el objetivo de la investigación. **Conclusión:** El instrumento desarrollado en este estudio es el primero desarrollado específicamente para la clasificación de pacientes quirúrgicos de emergencia según la prioridad en la atención quirúrgica. La unión referida a los ítems de uso común con los relacionados con las especialidades que conforman el instrumento para la clasificación de los pacientes quirúrgicos de emergencia aporta una nueva visión para la valoración individualizada del paciente, así como coadyuva en la toma de decisiones de los profesionales de la salud, siendo estos guiados por uso de un instrumento objetivo con apoyo científico y práctico. Por lo tanto, se sugiere que este avance ayudará en la organización de la unidad de emergencia y centro quirúrgico, brindando seguridad al paciente, gestión del tiempo y financiero de la institución.

**DESCRIPTORES:** Clasificación; Factores de Riesgo; Cirugía; Estudio de Validación; Protocolos; Urgencias Médicas.



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Em meu cotidiano como Enfermeira de Centro Cirúrgico, vivencio diariamente a subjetividade e a dificuldade nas escolhas dos pacientes de urgência que necessitam de uma intervenção cirúrgica. A tensão diária para que seja feito a escolha correta, torna o momento crítico, estressante e angustiante para o profissional que tem que executar esse procedimento.

Discorrendo com outros centros de referência cirúrgicos, constatei que essa situação também faz parte da rotina do enfermeiro do Bloco Cirúrgico.

Dessa forma, acredita-se que seja necessário iniciar um estudo para elaborar e validar um instrumento para classificar o paciente quanto à prioridades para uma cirurgia e poderá fazer com que a escolha passe a ser objetiva e não subjetiva, tendo assim um atendimento mais fidedigno e justo através da real necessidade clínica do indivíduo.

### 1.2 REVISÃO DA LITERATURA

Atualmente, o hospital constitui-se em um dos tipos mais complexos de organização. O termo deriva do latim *hospe*, que significa “aquele que recebe”, e define o estabelecimento próprio para internação e tratamento de doentes e feridos.<sup>1</sup>

Essa instituição surgiu no período medieval, quando os doentes passaram a buscar os conventos; em vez de médicos, para sanar seus problemas. Tinha como finalidade dar hospedagem ou refúgio a idosos, incapacitados e desabrigados, os quais recebiam cuidados de aspecto religioso.<sup>2,3</sup>

Hoje, o hospital é considerado uma empresa, cuja característica principal é a prestação de serviços e, como tal, todos os princípios de administração, como previsão,

organização, comando, coordenação e controle, também são aplicáveis a essa instituição.<sup>4</sup> Muito mais do que qualquer outra empresa, o hospital abrange um conjunto de elementos interligados e apresenta alta complexidade. Nesses ambientes, são encontradas estruturas de alta tecnologia, tanto em relação aos recursos materiais, como aos recursos humanos. Esses elementos formam um sistema organizacional capaz de prestar atendimento de qualidade, sendo um desses elementos a Unidade de Centro Cirúrgico.<sup>4</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde(1977), a Unidade de Centro Cirúrgico é formada pelo conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós- anestésica e pós-operatória imediata.<sup>5</sup> É composta por composta pelo Centro Cirúrgico (CC), pela Recuperação Anestésica (RA) e pelo Centro de Material e Esterilização (CME).

O bloco operatório é uma unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos, destinados à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requerem elevado nível de qualidade.<sup>6</sup>

Considerado um dos contextos mais complexos na área de saúde, as equipes de profissionais de saúde são altamente treinadas e qualificadas, exercendo sua atividade em complementaridade e interagindo com tecnologia avançada, em situações de alto risco, com responsabilidade para responder às necessidades do paciente cirúrgico.<sup>7</sup>

O homem realiza práticas cirúrgicas desde a Antiguidade. O termo cirurgia, do grego *kheirourgia*, que significa “trabalho manual”, pode ser definido como a especialidade que se destina ao tratamento de doenças e traumatismos por meio de processos operativos manuais e instrumentais.<sup>8</sup>

Na Idade Média, as cirurgias eram realizadas nos campos de batalha, nas casas dos cirurgiões ou sob o convés dos navios de guerra. As operações restringiam-se a amputações

de membros, drenagem de abscessos e retirada de tumores, e eram realizadas no corpo humano apenas com o uso das mãos ou o auxílio de instrumentos. Os pacientes submetidos a tratamentos cirúrgicos tinham de superar a dor, a hemorragia e a infecção geradas pelos procedimentos sem anestesia. <sup>2,9</sup>

A cirurgia teve importante evolução a partir de 1846, quando se descobriu a anestesia e a narcose passou a ser realizada pela inalação de éter. Tornava-se real a possibilidade de se realizar um procedimento cirúrgico indolor. <sup>10</sup>

Estima-se que sejam realizadas no mundo cerca de 240 milhões de cirurgias ao ano e que haverá um aumento da incidência de enfermidades cirúrgicas na próxima década, representadas por doenças cardiovasculares, traumas e câncer, associadas à maior expectativa de vida da população. <sup>11</sup>

O tratamento cirúrgico pode ser classificado de acordo com o momento operatório, a finalidade da cirurgia, o risco cardiológico ao qual o paciente é submetido, a duração da cirurgia e o potencial de contaminação. As cirurgias classificadas quanto ao momento operatório dividem-se em Cirurgias Eletivas que podem ser realizadas com data pré-agendadas. A Cirurgia de Emergência que em virtude da gravidade do quadro clínico do paciente exige intervenção imediata sem a possibilidade de avaliação pré-operatória e a Cirurgia de Urgência que necessita de intervenção mediata, podendo aguardar algumas horas, durante as quais o paciente é mantido sob avaliação e observação clínica e laboratorial. <sup>12</sup>

O acesso à cirurgia é um tema complexo que requer atenção especial dentro do planejamento estratégico da saúde. Entende-se por complexas, as ações que têm amplo espectro na linha de cuidado dos pacientes, podendo ser expressas desde práticas diagnósticas até o tratamento resolutivo. As escolhas pré-cirúrgicas são permeadas por



discussões que envolvem decisões difíceis, pois os resultados podem ser inesperados e há o dever de se considerar discussões éticas e diferenças de opinião dos profissionais especialistas na escolha da melhor oportunidade da intervenção cirúrgica.<sup>5</sup>

A palavra escolher significa “preferência que se dá a alguma coisa que se encontra entre outras; predileção”.<sup>1</sup> Sabemos que no âmbito da saúde o ato de escolher deve ser amparado a dados científicos para que a subjetividade seja transformada em objetividade e assertividade.

A classificação de risco de um paciente é um processo dinâmico de identificação das necessidades de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou o grau de sofrimento. Sua importância consiste em prevenir complicações e identificar quadros agudos que implicam em risco de morte para os indivíduos.<sup>14</sup>

Entre os sistemas de triagem mais utilizados no mundo destacam-se: *Emergency Severity Index (ESI)*, *Australian Triage Scale (ATS)*, *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)*, *Manchester Triage System (MTS)*, essas classificações utilizadas nas salas de urgência e emergência dos hospitais para priorização no atendimento médico.<sup>15</sup>

A triagem para classificação de atendimento é comumente aplicada em catástrofes e em unidades de pronto socorro. Entretanto, num cenário de centro cirúrgico, com muitas cirurgias eletivas e não eletivas, não existe uma nomenclatura padronizada para classificar cirurgias de urgência. Na maioria dos hospitais, obter sala cirúrgica para uma cirurgia de urgência depende de diálogo e negociação, em outros, cirurgias de urgência são realizadas pela ordem de chegada.<sup>16</sup>

Em 2013, o Grupo de Estudos da Sociedade Mundial de Cirurgias de Emergência (*World Society of Emergency Surgery Study Group - WSES*), recomendou o uso de sistema de cores para classificar as cirurgias de urgência e emergência, objetivando diminuir a perda de

informações e permitindo o estabelecimento de linguagem padronizada entre as equipes. A classificação de cirurgias não eletivas por tempo (*Timing of Acute Care Surgery - TACS*) foi baseada em uma pesquisa realizada a um painel de especialistas a respeito do tempo ideal para cirurgias de emergência de maior frequência.<sup>17</sup> Essa classificação é dividida por cores; sendo o vermelho para atendimento de emergência imediata até o azul com cirurgias de atendimento em até 48 horas, feita através da análise do tipo de grupos cirúrgicos, não diferenciando quanto à gravidade dos pacientes.

Existem instrumentos nos quais os pacientes são avaliados quanto aos riscos de complicações e mortalidade, após a cirurgia. Destacam -se: *Revised Cardiac Risk Index (RCRI)*, *Universal Surgical Risk Calculator (ACS-NSQIP)*, *National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)*, *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE)*, *2nd Simplified Acute Physiology Score (SAPS II)*, *Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)*, *Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity (POSSUM)*, risco cardíaco *Goldman*, Pontuação de risco cirúrgico *Sutton*, Modelos de resultado de bioquímica e hematologia (BHOM).<sup>18,19,20,21,22</sup>

A ausência de um sistema de triagem clínica de pacientes cirúrgicos que necessitam de intervenções de urgência para sua classificação quanto à sua prioridade de atendimento, faz com que as decisões sejam tomadas sem padrões.

A elaboração de um instrumento que possibilite aos serviços de atendimento ao paciente cirúrgico de urgência, identificar de forma objetiva e prática a complexidade do cuidado que cada caso requer é complexo. Em adição, requer a mobilização e capacidade de conhecimentos de diversas áreas e consome vários recursos, porém, acredita-se que permitirá às equipes de saúde um melhor dimensionamento do uso da capacidade instalada

e melhores condições para se julgar prioridades dentro de um grupo de pacientes que aguardam o ato cirúrgico.<sup>23</sup>

Dentre as diversas formas de elaborar e validar um instrumento, encontra-se a técnica Delphi. Em termos gerais, está relacionada à precisão do instrumento em medir o que se propõe, buscando o consenso entre os juízes; estes que possuem domínio do tema em questão.<sup>24</sup> Em geral, quando se fala em validação de instrumentos de medidas por técnica Delphi, as técnicas mais conhecidas são: validade de conteúdo; validade de aparência; validade de critério e validade de constructo.<sup>25</sup>

Esse estudo propôs elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de classificação cirúrgica de urgência, utilizando a técnica Delphi.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de classificação cirúrgica de urgência.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a população do estudo selecionados para a validação do instrumento;

- Identificar os sinais e sintomas críticos e essenciais à classificação de um paciente cirúrgico de urgência.

### 3. MÉTODOS

#### 3.1 Desenho do estudo:

Trata-se de uma pesquisa metodológica com delineamento descritivo, visando à elaboração e validação do conteúdo de um instrumento para Classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência.

No estudo metodológico o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas.<sup>26</sup>

Esse estudo descreveu os fatos e fenômenos para uma avaliação do quadro clínico do paciente, em relação às cirurgias de urgência.

A abordagem quantitativa analítica na pesquisa metodológica permite investigação do grau de precisão do instrumento e a abordagem das opiniões permite análises descritivas dos juízes-especialistas chegando à validação do instrumento pela concordância, valorização da importância e satisfação desse instrumento para o público-alvo.<sup>27</sup>

Para elaborar e validar o instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência quanto à sua prioridade, optou-se em utilizar a técnica Delphi, desenvolvida para alcançar um acordo quanto a um determinado tema no presente ou antecipar a probabilidade de eventos futuros por meio da pesquisa sistemática de opinião entre especialistas de certa área. A flexibilidade do método permite o uso em muitas pesquisas, em diversas áreas do conhecimento e em diferentes organizações.<sup>24</sup>

As vantagens de usar a Técnica de Delphi incluem: condensar diferentes opiniões, obter consenso entre especialistas, além disso, o fato de se tratar de uma natureza anônima do processo, impede que um indivíduo de opinião forte domine o processo e influencie a opinião do grupo. O processo pode ser conduzido via e-mail e não requer que os

especialistas se encontrem presencialmente, o que permite a participação de pessoas localizadas em lugares diferentes.<sup>28</sup>

### **3.2 Local de estudo**

Por se tratar de um estudo de validação de conteúdo e os participantes serem especialistas médicos inseridos na prática de atendimento ao paciente cirúrgico de urgência, não foi delimitado um cenário específico para desenvolvimento do estudo. Participaram do estudo médicos que atendem nas cidades de São Jose do Rio Preto- SP, São Paulo -SP, Campinas- SP e Primavera- MT, cujos hospitais possuem características semelhantes quanto ao atendimento cirúrgico de urgência e emergência.

A pesquisa teve sua origem a partir da problemática encontrada em um Hospital do interior do estado de São Paulo.

### **3.3 População do estudo**

Optou-se em buscar enfermeiros parceiros de Hospitais com atendimento a paciente cirúrgico de urgência e emergência para que estes pudessem indicar médicos especialistas com experiencia no atendimento a esse tipo de paciente e que se interessariam em fazer parte do grupo de avaliadores para validar itens de um instrumento.

Foram participantes do estudo médicos cirurgiões, com formação mínima de cinco anos em Medicina, atuando em Instituições de Saúde Pública ou Privada, com experiência em atendimento cirúrgico de urgência e emergência, com titulação mínima de especialista, atuando na área de: Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Urologia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia e Otorrinolaringologia. (APÊNDICE 1).

Não participaram do estudo médicos das especialidades Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca.

A seleção dos participantes foi por amostra não probabilística, intencional e por conveniência, ou seja, foi usado o julgamento do pesquisador para selecionar os membros da população que se entende boas fontes de informação necessárias para a pesquisa.<sup>30</sup>

A composição do grupo pode variar de acordo com o fenômeno a ser estudado, sendo que a quantidade deve ser suficiente para gerar informações relevantes, ressalta que a Técnica de Delphi, utilizada nesta fase, permite que o número de especialistas seja diretamente determinado pelo fenômeno que se pretende estudar e não há consenso na literatura sobre o número ideal de especialistas.<sup>31,32,33</sup>

O anonimato entre os participantes é conseguido através da aplicação de questionários e da não realização de sessões face-a-face, o que é fundamental para a diminuição dos efeitos que podem advir da influência dos membros mais dominantes, concedendo a todos os participantes a mesma oportunidade de apresentar e reagir a opiniões, sem pressão, promovendo a abertura e veracidade das suas visões sobre as questões colocadas.<sup>29</sup>

A validade e confiança da técnica *Delphi* não aumentam significativamente com painéis superiores a 30 membros.<sup>34</sup>

### **3.4 Elaboração do Instrumento**

De uma forma geral, a Literatura destaca as seguintes fases a serem seguidas no processo de construção de instrumentos: Fase I- Estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos do instrumento e população envolvida, Fase II- Construção dos itens; Fase III-Construção das escalas de resposta; Fase IV-Seleção e organização dos itens; Fase V-Estruturação do instrumento; Fase VI-Validade de Conteúdo.<sup>35</sup>

**Fase I- Estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos do instrumento e população envolvida**

Para a construção de instrumentos de medida, é fundamental que os objetivos sejam estabelecidos e que estes tenham conexão com os conceitos a serem abordados.

A elaboração da estrutura conceitual, também conhecida como definição operacional do constructo e de sua dimensionalidade, é a etapa responsável por definir o contexto do instrumento e sustentar o desenvolvimento dos itens.<sup>27</sup>

Foi estabelecida a elaboração de um instrumento para classificar pacientes de urgência que necessitam de procedimento cirúrgico, instrumento esse voltado para o público médico.

### **Fase II- Construção dos itens**

As construções dos itens e das escalas podem ser criadas através de teorias e instrumentos já existentes, observação clínica, opinião de especialistas, experiência, busca na Literatura Nacional e Internacional, cada um desses recursos possui pontos fracos e pontos fortes.<sup>35</sup>

Para propor um novo instrumento para classificação quanto à prioridade do paciente cirúrgico de urgência, foi realizada uma revisão integrativa na Literatura, a fim de se identificar os principais sinais e sintomas clínicos possíveis para classificar um paciente cirúrgico quanto à priorização na realização do procedimento.

Utilizou-se os descritores: Classificação, Cirurgia, Urgência, Fator de Risco, Estudos de Validação e Protocolos nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, e Biblioteca Cochrane. Também foi realizada a busca na coleção *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os levantamentos bibliográficos foram feitos em periódicos internacionais e nacionais, publicados entre 2012 e 2019. Fizeram parte da pesquisa artigos disponíveis na integra.



Dentro dos achados científicos, as escalas de riscos foram o alicerce do instrumento, dentre as principais escalas utilizadas estão: RCRI, ACS-NSQIP, NSQIP, ASA, APACHE, SAPS II, SOFA, POSSUM, risco cardíaco *Goldman*, Pontuação de risco cirúrgico *Sutton*, BHOM.<sup>18,19,20,21,22</sup>

Como mencionado, a utilização de instrumentos já existentes também é apontada por pesquisadores como um recurso útil, pois, na maioria das vezes, seus itens já foram testados quanto às qualidades psicométricas. A utilização destes itens em detrimento de construir novos, pode economizar tempo e trabalho ao pesquisador.<sup>36</sup> Porém, alguns itens de instrumentos existentes podem ter sido validados para serem utilizados em um determinado público algumas vezes diferentes do que a proposta do estudo. Nesses casos a validação é fundamental para garantir a fidelidade dos itens.

Outro recurso utilizado foi a opinião de especialistas médicos e não médicos a partir de realizações de bate papo informal nas quais estes opinaram quanto aos sinais e sintomas que acreditavam ser importantes para uma avaliação para classificar o paciente cirúrgico de urgência. A vantagem está no fato dos especialistas serem escolhidos cuidadosamente e representarem o que há de mais recente no conhecimento da área; esses inseridos diretamente na prática de atendimento ao paciente cirúrgico de urgência.

Na formulação dos itens utilizando as opiniões de médicos especialistas, utilizaram-se oito profissionais especialistas, conforme recomendado.<sup>37</sup> Esses médicos não fizeram parte do estudo de validação do conteúdo, apenas deram suas opiniões quanto ao entendimento dos itens capazes de classificar um paciente cirúrgico de urgência quanto à prioridade na realização da cirurgia de urgência.

Utilizou-se também, a experiência do autor e a observação *in loco* das características dos pacientes admitidos para o procedimento cirúrgico de urgência de um centro cirúrgico,

cuja produção cirúrgica de urgência corresponde a 35% das cirurgias realizadas mensalmente.

### **Fase III- Construção das escalas de resposta**

Além da construção dos itens, o desenvolvimento e escolha de um método para obtenção das respostas também é imprescindível. Dentre os muitos tipos de escalas de atitude existentes, pode-se dizer que estão entre as mais utilizadas, a escala de Likert e a escala de *Thurstone*.<sup>38</sup>

As escalas tipo *Thurstone* são constituídas por um conjunto de itens em relação aos quais o entrevistado deve manifestar simplesmente o seu acordo ou desacordo, não necessitando exprimir o grau de concordância quanto à resposta. A escala de verificação de *Likert*, pouco mais complexa que a outra, incide em assumir um construto e desenvolver um conjunto de afirmativas pertinentes à sua definição, para as quais os entrevistados enunciarão seu grau de concordância.<sup>38</sup>

No presente estudo, optou-se pela escala *Likert* de quatro pontos, podendo então, receber uma resposta tanto inclusiva quanto exclusiva dos itens propostos para a escala de classificação do paciente cirúrgico de urgência.

### **Fase IV- Seleção e organização dos itens**

Após reunir todos os achados pela realização da pesquisa bibliográfica, avaliações e consulta aos especialistas, foram definidas suas dimensões; de forma que se construiu a variedade dos itens segundo os constructos. Foram utilizados sinais e sintomas usados em escalas de avaliação de risco cirúrgico, risco anestésico, risco de complicações pós cirúrgico,

risco de mortalidade, assim como, classificações de sinais clínicos de pacientes existentes na Literatura como, por exemplo, *Glasgow, Gustilo e Andreson*, dentre outras.

Esses itens foram agrupados por sistema apenas variando os valores que eles se classificam. Os principais sinais e sintomas encontrados foram relacionados aos sistemas pulmonares, respiratórias, cardiovasculares, circulatórios, dentre outros.

#### **Fase V- Estruturação do instrumento**

Elaborou-se um instrumento dividido em dois domínios. O Domínio 1 de sinais e sintomas de abordagem geral, contendo 44 itens (APÊNDICE 2) e o Domínio 2, contendo seis itens específicos de sinais e sintomas por especialidade (APÊNDICE 3), onde os experts deveriam classificar os itens do primeiro e segundo domínio utilizando, como já descrito, a escala Likert de quatro pontos variando de “sem importância”, “pouco importante”, “importante” e “muito importante”. Ao final do instrumento os especialistas poderiam sugerir a inclusão de itens que na sua opinião não haviam sido contemplados no instrumento.

Foi desenvolvido um questionário (Apêndice 4), contendo afirmativas para análise de concordância quanto às afirmações dos itens inseridos no instrumento de acordo com a importância de um instrumento, clareza, objetividade, aplicabilidade e desempenho dos itens.

Para esse questionário também se optou pela escala *Likert* de quatro pontos *para a resposta* ao item no qual as afirmações foram respondidas de: 1 (Não Concordo), 2 (Concordo Pouco), 3 (Concordo) e 4 (Concordo Plenamente).

#### **Fase VI- Validade de conteúdo**

Validar conteúdo é verificar se os itens propostos no instrumento refletem o conceito que se deseja medir através de consenso de especialistas .<sup>39</sup>

A primeira rodada do estudo ocorreu entre novembro de 2019 a janeiro de 2020, considerando-se o índice de abstenção de 30% a 50% dos especialistas no primeiro ciclo.<sup>25</sup> O anonimato entre os médicos especialistas foi uma das obrigatoriedades do estudo; portanto, nenhum deles tinham o conhecimento de quem estava participando da validação.<sup>40</sup>

Os critérios de inclusão do estudo foram médicos, das seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Urologia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia e Otorrinolaringologia.

Não fizeram parte do estudo as especialidades Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca. Entende-se que pacientes não eletivos da cirurgia cardíaca necessitam ser atendidos em caráter de emergência. A Obstetrícia possui um manual de atendimento de urgência e emergência obstétrica, sendo que a urgência pode ser fetal e não apenas materna. Os itens da Cirurgia Geral assemelham-se aos itens utilizados para classificação das cirurgias ginecológicas e pediátricas e, por fim, a especificidade oftalmológica.

Foi enviado via *e-mail*, aplicativos de comunicação e em envelopes lacrados, uma carta convite com orientação aos 40 médicos especialistas, o termo de consentimento livre esclarecido (ANEXO I) e o questionário contendo os itens a serem validados, os quais deveriam responder se os itens propostos eram importantes para classificar um paciente quanto à prioridade na realização de uma cirurgia de emergência.

Consideraram-se como participantes do estudo os médicos especialistas que responderam o questionário, assinaram o termo de consentimento e fizeram a sua devolução.

Para os cálculos, adotou-se o índice de validade de conteúdo (*Content Validity Index-CVI*). O CVI demonstra a proporção de especialistas que julgaram o item da escala válido ou não, a cada item da escala e ao instrumento na íntegra. Calculou-se o CVI para os itens da escala com base na razão do quantitativo de especialistas que consideraram válidos (importante e muito importante) o item da escala.<sup>41</sup>

Adotou-se também como medidas de validação o grau de concordância do conteúdo validado, ou seja, número de participantes que concordaram totalmente com o item avaliado (muito importante).<sup>41</sup>

Nesse estudo, adotou-se o índice de 75% entre os itens analisados como nível de consenso na técnica Delphi, nos itens de sinais e sintomas comuns utilizados em todas as especialidades, e de 100% para validar os itens específicos das especialidades.<sup>42</sup>

### **3.6 Aspectos éticos:**

Aprovado pelo CEP com parecer número 2652137/2018. Antes de iniciar a pesquisa, todos os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e seus objetivos, direito de não participação, garantia de que sua assistência não seria afetada caso ele não aceitasse participar, nem pelas respostas fornecidas, caso aceitasse. Foi assegurado anonimato e sigilo. Os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pós-Informação (Anexo I).

#### 4. RESULTADOS

Dentre os 40 instrumentos enviados, obteve-se resposta de 22 médicos especialistas, ou seja, 55% dos questionários enviados foram devolvidos e analisados. A Tabela 1 mostra o percentual das variáveis de caracterização amostral dos médicos especialistas no estudo.

**Tabela 1. Percentual das variáveis de caracterização amostral. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil 2020.**

Variáveis de caracterização amostral	n 22	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	2	9,09
Masculino	20	90,90
<b>Especialidade</b>		
Cirurgia Geral	03	13,63
Neurocirurgia	03	13,63
Ortopedia	03	13,63
Otorrinolaringologia	01	4,54
Plásticas	03	13,63
Torácica	03	13,63
Urologia	03	13,63
Vascular	03	13,63
<b>Idade (anos)</b>		
30 – 39	11	50,00
40 – 49	4	18,18
50 – 59	5	22,72
60 – 69	1	4,54
70 – 79	1	4,54
<b>Tempo de formação (anos)</b>		
5 – 9	5	22,72
10 – 19	10	45,45
20 – 29	3	13,63
30 – 39	3	13,63
40 – 49	0	0
50 – 59	1	4,54
<b>Instituição em que trabalha</b>		
Pública	11	50,00

Pública e Privada	8	36,36
Pública, privada e filantrópica	2	9,09
Pública, privada, filantrópica e estatal	1	4,54
<b>Formação profissional</b>		
Especialista	13	59,09
Especialista e mestrado	4	18,18
Especialista, mestrado e doutorado	5	22,72

De acordo com os resultados da Tabela 1, obteve-se resposta do questionário, de três (13,63%) médicos *experts* exceto a especialidade otorrinolaringologia que apenas um médico *expert* respondeu corretamente o questionário, sendo a maioria do gênero masculino (20; 90,90%), com idade de 30 a 39 anos (11; 50,00%), com tempo de formação de 10 a 19 anos (10; 45,45%), que trabalham em instituições públicas de saúde (11; 50,00%), com formação profissional de no mínimo especialista na área em que atua (13; 59,09%).

A seguir, a Tabela 2 descreve os itens do domínio 1, validos através da análise estatística de validação do item, onde o número um corresponde ao item considerado “importante e muito importante” na avaliação dos especialistas quando à importância do item para classificar o paciente cirúrgico de urgência e o número zero corresponde na avaliação dos especialistas o item é “sem importância ou pouco importante”. O domínio 1 do instrumento de classificação de paciente cirúrgico de urgência continha inicialmente 44 itens a serem validados.

Tabela 2 Estatísticas descritivas dos itens validados com 75% de concordância. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.

Especialidade	Reabordagem	Pirexia	Hiperpirexia	Hipotermia Severa	Taquicardia	SatO <sub>2</sub> abaixo de 91%	Hipotensão	Leucometria	Hemoglobina menor 6g/dl	Perda Sanguínea moderada	Perda Sanguínea Maciça	Torpor	Dispneia	Taquipneia
C. Geral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
C. Geral	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
C Geral	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Neuro	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0
Neuro	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Neuro	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Ortop	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ortop	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Ortop	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
Otorrin	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
C.Plástico	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
C.Plástico	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
C.Plástico	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Torácic	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Torácic	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Torácic	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Urolog	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0
Urolog	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Urolog	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vasc	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vasc	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vasc	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Válidos	18	20	21	19	19	20	20	17	19	20	22	17	19	17
Não válidos	4	2	1	3	3	2	2	5	3	2	0	5	3	5
% Válidos	81,82	90,91	95,45	86,36	86,36	90,91	90,91	77,27	86,36	90,91	100,00	77,27	86,36	77,27

1- Importante ou Muito importante 0- Sem importância ou pouco importante.

Dos itens propostos (44) do instrumento para classificação dos pacientes cirúrgicos de urgência, foram validados através do CVI, com concordância de 75 % entre os médicos especialistas, 14 itens (31,81%). Variando de 100% (14) quando questionada a importância



do item perda sanguínea maciça; item que dependendo da situação pode ser considerado um sinal de emergência médica, a 77,27% (3) quando questionada a importância dos itens taquipneia, torpor e leucometria acima de 12.000.

No presente trabalho, o índice de concordância, como já mencionado, foi de 75%; consequentemente, alguns itens ficaram inválidos como mostra a Tabela 3.

**Tabela 3 Estatística descritiva dos itens não validados. Inferior a 75% de concordância. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.**

Especialidade	Idade 14 a 25 anos	Idade 26 a 40 anos	Idade 41 a 59 anos	Idade acima de 60 anos	Hipertermia Leve	Hipotermia Leve	Hipotermia Moderada	Bradicardia	Hipertensão	Dor leve	Dor Moderada	Dor Intensa	Leucocitose menor 4.000	Creatina Alterada	Proteína reativa	Hemoglobina entre 6 e 8 g/dl	Hemoglobina entre 8 e 10 g/dl	Perda Sanguínea Pequena	Edema ++	Edema +++	Edema ++++	Anasarca	Vomito (qualquer característica)	Sudorese	Palidez	Desorientação	Agitação	Braquipneia-	Mascara /Cateter de Oxigênio	Ventilação Mecânica
A	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
A	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0
A	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1
B	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
B	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
B	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
C	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
C	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
C	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
D	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1

E	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1
E	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1
E	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1
F	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
F	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
F	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
G	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1
G	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0
G	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1
H	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1
H	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
H	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
<b>% Não Válidos</b>	17	18	16	8	13	15	6	8	14	22	21	7	16	12	15	6	16	13	21	15	12	11	17	11	10	6	7	12	12	8
<b>% Não Válidos</b>	77,27	81,82	72,73	36,36	59,09	68,18	27,27	36,36	63,64	100,00	95,45	31,82	72,73	54,55	68,18	27,27	72,73	59,09	95,45	68,18	54,55	50,00	77,27	50,00	45,45	27,27	31,82	54,55	54,55	36,36

Legenda 1 Importante ou Muito importante 0- Sem importância ou pouco importante

Legenda 2 A- CIRURGIA GERAL/ B – NEUROCIRURGIA/ C- ORTOPEDIA/D – OTORRINOLARINGOLOGIA/ E – CIRURGIA PLÁSTICA/ F- CIRURGIA TORÁCICA/ G- UROLOGIA/ H- CIRURGIA VASCULAR.

Alguns itens tiveram a validação perto de ocorrer como: hemoglobina entre 6 e 8g/dl (72,73%), dor intensa (68,18%), bradicardia (63,64%), idade acima de 60 anos (63,64%) e desorientação (72,73%).

A Tabela 4 traz o percentual de concordância máxima ente os itens validados, ou seja, dentre os itens o que foi apontado como muito importante comparado ao número de resposta permitida.

**Tabela 4 Estatística descritiva concordância dos itens. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.**

	Itens validados (n 22)	Classificados como "muito importante"
Reabordagem cirúrgica	18	5 – 11,36%
Pirexia (39°C a 40°C)	20	11- 50%
Hiperpirexia (acima de 40°C)	21	14 - 63,63%
Hipotermia severa menor (33,9°)	19	12 - 54,54%
Taquicardia (acima de 100 bpm)	19	5 - 22,72%
Saturação de Oxigênio abaixo de 91%	20	6 - 27,27%
Hipotensão	20	16 - 72,72%
Leucometria maior que 12.000	17	03 - 13,63%
Hemoglobina inferior 6g/dl	19	14 - 63,63%
Perda sanguínea moderada	20	5 - 22,72%
Perda Sanguínea maciça	22	20 - 90,90%
Torpor	17	08 - 36,36%
Dispneia	19	10 - 45,45%
Taquipneia	17	08 - 36,36%

Dos itens validados, os itens com maior concordância ( muito importantes) foram a perda sanguínea que traz a opinião de 20 médicos especialistas ( 90%), seguido da hipotensão 16( 72,72%) e o menor índice é de leucometria três ( 13,63%) médicos especialistas entenderam ser muito importante esse item para o instrumento.

Uma vez apresentado os resultados do Domínio 1 do instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência, na Tabela 5 são apresentados os resultados da avaliação do Domínio 2 do instrumento; estes itens de uso exclusivo das especialidades.

Foram necessário pelo menos três especialistas, por especialidade para que o domínio 2 fosse analisado quanto à validação ou não dos itens. Nota-se que a especialidade Otorrinolaringologia não teve o instrumento analisado, pois apenas um médico especialista devolveu o instrumento respondido por completo.

A Tabela 5 apresenta os dados validados ou não da especialidade Cirurgia Geral. Dos três médicos especialistas da cirurgia geral, que responderam o questionário, 100% acreditam que os itens obstrução intestinal, peritonite, pneumoperitônio, líquido na cavidade e crepitação a palpação são importantes ou muito importante para a classificação dos pacientes de urgência. O item distensão abdominal foi considerado como item não válido para o instrumento de classificação de paciente cirúrgico de urgência.

**Tabela 5 Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Cirurgia Geral. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.**

Médicos <i>experts</i>	Cirurgia Geral					
	Distensão abdominal	Obstrução intestinal.	Peritonite	Pneumoperitônio.	Líquido na cavidade	Crepitação a palpação.
1	0	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
<b>CORREÇÃO</b>	NÃO VÁLIDO	VÁLIDO	VÁLIDO	VÁLIDO	VÁLIDO	VÁLIDO

No campo para inserir sugestões e comentar acerca do instrumento, um dos especialistas da Cirurgia Geral ressalta a importância de acompanhamento do paciente, antes da indicação da cirurgia, durante a espera da realização e após o ato cirúrgico.

A Tabela 6 mostra que os instrumentos válidos da Neurocirurgia, 100% acreditam ser importante ou muito importante Glasgow de 9-13, Anisocoria, ASIA C e déficit neurológico agudo que em alguns casos pode-se considerar um sinal de emergência. Como itens não válidos foram encontradas Escala de Coma de Glasgow (14 a 15 leve) e a Escala de Incapacidade da American Spinal Injury Association) ASIA D.

**Tabela 6 Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Neurocirurgia São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.**

Médicos experts	Neurocirurgia					
	Déficit Neurológico Agudo.	Escala de Coma de Glasgow com Avaliação Pupilar 9-13 moderado	Escala de Coma de Glasgow com Avaliação Pupilar 14-15 leve	Anisocoria	Escala de Incapacidade e da American Spinal Injury Association ASIA C	Escala de Incapacidade e da American Spinal Injury Association ASIA D
1	1	1	0	1	1	0
2	1	1	0	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
<b>CORREÇÃO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>

Um dos especialistas mencionou que acredita ser importante o diagnóstico de imagem (tomografia), para ser analisado junto a alguns sinais e sintomas. Outro *especialista* acredita ser de grande importância a existência de salas de urgência para cada especialidade e salas de emergência separadas para casos específicos das especialidades cirúrgicas.

A Tabela 7 mostra que os três ortopedistas acreditam que a classificação de *Gustilo e Andreson* Grau I, Grau II, Grau III A e a Classificação de *Tscherne e Gotzen* Grau 1 e Grau 2, itens importantes ou muito importantes para classificar um paciente cirúrgico de urgência. O único item não válido foi o da Fratura Óssea fechada - Classificação de *Tscherne e Gotzen* – Grau 0.

Tabela 7 Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Ortopedia São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.

		Ortopedia				
Médicos experts	Fratura exposta - Classificação de Gustilo e Anderson – Grau I	Fratura exposta- Classificação de Gustilo e Anderson - Grau II	Fratura exposta - Classificação de Gustilo e Anderson - Grau III A	Fratura Óssea fechada - Classificação de Tscherne e Gotzen – Grau 0	Fratura Óssea fechada - Classificação de Tscherne e Gotzen – Grau 1	Fratura Óssea fechada - Classificação de Tscherne e Gotzen – Grau 2
1	1	1	1	0	1	1
2	1	1	1	0	1	1
3	1	1	1	1	1	1
<b>CORREÇÃO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>

Um dos especialistas mencionou a importância dos seguintes itens: déficit neurológico motor, politrauma, acidose metabólica, lactato e perfusão de membros afetados.

Na Tabela 8 os médicos especialistas da Cirurgia Plástica, acreditam que apenas o item Hematoma seja importante ou muito importante para a classificação do paciente cirúrgico de urgência, sendo considerado os itens seroma, laceração tipo escalpe frontal ou supraorbitário, depressão óssea, tecido desvitalizado/necrosado e deformidade e diminuição de mobilidade como não validos.

Tabela 8 Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Cirurgia Plástica. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.

		Cirurgia Plástica				
Médicos experts	Seroma	Hematoma	Laceração tipo escalpe frontal ou supraorbitária	Depressão óssea	Tecido desvitalizado/necrosado	Deformidade e diminuição da mobilidade.
1	0	1	1	0	0	0
2	0	1	1	1	0	1
3	0	1	0	1	1	0

<b>CORREÇÃO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>
-----------------	-------------------	---------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Um dos especialistas da Cirurgia Plástica sugere como itens para a classificação do paciente cirúrgico de urgência, a lesão de tecidos nobres e exposição óssea. Outros especialistas relatam a importância da exposição óssea e alguns sinais e sintomas relacionados às lesões de punho.

A Tabela 9 apresenta os itens validados ou não pelos especialistas da cirurgia vascular; apenas o item Tecido desvitalizado/necrosado não foi considerado um item importante para o instrumento de classificação de paciente cirúrgico de urgência.

**Tabela 9 Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Cirurgia Vascular. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.**

<b>Médicos experts</b>	<b>Vascular</b>					
	Ausência ou Diminuição de pulso periférico.	Tecido desvitalizado/necrosado	Síndrome compartimental.	Cianose fixa	Isquemia aguda	Preenchimento capilar acima de 2 seg.
<b>1</b>	1	1	1	1	1	1
<b>2</b>	1	0	1	1	1	1
<b>3</b>	1	1	1	1	1	1
<b>CORREÇÃO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>

Nessa especialidade não tivemos comentário referente aos itens propostos e nenhuma sugestão de novos itens.

A Tabela 10 apresenta os itens validados ou não pelos especialistas da Urologia, os itens disúria (dor ao urinar), anúria (até 50ml/dia) e polaciúria (aumento da micção com diminuição de volume), não foram considerados como itens importantes para o instrumento de classificação de paciente cirúrgico de urgência.

Tabela 10 Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Urologia. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.

Ordem	Urologia					
	Obstrução renal	Disúria (dor ao urinar)	Anúria (até 50 ml/dia)	Polaciúria (aumento da micções com diminuição do volume)	Piúria	Hematuria
1	1	0	1	0	1	1
2	1	0	1	0	1	1
3	1	0	0	0	1	1
<b>CORREÇÃO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>

Um dos especialistas mencionou a necessidade de item como obstrução ureteral. Outro sugeriu a substituição do item obstrução renal por retenção urinária e sinalizou a importância do item obstrução ureteral.

A Tabela 11 apresenta os itens validados ou não pelos especialistas da Cirurgia Torácica, os itens derrame pleural e crepitação a palpação, não foram considerados como itens importantes para o instrumento de classificação de paciente cirúrgico de urgência.

Tabela 11 Estatísticas descritivas dos itens validados com 100% de concordância para Cirurgia Torácica. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.

Ordem	Torácica				
	Obstrução parcial de via aérea.	Hemoptise	Hemotórax	Derrame pleural	Crepitação a palpação.
1	1	1	1	0	0
2	1	1	1	0	0
3	1	1	1	0	0
<b>CORREÇÃO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>	<b>NÃO VÁLIDO</b>

Um dos especialistas mencionou como itens importantes, o fato do paciente apresentar tórax instável e múltiplas fraturas de costelas.

Após a avaliação dos itens do instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência, os especialistas responderam um questionário de concordância quanto à clareza,



objetividade, aplicabilidade e desempenho dos itens, assim como, se um instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência seria importante para a rotina de trabalho.

**Tabela 12** Concordância, quanto aos critérios clareza, objetividade, aplicabilidade e desempenho. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.

Espe- cia- li- dad- e	É importante ter um instrumento para classificar um paciente cirúrgico quanto ao grau de urgência?	O sinais clínicos do instrumento que respondeu são objetivos ?	E em termos de clareza, eles são claros ?	Os sinais clínicos teriam um desempenho na prática diária de classificação de paciente cirúrgico de urgência?	Esse instrumento pode recolher informações verdadeiras sobre o estado clínico do paciente cirúrgico de urgência?	Esse instrumento pode ajudar a classificar um paciente cirúrgico de urgência?
A	4	4	3	3	3	4
A	4	4	4	3	4	4
A	4	3	4	4	4	4
B	4	3	4	4	4	4
B	4	3	4	3	3	3
B	4	4	4	2	4	4
C	4	4	3	3	4	4
C	4	3	3	3	3	3
C	4	3	3	3	4	4
D	4	3	4	4	4	4
E	4	4	3	3	4	4
E	4	4	3	3	3	4
E	-	-	-	-	-	-
F	4	3	3	4	4	4
F	4	3	4	4	4	4
F	-	-	-	-	-	-
G	4	4	4	4	4	4
G	4	3	3	3	4	4
G	4	3	3	3	4	3
H	4	4	4	4	4	4

H	4	4	3	2	4	4
H	4	3	3	4	4	4

**Legenda 1- Não concordo/ 2- Concordo pouco/ 3- Concordo/ 4- Concordo plenamente.**

**Legenda 2 A- CIRURGIA GERAL/ B – NEUROCIRURGIA/ C- ORTOPEDIA/D – OTORRINOLARINGOLOGIA/ E – CIRURGIA PLÁSTICA/ F- CIRURGIA VASCULAR / G- UROLOGIA/ H- CIRURGIA TORÁCICA.**

Dos 22 especialistas que participaram do estudo de validação do instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência; dois (9,09%) não responderam o questionário e não sinalizaram o motivo. Lembrando que, não responder o questionário em questão não excluía o especialista da pesquisa de validação.

Quando se questiona a importância de ter na prática diária um instrumento para ajudar na classificação do paciente cirúrgico de urgência é unânime que todos concordem plenamente que existe essa necessidade; fortalecendo assim o objetivo da pesquisa.

Diante do questionamento acerca da clareza dos itens apresentados, 11 médicos especialistas (55%) relatam concordarem que os itens são claros e nove (45%) respondem que concordavam plenamente, quanto à objetividade dos itens; 11 médicos (55%) relataram concordarem que os itens são claros e nove (45%) concordaram plenamente.

No questionamento do desempenho dos itens para classificar um paciente cirúrgico de urgência na prática diária, dois médicos especialistas (10%) relataram concordarem pouco com o desempenho dos itens apresentados, porém não descreveram os motivos e sugestões, sendo um cirurgião torácico e um neurocirurgião.

Ao analisar se o instrumento apresentado podia recolher informações sobre o estado clínico do paciente cirúrgico de urgência; 16 médicos especialistas (80%) concordaram plenamente com a afirmação e quatro (20%) concordaram.

Finalizando o questionamento, quando afirmado que esse instrumento poderia ajudar a classificar um paciente cirúrgico de urgência; dezessete (85%) concordaram

plenamente que esses itens podem ajudar na classificação dos pacientes e três (15%) concordaram.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou construir e validar o conteúdo de um instrumento para classificar o paciente quanto a prioridade em realizar uma cirurgia de urgência. Esse instrumento visa contribuir para uma avaliação e escolha do profissional médico mais objetiva desse paciente que aguarda a realização do procedimento cirúrgico de urgência.

Para realizar a validação desse instrumento foi escolhida a técnica *Delphi* que visa alcançar o consenso entre especialistas, no presente estudo o painel de especialistas foram os médicos que tinham como objetivo validar os itens para classificar o paciente cirúrgico de urgência. Essa técnica foi utilizada por diversos pesquisadores, como o apresentado no trabalho de elaboração e validação de *checklist* de cuidados do enfermeiro ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca <sup>43</sup>, na pesquisa a respeito de cirurgia segura, em que foi realizada construção e validação de *checklist* para procedimento cirúrgico ambulatorial <sup>44</sup> e também, no estudo de construção e validação psicométrica de um questionário que visava a segurança do paciente no centro cirúrgico. <sup>45</sup>

Considerando que o painel *Delphi* deve ser composto por especialistas, com vasta experiência sobre o tema a ser estudado, a literatura divulga amplamente como imprescindível. <sup>46,47</sup> Neste sentido, foi verificado que a presente pesquisa está em consonância com a literatura, pois o grupo que participou da validação dos itens foram profissionais com formação superior a 10 anos, idade acima de 40 anos (50%) e ainda, com ampla experiência e vínculos de trabalho em instituições públicas e privadas de alta complexidade e de referência de emergência e urgência.

Desta forma, ao se optar em realizar a validação do instrumento se utilizando de profissionais com experiências em diferentes estruturas de assistência e instituições de saúde, como população, tipo de atendimento, ou seja, multicêntrico, faz com que generalize

a avaliação e escolha dos itens propostos, não apresentando apenas a realidade de um local. Corroborando com essa escolha, uma pesquisa que utilizou uma composição de *experts* com vasta formação e experiência em diferentes áreas, contribuiu para a obtenção de uma avaliação global, criteriosa e de credibilidade.<sup>48</sup> O mesmo foi verificado em um trabalho que se utilizou da técnica *Delphi* e dessa generalização de profissional para validação de uma proposta da utilização da acupuntura como intervenção de enfermagem.<sup>49</sup>

Além disso, a técnica *Delphi* mostrou-se, também, economicamente viável, pois possibilitou reunir opiniões de especialistas de diversas localizações de uma temática, na qual a pesquisa é ainda incipiente, utilizando-se na sua maioria de forma *online*, permitindo assim uma rapidez na conclusão e facilitando essa participação. Essa escolha de se aplicar a validação de maneira online foi verificada em outros estudos, tais como, os de construção e validação de instrumentos para avaliação de egressos de graduação em Enfermagem.<sup>50</sup> Também, na validação de manual informativo sobre tromboembolismo venoso para leigos<sup>51</sup> e validação de protocolo assistencial ao paciente séptico na Unidade de Terapia Intensiva.<sup>52</sup>

Em relação ao perfil do painel de especialistas, houve predomínio do sexo masculino (90,90%), dados em conformidade aos produzidos pelo *World Health Organization*, no estudo realizado a respeito da caracterização mundial das escolas de saúde.<sup>53</sup> Outro estudo documental apontou que os homens são maioria nas especialidades cirúrgicas e naquelas que atendem urgência e emergência,<sup>54</sup> corroborando com a população da presente pesquisa. Porém, em estudo recente de tendência histórica, existe uma feminização do curso de Medicina,<sup>55</sup> mas essas mulheres ainda ocupam a maioria das especialidades tradicionalmente consideradas como femininas, tais como, Pediatria, Dermatologia e Obstetrícia.<sup>54</sup>

A redução de especialistas da amostra inicial foi tratada como um movimento dentro do esperado, conforme também descrito em outros trabalhos de validação de conteúdo utilizando a Técnica *Delphi*.<sup>56</sup>

As escolhas dos itens para o presente estudo foram realizadas utilizando-se de revisão de literatura, experiência prévia da pesquisadora, reuniões entre a mesma e médicos não participantes da pesquisa e profissionais da saúde, tendo como consequência e benefício a junção da teoria e com a prática. Essa articulação entre profissionais potencializa e fortalece o diálogo, potencializa o uso do conhecimento científico e da prática no cuidado clínico do paciente.<sup>57</sup> Essa Metodologia utilizada para a escolha dos itens foi observada também nos trabalhos de Elaboração e Validação de escala de desconforto da sede Peri operatória.<sup>58</sup> Na pesquisa de elaboração e validação de um questionário contextualizado sobre concepções de natureza da ciência<sup>59</sup> e na elaboração e validação de um vídeo sobre banho no leito.<sup>60</sup>

Para realizar a validação do domínio 1 definido pelos itens comuns entre os especialistas, a taxa de consenso entre eles foi de igual ou maior a 75%. O mesmo parâmetro foi utilizado em outras validações de instrumentos, como o de identificação de violência contra criança,<sup>56</sup> e no de avaliação do grau de dependência dos usuários.<sup>61</sup>

Neste contexto, os itens validados no domínio 1 foram: Reabordagem cirúrgica; Pirexia (39° a 40°); Hiperpirexia (acima de 40°C) ; Hipotermia severa menor (33,9°); Taquicardia (acima de 100 bpm); Saturação de Oxigênio abaixo de 91%, Hipotensão; Leucometria maior que 12.000; Hemoglobina inferior 6g/dl; Perda sanguínea moderada; Perda Sanguínea maciça; Torpor; Dispneia e Taquipneia.

Entende-se por reabordagem cirúrgica, a necessidade do paciente ser operado novamente sem estar planejado, podendo ocorrer devido à causa infecciosa ou não

infeciosa. Em um estudo realizado em um Hospital Público de Belo Horizonte referente à frequência de eventos adversos observados durante um ano de acompanhamento do paciente cirúrgico, foi encontrado que 25,2% dos eventos tiveram reabordagem como sendo a principal complicação.<sup>62</sup> Outro estudo de Preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes submetidos às cirurgias não eletivas em um hospital universitário de nível terciário, analisou 187 pacientes, dos quais 17,64% foi necessária a reabordagem cirúrgica destes, 37% morreram em até 30 dias.<sup>63</sup> Portanto, validar esse item no presente instrumento indicou ser fundamental como critério para a decisão de prioridade dos pacientes cirúrgicos de urgência, visto as consequências que são causadas nas situações de uma nova abordagem cirúrgica.

Quando se diz respeito às alterações de temperatura, uma revisão bibliográfica realizado no Canadá, descreve os níveis de temperatura, suas causas e consequências no organismo<sup>64</sup>, destacou que a piroxia e hiperpirexia podem ser sinais que caracterizam o aumento na morbimortalidade de pacientes, devido ao aumento do consumo de oxigênio, podendo precipitar isquemias, arritmias e até mesmo insuficiência cardíaca em pacientes com predisposição a doenças cardiovasculares.<sup>65</sup> Como o aumento da temperatura pode estar ligada às doenças encontradas em atendimentos de urgência, tais como, acidente vascular cerebral, disfunção hipotálamo, Infecções sistêmicas<sup>66</sup>, utilizar-se deste item corrobora com a importância de sua inserção no presente instrumento.

Em contrapartida a hipotermia também gera diversas complicações orgânicas para o paciente. Na Diretriz para Prevenção da Hipotermia do Paciente Não Planejada relata que a mesma pode ocorrer em diversas situações, principalmente, em pacientes vítimas de trauma com perda excessiva de calor, perdas sanguíneas, dentre outras causas.<sup>67</sup> Em um estudo conduzido pela AORN cujo objetivo foi compreender o nível atual de conhecimento

da enfermagem acerca de hipotermia não intencional e suas complicações, os mesmos identificaram como principais complicações: arritmias, tremores, sangramento, aumento da necessidade de transfusão sanguínea e Infecção em sítio cirúrgico.<sup>68</sup>

Neste sentido, a temperatura foi encontrada como variável fisiológica na escala de gravidade da doença como a *Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3)*,<sup>69</sup> e na escala de avaliação e classificação do índice de gravidade da doença prevendo a mortalidade hospitalar conhecido como APACHE II,<sup>70</sup> corroborando com a importância na avaliação dos itens que envolvem a temperatura corporal do paciente.

O item taquicardia é habitualmente o sinal mais precoce de perda volêmica. As fontes mais comuns de perda volêmica na urgência cirúrgicas são os traumas de tórax, abdome, o trauma pélvico e as fraturas de ossos longos. Essas fontes devem ser investigadas em todo paciente politraumatizado, mesmo que uma fonte de sangramento já tenha sido identificada.<sup>71</sup> A taquicardia também é comum no choque séptico e um preditor bem conhecido de mau prognóstico, promove a disfunção cardíaca por meio de aumento da demanda de oxigênio e diminuição do enchimento cardíaco diastólico e da perfusão coronária.<sup>72</sup>

Várias escalas utilizam a taquicardia como item de parâmetros fisiológicos para classificar o paciente, como na fórmula de cálculo de risco cirúrgico dos modelos POSSUM e P-POSSUM como encontrado no trabalho de avaliação de performance cirúrgica utilizando a escala de P-POSSUM<sup>65</sup> e nas escalas de avaliação de índice de prognóstico preditivos de mortalidade APACHE E SAP 3.<sup>73</sup> Então, utilizar esse item como escore de decisão para priorizar o paciente no caso de urgência foi julgado pelos especialistas ser imprescindível para auxílio na tomada de decisão cirúrgica.



Assim como a taquicardia, a hipotensão pode ser um sinal clínico de uma resposta sistêmica a uma doença infecciosa.<sup>72</sup> Essa manifestação pode ser encontrada, também, em choque hemorrágico, sendo que esse é um dos principais motivos de morte evitáveis no trauma.<sup>74</sup> Vale ressaltar que o item hipotensão faz parte da maioria das escalas de avaliação de risco cirúrgico e de índice de prognóstico.<sup>69,19,75,76</sup> Deste modo, as possibilidades patológicas e a gravidade de um paciente com sinais de hipotensão fazem com que esse item seja de suma importância para classificar um paciente cirúrgico de urgência, fortalecendo assim a importância para a validação do item para o instrumento.

O item hemoglobina abaixo dos níveis normais validado pelos especialistas apresentam como sintomas, na prática, o cansaço, tonturas, fraqueza, dores musculares, dispneia e taquicardia. Essas reações são relacionadas ao aumento no débito cardíaco em mandar a mesma quantidade necessária de oxigênio para todas as células orgânicas, causando uma desordem fisiológica.<sup>77</sup> Foram evidenciados em uma revisão bibliográfica diversos escores ao longo dos anos, com o objetivo de identificar fatores de risco de mortalidade associadas ao pré-operatória nos aneurismas em rotura, sendo que um item que apresenta aumento significativo para a morte deste paciente a hemoglobina pré-operatória < 9g/dL.<sup>78</sup>

Em um outro estudo realizado na *University Health Network*, em Toronto, mencionou que hemoglobina abaixo dos níveis normais pré-operatória está associada a cinco vezes maior a chances de mortalidade pós operatória.<sup>79</sup> Além disso, em um estudo em Belo Horizonte, foi relatada a importância da avaliação pré-operatória dos valores e achados em exames laboratoriais pertinentes, envolvendo hemoglobina, pois, o mesmo pode ser preditivo de perda sanguínea no momento intraoperatório, sinalizando previamente risco de transfusão sanguínea.<sup>79</sup>

Quanto aos itens de sangramento moderado e maciço, um estudo de triagem para situações de socorro a múltiplas vítimas, realizado em Portugal, evidenciou que cerca de 30% de mortalidade podem ser evitadas quando o paciente recebe assistência especializada nas primeiras horas. Quando mencionada a triagem dos pacientes é apresentado o sangramento maciço o paciente é classificado como primeira prioridade e quando o sangramento é moderado como segunda prioridade de atendimento.<sup>80</sup> Em concordância, a importância de se validar esse item na presente pesquisa, foi encontrada uma revisão de literatura, em que aborda a hipotensão permissiva no trauma, relatando que o controle rápido do sangramento continua sendo a medida mais importante no tratamento do choque hemorrágico.

A leucocitose pode ser evidenciada como item importante a ser validado, conforme descrito pelo instituto Latino-Americano de SEPSE que descreve que as manifestações clínicas decorrem dos órgãos em disfunção, como consequência da redução do aporte de oxigênio e de alterações celulares, estando a leucocitose como um dos principais sinais, sintomas e alterações laboratoriais na sepse.<sup>81</sup> A leucocitose configura um achado importante nas doenças inflamatórias e quando associada à proteína C-reativa, pode servir para diagnóstico de necrose.<sup>82</sup>

Ainda a respeito do item supracitado, um estudo de avaliação prospectiva de pacientes com diagnóstico de apendicite aguda submetidos ao tratamento cirúrgico admitidos na emergência do Hospital Regional de São José - Dr Homero de Miranda Gomes, afirma que o leucograma costuma fazer parte da propedêutica e auxiliar no diagnóstico de abdome agudo.<sup>83</sup> O achado fisiológico Leucometria maior que 12.000 também é utilizado em diversas outras escalas como as escalas de gravidade da doença e mortalidade POSSUM, P-POSSUM, APACHE I e, SAPS3.<sup>19,84,73,69</sup> Assim em consenso com a literatura, a validação

deste item traz robustez para o instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência.

Em relação ao item taquipneia, as principais patologias que causam a mesma são a doença pulmonar restritiva, choque hipovolêmico, pneumonia, edema pulmonar, acidose metabólica, septicemia, dor intensa, distúrbios neurológicos e fraturas de costelas.<sup>85</sup> Já a dispneia, comumente ocorre em doenças do sistema nervoso central, nas hemorragias leves, moderadas, maciças, nos traumas, na obstrução de via aérea, infecções e nos fatores psicogênicos como a ansiedade.<sup>86</sup> Uma revisão de integrativa relata que a não resolução da taquipneia e da dispneia pode levar a insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica.<sup>87</sup>

Ressalta-se a presença desses dois itens nas escalas de avaliação do paciente cirúrgico e escalas de preditores de mortalidade, como encontrado no escore APACHE II, POSSUM e Escore de Lee.<sup>73,19,88</sup> Assim sendo, validar e inserir a taquipneia e dispneia no presente instrumento é relevante e pertinente para a avaliação do paciente cirúrgico de urgência.

A validação da saturação de oxigênio abaixo de 91%, que podem ser desencadeadas por diversos fenômenos, seja dos pulmões, dos músculos respiratórios ou de adjacentes, dispneia, taquipneia, obstrução das vias aéreas, paralisia diafragmática, pela insuficiência cardíaca, por infecção, insuficiência neuromuscular, trauma ou cirurgia.<sup>89</sup> Estudo evidenciou que pacientes enfermos, com alto risco cardiovascular, trauma pode ocasionar sinais como queda de saturação causando hipoxemia, rompendo assim o equilíbrio entre a demanda de oxigênio, podendo resultar em quadro isquêmico importante.<sup>90</sup> Além disso, o item também é evidenciado para avaliação do paciente quanto ao risco cirúrgico, conforme descrito na

escala de gravidade de doença SAPS3, confirmando a legitimidade da validação desse item na presente pesquisa.<sup>69</sup>

O último item, porém, não menos importante, validado do domínio 1 de uso comum entre os especialistas foi o torpor, que é definido por um estado de inconsciência profunda de origem orgânica, com desaparecimento da sensibilidade ao meio ambiente e da faculdade de exibir reações motoras. Nestes casos, o paciente não responde adequadamente a estímulos verbais e dolorosos e só pode ser despertado, na sua maioria, por estímulos físicos vigorosos.<sup>91</sup>

Um estudo realizado no Hospital Geral de Fortaleza destacou a importância de avaliação do estado geral do paciente visto que a junção de hipotensão e torpor denotam quadro de sepse grave ou choque hipovolêmico dependendo da etiologia do quadro.<sup>92</sup> Em outro estudo quantitativa e descritivo por meio de revisão narrativa da literatura descreve que na prática clínica, muitos pacientes chegam à sala de emergência com rebaixamento do seu nível de consciência, podendo estar desorientado, sonolento, torporoso ou comatoso. Por se tratar de um quadro clínico multicausal, a história clínica e exame físico são fundamentais, sendo necessária a análise pelo médico de possíveis causas agudas, para condutas emergências com a intenção de reduzir a morbimortalidade.<sup>93</sup>

Após a validação do domínio 1 contendo os itens de uso comum entre as especialidades, os especialistas validaram o domínio 2 contendo os itens específicos de cada especialidade do instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência.

Em relação à taxa de consenso do domínio 2 para os itens de uso específico para as especialidades foi utilizado 100% de concordância. Foi escolhido esse valor pelo número pequeno de especialistas que responderam este item. Esta taxa corrobora com às literaturas que sugerem que para cinco avaliadores deve se utilizar 90% de concordância.<sup>94,95</sup> Como a

presente pesquisa obteve um número inferior a este sugerido nas pesquisas, foi optado para a porcentagem total de concordância, proporcionando a possibilidade de maior assertividade na validação.

Foi realizada a validações de cinco itens para a cirurgia ortopédica, ressalta-se que os procedimentos relacionados à esta especialidade têm por finalidade corrigir doenças e deformidades dos ossos, músculos, ligamentos, articulações e elementos relacionados ao aparelho locomotor. Neste sentido os itens foram: fratura exposta grau I; Fratura exposta grau II; Fratura exposta grau III A, para esses itens foram utilizadas a aplicando a Classificação de Gustilo e Anderson; seguidos por Fratura Óssea fechada - Classificação de Tscherne e Gotzen – Grau 1 e pela Fratura Óssea fechada - Classificação de Tscherne e Gotzen – Grau 2.

Conforme descrito em estudo realizado em São Paulo, a fratura exposta consiste em uma urgência ortopédica e que deve ser tratada e atendida, conforme padronização de atendimento ao politraumatizado, nesse mesmo estudo foi abordado, também, que a classificação de Gustilo e Anderson segue sendo a mais usada até os dias atuais, ela leva em conta a energia do trauma, grau da lesão de partes moles e o grau de contaminação que influencia no prognóstico do paciente.<sup>96</sup> Outro estudo realizado em um serviço de Ortopedia nacional, foi evidenciado que a classificação de Tscherne e Gotzen é utilizada para fraturas fechadas e expostas, ressaltando as lesões de partes moles, independentemente do tamanho da lesão. Demonstrou também, que este sistema apresentou maior assertividade como prenunciador de infecção em fraturas expostas.<sup>97</sup>

Em relação à Cirurgia Plástica, foi validado apenas o item denominado hematoma.

Um estudo de relato de caso descreve que o hematoma pós-operatório é uma das complicações mais frequentes, podendo se apresentar de forma leve ou com sangramento

ativo em grande quantidade. Quando o hematoma é evidenciado, ele necessita de abordagem cirúrgica de urgência, pois, pode gerar danos importantes ao paciente. Os dados mencionados podem ser evidenciados, conforme descrito no estudo de relato de caso de uma paciente que houve a necessidade de reintervenção cirúrgica de urgência, após ser submetida à ritidoplastia completa, devido à coleção cervicofacial com progressão para choque hipovolêmico.<sup>98</sup> Outro estudo, com Metodologia retrospectiva em 75 prontuários, realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e uma clínica particular, em 11 pacientes com complicações pós- cirúrgica, o hematoma representou 8%.<sup>99</sup>

Levando em consideração que o Brasil junto aos EUA são responsáveis por 28,4% dos procedimentos cirúrgicos estéticos realizados no mundo, ocupando o primeiro e segundo, respectivamente, no ranking mundial.<sup>100</sup> Não se deve ignorar a possível demanda cirúrgica de urgência, que a especialidade possui nos hospitais com atendimentos aos pacientes de urgência e emergência.

Os especialistas da Neurocirurgia validaram como importantes quatro itens específicos para classificar o paciente cirúrgico de urgência, sendo eles: Déficit Neurológico Agudo; Escala de Coma de Glasgow com Avaliação Pupilar 9-13 moderado; Anisocoria e ASIA C. Foi evidenciado em um estudo abordando um caso clínico de um paciente atendido em um serviço de urgência e emergência que apresentava sinais como Glasgow 9, alteração pupilar (midiáticas, foto reativas) e, após a realização do exame de imagem foi diagnosticado com hemorragia subaracnóidea, sendo conduzido à cirúrgica de urgência. Após 30 dias de pós-operatório, paciente encontrava-se orientado, deambulando e com alta médica, e com acompanhamento multiprofissional.<sup>101</sup> Portanto, fica evidenciado que o paciente neurológico necessita de uma avaliação criteriosa, sendo extremamente necessária a observação do déficit neurocognitivo, além dos exames de neuroimagem.<sup>102</sup>

Tratando-se de outro item validado a anisocoria, um estudo com avaliação de pacientes submetidos à craniectomia descompressiva para tratamento de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), evidenciou que a anisocoria estava entre as características pré-operatórias, sendo um importante sinal avaliado clinicamente pela equipe de saúde.<sup>103</sup>

Relacionado ao item ASIA C, um estudo realizado no interior do Pará, define o Traumatismo Raquimedular como a representação de lesões traumáticas da coluna vertebral, sendo ocasionados, muitas vezes, por traumas automobilísticos sendo responsável por morbimortalidade no mundo.<sup>104</sup> Em uma abordagem epidemiológica ficou evidenciado que nos países desenvolvidos, as lesões medulares correspondem a 40 a 80 novos casos a cada um milhão de habitantes, sendo grande parcela proveniente de lesões traumáticas, ou seja, cerca de 250 mil pessoas sofrem lesões medulares ao ano.<sup>105</sup>

Foram relatados que 28,8% desses traumas são indicativos da realização cirurgia, para subsidiar a decisão do procedimento cirúrgico de urgência se utiliza da classificação de ASIA. Em torno de 48% dos pacientes classificados com ASIA C, lesão sensitiva e motora incompletas, evoluem para óbito, caso o mesmo não seja abordado de maneira eficiente e com prioridade cirúrgica.<sup>104</sup>

Em se tratando da cirurgia geral, foram validades cinco itens: Obstrução intestinal; Peritonite; Pneumoperitônio; Líquido na cavidade abdominal e Crepitação a palpação. A especialidade médica de cirurgia geral tem como maior demanda o atendimento das cirurgias da parede abdominal, traumas e as cirurgias de urgência. E ainda, é a base para o início do desenvolvimento dos métodos operatórios e é o ponto de partida para outras especialidades cirúrgicas.<sup>106</sup>

Entende-se por obstrução intestinal como a incapacidade do trato intestinal de permitir a passagem intraluminal de alimentos e conteúdos intestinais, podendo ocorrer por

obstrução mecânica ou representar um processo funcional. Essa condição é responsável por, aproximadamente, 15% de todas as visitas no departamento de urgência e emergência, e a queixa de dor abdominal aguda está sempre presente.<sup>107, 108</sup> Estudo mostrou que o achado mais característico na obstrução intestinal é a distensão abdominal e ocorre em dois terços dos pacientes.<sup>109</sup> Além desses achados, foi relatado que as cirurgias para aliviar a obstrução intestinal estão relacionados a porcentagem elevadas de complicações (7% a 44%), mortalidade (6% a 44%) e reobstrução (6% a 47%).<sup>110</sup> Portanto, utilizar esse item para priorizar o paciente de urgência está de acordo com a pertinência deste sintoma para a evolução adequada do paciente.

O item peritonite (inflamação do peritônio) é entendido pela situação grave que se não for tratada precoce e adequadamente, na maioria das vezes, é fatal sendo a taxa de mortalidade global para a peritonite generalizada de 40%.<sup>111</sup> Um estudo retrospectivo com 355 pacientes, realizado em um *Jinnah Postgraduate Medical Center, Karachi* foi observado uma mortalidade em urgências e emergências cirúrgicas no período de uma semana de 23,94%, sendo a mais representativa a causa por peritonite com 9,87%<sup>112</sup>, confirmando a importância desse item para classificar um paciente cirúrgico de urgência.

Os especialistas trazem como importante o item pneumoperitônio para classificar o paciente cirúrgico de urgência. Sendo definido como a presença de ar na cavidade geralmente associada à perfuração do trato gastrointestinal.<sup>113</sup> Um estudo apontou como principal causa desta condição o trauma, barotrauma, adenotonsilectomia e pneumotórax.<sup>114</sup> Alguns autores identificam que o achado de pneumoperitônio é indicativo de necessidade cirúrgica de urgência.<sup>115,116</sup>, corroborando com a importância da inclusão deste item no presente instrumento



O item líquido na cavidade abdominal pode ser evidenciado como item importante, pois, existem estudos, sobre o acrônimo *Focused Assessment with Sonography for Trauma* (FAST) o qual é utilizado em urgências e emergências dos serviços de saúde, com o objetivo de detecção de líquido livre abdominal. A avaliação utilizando a ferramenta FAST é extremamente importante, pois, o tempo para o diagnóstico e a decisão é vital para o melhor desfecho e diminuição da morbimortalidade e para a instauração terapêutica.<sup>117</sup>

Em relação a crepitação, uma pesquisa abordando o diagnóstico ecográfico de gangrena de *Fournie* evidenciou presença de crepitações subcutâneo a palpação na parede escrotal, provocando atenuação do feixe sônico, achado que caracteriza a necessidade de diagnóstico e tratamento cirúrgico de urgência.<sup>118</sup> Observa-se a importância que a gangrena de *Fournie* caracteriza-se por fasciite necrosante, com elevada morbimortalidade associada e para pacientes que sobrevivem podem apresentar sequelas permanentes a saúde do indivíduo.<sup>119</sup> Estudo retrospectivo, realizado na Santa Casa de São Paulo, apresentou achados radiológicos, nas lesões traqueobrônquicas relacionados ao enfisema subcutâneo.<sup>120</sup> Neste sentido, utilizar-se deste item para a tomada de decisão de priorização de paciente cirúrgico torna-se relevante para assertividade desta conduta.

Os especialistas da Urologia validaram três itens como sendo importantes para classificar o paciente cirúrgico de urgência; sendo eles: a Obstrução Renal; Hematúria e Piúria.

A Obstrução Renal pode ser ocasionada por obstrução de ureter e de pelve renal, resultando em alguns casos em ruptura de pelve, condição clínica incomum, caracterizada clinicamente por dor lombar, início súbito de hematúria, podendo trazer consequências como infecções e insuficiência renal. Necessita, assim, de atendimento de urgência, conforme descrito e evidenciado em relato de caso realizado no interior de Minas

Gerais.<sup>121,122</sup> Por causar diversos danos ao paciente, conforme supracitado, a validação deste item torna-se pertinente para a avaliação do paciente cirúrgico de urgência.

A hematúria tem diversas etiologias; pode estar presente no Câncer Renal, conforme estudo realizado com 160 pacientes no Instituto do Câncer do Ceara onde 42,7% apresentavam como sinal inicial a hematúria.<sup>123</sup> Outro motivo pode ser nas urolitíases renais em que foram encontrados 90% dos casos de hematúria, conforme descrito no estudo de relato de caso acerca desse evento em patologias urológicas.<sup>124</sup> Além destes, os traumas renais, também apresentam presença de hematúria em 90% dos casos, sendo a mortalidade provenientes apenas de lesão renal em 1% a 4%, conforme descrito em um trabalho de relato de caso realizado em um hospital regional de Presidente Prudente.<sup>125</sup>

Em relação à hematúria causada por traumas na bexiga, foi verificado que esta é menos presente, pois está protegida pela estrutura óssea da pelve, porém está associada em 80% dos casos quando ocorrem fraturas pélvicas, sendo de hematúrias severas.<sup>126</sup> Verificou-se, então, a relevância deste item para proporcionar agilidade e triagem dos pacientes na urgência cirúrgica.

O último item validado e relevante para a decisão cirúrgica foi a piúria, que conforme estudo de revisão integrativa foi considerado um item de extrema importância visto que é a alteração mais valorizada na análise da urina. Esta condição pode estar presente em afecções como cálculo renal e também em urgências miccionais, sendo esta última, algumas vezes critério de procedimento cirúrgico de urgência para a realização de cistoscopia ou até mesmo biopsia de bexiga, pois o mesmo pode estar sendo ocasionado por cistite intersticial. A piúria pode ser um alerta de infecção, podendo ocasionar um colapso fisiológico evoluindo muitas vezes para o quadro de Sepsis.<sup>127</sup>

Os especialistas da cirurgia torácica realizaram a validação de três itens, sendo eles: obstrução parcial de via aérea; hemotórax e hemoptise.

Relacionado ao item obstrução parcial de via aérea, foi encontrado que este fato pode ocorrer, em sua maioria a aspiração de um corpo, ocasionando a obstrução de via aérea; sendo a quinta principal causa de morte nos EUA, com risco aumentado em pacientes idosos, que pode variar entre leve ou severa. A obstrução leve consiste em o paciente manter a capacidade preservada de responder, tossir e respirar, e a severa ocorre em vítima consciente ou inconsciente, não sendo possível respirar ou apresenta ruídos à respiração e/ou tosse silenciosa, sendo esta, a mais preocupante e com maior critério para procedimento cirúrgico de urgência, para desobstrução dessa via ou abertura de uma via auxiliar.<sup>128</sup> Outro motivo, que também pode indicar uma cirurgia de urgência, referente à obstrução parcial de vias aéreas, são os abscessos orofaríngeo, infecções virais e bacterianas.<sup>129</sup>

Em se tratando deste item validado supracitado, os tumores e radioterapia também são causadores desta intercorrência de obstrução parcial de vias aéreas. Um estudo prospectivo realizado pelo serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Vall d'Hebron, que analisando 57 pacientes que necessitaram de Traqueostomia por consequência da obstrução de via aérea; sendo dois em caráter de urgência.<sup>130</sup>

Quando se diz respeito ao item hemotórax, é relevante definir que as lesões de tórax representam uma das principais causas de morte em todas as faixas de idade e a segunda principal causa de morte por trauma, correspondendo entre 20 a 25% das mortes.<sup>131,132</sup> O tratamento inicial das lesões por trauma de tórax, na maioria das vezes, constitui-se em drenagem pleural (DP), procedimento realizado pelo médico que faz o atendimento ao paciente politraumatizado. O hemotórax constitui uns dos sinais e sintomas

mais comuns nos traumas torácicos, tratado com drenagem pleural satisfatoriamente em 85% a 90% dos pacientes.<sup>133</sup> Por ser um sinal que pode levar o paciente à morte; validar este item e inseri-lo no instrumento faz-se de suma importância.

O item Hemoptise é definido como a quantidade variável de sangue que passa pela glote oriunda das vias aéreas e da região pulmonar. Quando se refere à hemoptise maciça, ela é considerada uma urgência médica associada a 30-50% de mortalidade relatada nos últimos 20 anos.<sup>134</sup> Estudos recentes referentes aos pacientes portadores de COVID 19 relatam que podem ocorrer a hemoptise durante o posicionamento prona, este indicado para melhorar o padrão respiratório. O posicionamento passa a ser contraindicando em casos de hemoptise e o tratamento cirúrgico é indicado para solucionar esse sangramento.

135,136,137

Em relação à especialidade cirúrgica da equipe da vascular, foram validados cinco itens, sendo eles: Ausência ou diminuição de pulso periférico; Preenchimento capilar acima de dois segundos; Isquemia aguda; Cianose fria e Síndrome compartimental.

Em relação à Síndrome compartimental, a mesma tem como característica o comprometimento da perfusão de extremidades, devido à compressão de estruturas vasculares, ocasionadas por acúmulo de líquido ou sangue, com aumento da pressão no local que conseqüentemente poderá acarretarem isquemia de músculos e nervos. Sendo assim, considerada uma urgência cirúrgica, devido ao grau de complicação e necessidade de intervenção para melhor segurança ao paciente.<sup>138</sup>

Quanto aos itens "ausência ou diminuição de pulso periférico, em um estudo com 76 pacientes diagnosticados com de pé diabético; 34,21% apresentavam diminuição dos pulsos periféricos; destes, 6,5% já haviam sofrido amputações. Outro estudo traz como causa da ausência ou diminuição de pulso periférico, a doença arterial obstrutiva periférica causando

lesões de pele, gangrenas, dor diminuição e do fluxo sanguíneo conseqüentemente ocasionando baixa oferta de oxigênio para os tecidos.<sup>139</sup> Essa diminuição do fluxo de sanguíneo geralmente só é restabelecida, após procedimentos cirúrgicos que se não realizados a tempo pode evoluir para uma piora do quadro tendo a amputação como desfecho.

Em uma revisão bibliográfica, o autor relata que a síndrome isquêmica aguda pode ocorrer principalmente em traumatismo levando à oclusão aguda do vaso. Resulta da lesão dos diferentes elementos constituintes da parede arterial, traduzidos por hematoma parietal, lesão da íntima com trombose e dissecção, luxações. As compressões extrínsecas resultantes de fraturas ósseas, bem como o edema e o hematoma dentro dos compartimentos musculares, determinam obstrução do fluxo e conseqüente isquemia. Situação essa que desencadeada um atendimento de urgência e alguns casos emergência.

140

O item validado pelos especialistas no estudo atual "preenchimento capilar acima de dois segundos" é indicativo de complicações, como por exemplo a síndrome compartimental, sendo este outro item validado pela equipe e até mesmo o choque cardiogênico que é o tipo de choque mais facilmente identificável, por frequentemente apresentar sinais de má perfusão, durante a realização de exame físico do paciente. Pode ser encontrado no trauma, nas infecções, nas doenças causadoras de diminuição do pulso periférico.<sup>141</sup> Em um estudo de tradução e adaptação de um escore de alerta precoce, relata que para avaliação do componente cardiovascular seja necessário a cor da pele, o tempo de enchimento capilar e a frequência cardíaca pois acredita-se que um escore de alerta precoce deva incluir indicadores de rápida aplicação, que sinalizem o risco de deterioração clínica.<sup>142</sup>

Portanto, a utilização de cada item apresentado, bem como, a união referentes aos itens de uso comum como os relacionados às especialidades formando o instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência traz uma nova visão para a avaliação individualizada do paciente, bem como, auxilia na tomada de decisão dos profissionais da saúde, sendo essas pautadas na utilização de um instrumento objetivo com suporte científico e prático.

Após a validação do domínio 2 correspondentes aos itens específicos de cada especialidade do instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência, os especialistas poderiam sugerir novos itens ou comentar acerca dos itens destinados a eles para validação. As melhorias nos conteúdos advindas das recomendações dos especialistas ocorreram, na sua maioria, na inserção de novos itens para avaliação fisiológica do paciente, não encontrando nenhum comentário referente aos itens considerados pouco importantes ou sem importância.

Estudos afirmam que essas sugestões são pertinentes em estudos de validação, pois, mesmo tratando-se de um processo de validação de itens objetivos, tais sugestões permitem uma melhor avaliação clínica, clareza, e objetividade do instrumento.<sup>143</sup>

Ao final do instrumento foi disponibilizado um questionário com afirmações que os especialistas deveriam responder se concordavam ou não concordando quanto à importância de um instrumento para classificar o paciente cirúrgico, a objetividade, clareza, desempenho, veracidade dos itens e se o instrumento validado contribuiria para classificar o paciente cirúrgico de urgência. Os especialistas que responderam na sua maioria concordaram com todos as afirmações. Vale ressaltar quando afirmado da importância em se ter disponível um instrumento para classificar o paciente cirúrgico de urgência houve unanimidade à resposta; todos os especialistas concordaram com a afirmação. Isso mostra

que o estudo em questão de elaboração e validação de um instrumento para classificação do paciente cirúrgico de urgência é de grande relevância prática e científica para a saúde e deverá despertar em outros pesquisadores a ânsia em estudar o tema visto que se trata de um estudo inovador para a área da saúde.

Foi considerado um fator limitante do estudo a baixa taxa de resposta dos especialistas, mesmo sendo esperada para as rodas de validação, utilizando-se a técnica Delphi. Principalmente, a ausência de resposta dos médicos especialistas da Otorrinolaringologia. Outra limitação foi a demora na devolução dos questionários, concluídos em três meses.

A pandemia do novo Coronavírus, fez com que a segunda rodada da técnica *Delphi* fosse prejudicada, pois a rotina diária dos profissionais da saúde que atendem no âmbito hospitalar público, alvo desse trabalho, foram totalmente modificadas quanto à carga horaria de trabalho. Também, certas alterações de funções dentro das instituições, os enfrentamentos diários perante as incertezas do cenário vivido dentre outros motivos que fizeram com que a resposta do instrumento não fosse mais a prioridade dentro da rotina de trabalho destes especialistas envolvidos.

Outra limitação foi a ausência de Literatura específica para estabelecer comparações dos nossos resultados com estudos prévios de instrumentos para a classificação do paciente cirúrgico de urgência. Os itens validados foram discutidos, conforme a importância de sinais e sintomas de pacientes cirúrgicos, assim como, escalas de avaliações de risco cirúrgico, de agravos de doença e preditores de morbimortalidade.

## 6. CONCLUSÃO

O instrumento elaborado neste estudo, ao nosso conhecimento, é o primeiro desenvolvido especificamente para classificação do paciente cirúrgico de urgência quanto à prioridade no atendimento cirúrgico.

Diante da inexistência de um instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência de acordo com a prioridade no atendimento; a elaboração e validação do instrumento proposto contribuirão significativamente para a prática hospitalar. Poderão permitir que as escolhas cirúrgicas tenham a objetividade como característica principal.

O presente estudo abordou a validade de conteúdo desse instrumento. Esta é considerada uma das mais importantes fases na construção de um instrumento de avaliação, pois é a partir do consenso de especialistas inseridos na temática do estudo, que se obtém a garantia de que o documento é seguro e fidedigno com a meta que se pretende avaliar.

Com base nos dados apresentados, pode-se afirmar que o instrumento é considerado válido, segundo a importância dos itens para classificar um paciente cirúrgico de urgência quanto à prioridade no seu atendimento. Sugere-se a continuação do estudo, para que possa ocorrer uma avaliação quanto à sua aplicação prática. Sobretudo, importante a execução de outras medidas psicométricas podendo inclusive ser utilizada na realização de outras pesquisas científicas.

Este avanço na elaboração e validação do instrumento, auxiliará na organização da unidade urgência e centro cirúrgico, proporcionando a segurança do paciente como a gestão financeira e de tempo da instituição.



## **7. FINANCIAMENTO**

Pesquisa realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), código do financiamento 001.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Instituto Antônio Houaiss. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2011.
- 2- Silva MAA, Rodrigues AL, Cesaretti IUR. Enfermagem na unidade de centro cirúrgico. 2.. ed. São Paulo: EPU; 1997.
- 3- Lacerda RA. Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo: Atheneu; 1992.
- 4- Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. 2ªed. Barueri, SP: Manole, 2016.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Conceitos e definições em saúde. Brasília, 1977. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: abri.2019.
- 6- Instituto Nacional de Estatística - INE [Internet]. Portugal: Portal da estatística da saúde. Conceitos por tema. 2015 [acesso em 06 jan 2019]. Disponível: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1676>
- 7- Ministério da Saúde (PT). Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios. [Internet] 2015 [acesso em 06 jan 2019]. Disponível: <http://www2.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+bo.htm#sthash.v9jzzyJC.dpuf>
- 8- Instituto Antônio Houaiss. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2011.
- 9- Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 4.ed. São Paulo: Iátria; 2011
- 10- Fernandes AT. O desafio das infecções hospitalares: visão histórica, a atualidade e perspectivas. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. Parte I. São Paulo: Atheneu; 2000
- 11- Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2011; 13(2) [acesso em 24 fev 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10326>,
- 12- Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas: centro de material e esterilização, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica. 7ªed. São Paulo (SP): Manole; 2017
- 13- Taniguchi, FP. Modelos de Serviços em Atenção Cirúrgica. Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde / Regiões de Saúde, São Paulo,2015[acesso em 2018 fev 26]. Disponível em

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/setembro/26/2-Revisao-Atencao-Cirurgica.pdf>

14- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2013 dez. 18]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servicos\\_2009.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf) 3. Pires PS. Escala Canadense de Triagem e Acuidade (CTAS): validação e aplicação. Rev. Emerg. 2005;1(2):14-9.

15- Coutinho, A; Cecilio, L; Mota, J. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester, Revista Medicina, Minas Gerais, 2012. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/520>. Acesso em: 20 jul. 2018.

16- Costa ADS Jr. Assessment of operative times of multiple surgical specialties in a public university hospital. Einstein (São Paulo). 2017;15(2):200-5. [ [Links](#) ]

17- Kluger Y, Ben-Ishay O, Sartelli M, Ansaloni L, Abbas AE, Agresta F, et al. World society of emergency surgery study group initiative on Timing of Acute Care Surgery classification (TACS). World J Emerg Surg. 2013;8(1):17. [ [Links](#) ]

18- Bilimoria KY ET atl. Desenvolvimento e avaliação da calculadora de risco cirúrgico universal ACS NSQIP: ferramenta de auxílio à decisão e consentimento informado para pacientes e cirurgiões, Jornal do American College of Surgeons, Volume 217, Edição 5, novembro de 2013, Páginas 833-842.e3

19- Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: a scoring system for surgical audit. Br J Surg. 1991;78(3):355-60. [ [Links](#) ]

20 – Goldman L, Caldera DL, Southwick FS, Nussbaum SR, Murray B, O'Malley TA et al. Fatores de risco cardíaco e complicações em cirurgia não cardíaca. *Medicine (Baltimore)* 1978; 57 : 357 - 370

21- Sutton R, Bann S, Brooks H, Sarin S. A escala de risco cirúrgico como uma ferramenta aprimorada para análise ajustada ao risco em auditoria cirúrgica comparativa. *Br J Surg* 2002 ; 89 : 763 - 768

22-Prytherch DR, Briggs JS, Weaver PC, Schmidt P, Smith GB. Medir o desempenho clínico usando dados clínicos coletados rotineiramente. *Med. Inform. Internet Med.* 2005 ; 30 : 151 - 156 .)

23- Villas Bôas MLC, Shimizu HE, Sanches MN. Creation of complexity assessment tool for patients receiving home care. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2016;50(3):433-439.acessado em fev 2018

- 24- Nascimento RAM, Assunção MSC, Silva Junior JM, Amendola CP, Carvalho TM, Lima EQ, et al. Nurses' knowledge to identify early acute kidney injury. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2016;50(3):399-404. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400004>
- 25- Revorêdo LDS, Maia RS, Torres GDV, Chaves Maia EM. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq. Ciênc. Saúde* 2015; 22:16-21. [ [Links](#) ]
- 26- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre, RS: Artmed, 2016.. p. 199–13
- 27- Pasquali, L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. São Paulo, SP: Vozes, 2017.
- 28 - Diamond IR, Grant R, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clín. Epidemiol*. 2014;67(4):401-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.002 [ [Links](#) ]
- 29- Sousa APP, Santos Celia, Santos MR. Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde março, 2015: p.123.
- 30- Castro; Rezende, Castro, A.; Rezende, M. The Delphi Technique and its use in brazilian nursing research : bibliographical review. **Rev. Min. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 429–434, 2009.
- 31- Lima MB, Rebouças CBA, Castro RCMB, Cipriano MAB, Cardoso MVLML, Almeida PC. Construction and validation of educational video for the guidance of parentes of children regarding clean intermitente catheterization. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2017;51:e03273. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016005603273> [ [Links](#) ]
- 32- Rossi MB, Baptista RCN, Ohla RIB, Domingus TAM, Barros ALBL, Lopes JL. Development and validation of educational videos addressing indwelling catheterization. *J Nurs Educ Pract*. 2019;9(3):109-17. doi: 10.5430/jnep.v9n3p109
- 33 - Silva NF, Silva NCM, Ribeiro VS, Iunes DH, Carvalho EC. Construction and validation of an educational video on foot reflexology. *Rev. Eletrônica Enferm*. 2017;19: 1-10. doi: <http://doi.org/10.5216/ree.v19.44324> [ [Links](#) ]
- 34- Okoli;Pawlowski, Okoli, C.; Pawlowski, S. The Delphi method as a research tool: anexample, design considerations and applications. *Information & Management*, v. 42, p. 15–29, 2004
- 35- Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde.*Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3):925-936, 2015.
- 36- Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2008.
- 37- Keszei A, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res* 2010; 68(4):319- 323.

- 38- Silva J, S.D.; Costa, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de *Likert* e *Phrase Completion*. *PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*, São Paulo, Brasil, v. 15, p. 1-16, out. 2014
- 39- Boberg, A. L., & Morris-Khoo, S. A. (1992). The Delphi method: a review of methodology and an application in the evaluation of a higher education program. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 7(1) 27-39. [ Links ]
- 40- Souza, DJ , Divanice, C, Ferreira, MBG , Costa, NS, Scarparo, MDI. A METODOLOGIA DELPHI EM PESQUISAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO. *Recife*, 9(9):9216-23, set., 2015 on line acesso em 2018  
fev<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10720/1109>.
- 41- Sireci S, Faulkner-Bond M. Validity evidence based on test content. *Psicothema*. 2014; 26 (1): 100-7.
- 42- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção de medidas. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(7):3061-8. doi: 10.1590/S1413-81232011000800006 [ Links ]
- 43- Batistini HC. Elaboração e validação de checklist de cuidados do enfermeiro ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. 2018)
- 44- Porcari Thaís Aparecida, Cavalari Paula Cristine Figueiredo, Roscani Alessandra Nazareth Cainé Pereira, Kumakura Ana Railka de Souza Oliveira, Gasparino Renata Cristina. Cirurgia segura: construção e validação de um checklist para procedimento cirúrgico ambulatorial. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 09] ; 41: e20190321. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472020000100430&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100430&lng=en). Epub July 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190321>.
- 45- Mota, Ana Sofia de Carvalho; Castilho, Amélia Filomena de Oliveira Mendes. Construcción y validación psicométrica del Cuestionario de Seguridad del Paciente en el Quirófano. *Rev. Enf. Ref., Coimbra* , v. serIV, n. 21, p. 67-78, jun. 2019 . Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-)
- 46- Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em pesquisas de enfermagem. *Rev RENE*. [Internet]. 2012 [Acesso 25 ago 2014];13(1):242-51. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>
- 47- Lopes JL, Martins LAN, Andrade AL, Barros ALBL. Semantic differential scale for assessing perceptions of hospitalized patients about bathing. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2011 [Acesso 24 ago 2014];24(6):815- 20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000600015>
- 48- García VM, Suárez MM. [Delphi method for the expert consultation in the scientific research]. *Rev Cub Salud Pública*. 2013; 39(2):253-67. Spanish.]

- 49- Pereira, R. D. D. M.; Alvim, N. A. T. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 174–180, 2015
- 50- Vieira MA, Ohara CVS, De Domenico EBL. Construção e validação de instrumento para a avaliação de egressos da graduação em enfermagem1 *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:e2710
- 51- Takara Nadya Cerqueira, Ferreira Natany da Costa, Murakami Beatriz Murata, Lopes Camila Takao. Elaboração e validação de manual informativo sobre tromboembolismo venoso para leigos. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 09]; 18: eAO5425. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082020000100265&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100265&lng=en). Epub Sep 14, 2020. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020ao5425](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao5425).
- 52- Pedrosa Karilena Karlla de Amorim, Oliveira Suelen Alves de, Machado Regimar Carla. Validação de protocolo assistencial ao paciente séptico na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 May [cited 2020 Nov 09]; 71( 3 ): 1106-1114. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301106&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301106&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0312>.
- 53- Scheffer MC. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015. [ Links ]
- 54- Avila, RC. Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2014, 38(1), 142-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000100019>.
- 55- Soares FJP, Leite JÁ, Melo MC, Lima OS, Silva TS. Tendência histórica de feminização em curso médico Brasileiro. *CIAIQ, Investigação Qualitativa em Saúde*, 2019 Volume 2, <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2021/1957>
- 56- Revoredo, Luciana da Silva et al. Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. *Acta paul. enferm.* [online]. 2016, vol.29, n.2, pp.205-217. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600029>
- 57- Nyholm L, Salmela S, Nyström L. Application in the world of understanding: researchers' experiences of participation in reflective dialogues. [Internet]. 2018 [acessado em 8 nov. 2020];5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/2333393618815006>
- 58- MartinS, PR; Fonseca, LF; Rossetto, EG. Elaboração e validação de Escala de Desconforto da Sede Perioperatória. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v. 51, e03240, 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Nov. 2020. Epub July 20, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016029003240>.
- 59- Azevedo, NH; Scarpa ,DL. Decisões envolvidas na elaboração e validação de um questionário contextualizado sobre concepções de natureza da ciência. *Investigações em*

Ensino de Ciências – V22 (2), pp. 57-82, 2017. <http://dx.doi.org/10.22600/1518-8795.ienci2017v22n2p57>

60- Lopes Juliana de Lima, Baptista Rui Carlos Negrão, Domingues Tânia Arena Moreira, Ohl Rosali Isabel Barduchi, Barros Alba Lucia Bottura Leite de. Elaboração e validação de um vídeo sobre banho no leito. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 07] ; 28: e3329.

61- Cesconetto, D. Validação de Conteúdo do Instrumento de Avaliação do Grau de Dependência dos Usuários. Dissertação (Mestrado profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 150 p.

62- Franco LMC. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a procedimentos ortopédicos com implante, em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais / Lúcia Maciel de Castro Franco. -- Belo Horizonte, 2013. 147 f. Il.

63- A. Stahlschmidt et al. Preditores de mortalidade intra-hospitalar em cirurgias não eletivas. Ver. Bras Anesthesiol. 2018;68(5):492-498.

64- Simon HB. Hyperthermia, fever, and fever of undetermined origin. ACP Medicine.

65- Ana Teresa Bernardo<sup>1</sup>, Teresa Eloi <sup>2</sup>, Luís Amaral <sup>2</sup>, Rui Quintanilha<sup>2</sup>, António Silva Melo<sup>3</sup>. Avaliação da performance cirúrgica pelo P-POSSUM em doentes com cancro gástrico – revisão de 5 anos. Revista Portuguesa de Cirurgia (2016) (36):9-18), 2006;1-13.

66- Gomes P, Recchioni C, Vieira WL, Canoas RS, Daruje R, Ramacciato J. Cervical necrotizing fasciitis in adolescents: Case report .Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 8, p.60473-60481 aug. 2020.), (MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; VELASCO, I. T. Medicina de emergência: abordagem prática. [S.l: s.n.], 2016.

67- Association of Perioperative Registered Nurses. (2015). Guideline for prevention of unplanned hypothermia. In: Guidelines for perioperative practice, 2015 Edition. Denver (USA): Association of perioperative Registered Nurses (AORN).

68- Giuliano KK, Hendricks J. Inadvertent perioperative hypothermia: current nursing knowledge. AORN J. 2017;105(5):453-63. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.03.003>.

69- 10 Silva Júnior JM, Malbouisson LMS, Nuevo HL, Barbosa LGT, Marubayashi L, Teixeira IC, et al. Applicability of the Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3) in Brazilian Hospitals. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2010 Jan/Feb; [cited 2017 Nov 23]; 60(1):20-31.

70- Knaus WA, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med. 1985 Oct;13(10):818-29. PubMed ID: 3928249

71- Beauchamp R. D.; Sabiston D. C.; Townsend M. C. Tratado de Cirurgia - A Base da Prática Cirúrgica Moderna. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014) (López CF, Pérez RBGR, Tapia IEX, et al. Choque hipovolémico. An Med Asoc Med Hosp ABC. 2018;63(1):48-54.

72- Cruz MC, Reis L. Betabloqueadores no choque séptico: já chegamos lá? Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(1):1-3.

- 73- Pedro ADT , Felipe APM, Francisca CVV, Joelly HS, Maria ASH, Sarah CCS. AVALIAÇÃO DE ÍNDICES PROGNÓSTICOS PREDITIVOS DE MORTALIDADE DOS PACIENTES ADMITIDOS EM TERAPIA INTENSIVA. *Faculdades Integradas de Patos Curso de Medicina* v. 3, n. 1, jan./mar 2018, p.935-945 ISSN: 2448-1394
- 74- Carreiro PRL. Hipotensão permissiva no trauma. *Rev Med Minas Gerais* 2014; 24(4): 515-519)
- 75- Gutierrez, E. D., Rocha, L. P., Tomaschewski-Barlem, J. G., Barlem, E. L. D., Dalmolin, G. de L., & Passos, C. M. (2020).
- 76- Cardiac surgery and the risk of mortality from EUROSCORE II. *Research, Society and Development*, 9(4), e69942869. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2869>.
- 77- Guyton, A.C. e Hall J.E.– Tratado de Fisiologia Médica. Editora Elsevier. 13ª ed., 2017.
- 78- Oliveira-Pinto José, Carneiro Inês, Sousa Joel, Sampaio Sérgio, Mansilha Armando. Scores de mortalidade pré-operatória nos aneurismas em rotura: revisão bibliográfica. *Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2017 Dez [citado 2020 Nov 10] ; 13( 4 ): 51-56. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-706X2017000400011&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2017000400011&lng=pt).
- 79- Beattie WS, Karkouti K, Wijeyesundera DN, Tait G. Risk associated with preoperative anemia in noncardiac surgery: a single-center cohort study. *Anesthesiology*. 2009;110(3):574-81. DOI: 10.1097/ALN.0b013e31819878d3
- 79- American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Practice guidelines for perioperative blood management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management\*. *Anesthesiology*. 2015;122(2):241-75
- 80- Albino Gomes. RESGATE E TRIAGEM. [https://www.researchgate.net/profile/Albino\\_Gomes/publication/341495719\\_RESGATE\\_E\\_TRIAGEM/links/5ec45757a6fdcc90d685d450/RESGATE-E-TRIAGEM.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Albino_Gomes/publication/341495719_RESGATE_E_TRIAGEM/links/5ec45757a6fdcc90d685d450/RESGATE-E-TRIAGEM.pdf).
- 81- ILAS - INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE. Sepsis: Um problema de saúde pública. Brasília: CFM, 2016
- 82- Micheletti J, Soares JM, Hass K, Schiessel DL, Mazur E. PANCREATITE AGUDA E TERAPIA NUTRICIONAL: CASO CLÍNICO E AÇÃO EXTENSIONISTA. *Anais do 9º Salão de Extensão e Cultura* 22 a 24 de novembro de 2016, UNICENTRO, ISSN - 2238-4464
- 83- Goulart Rafael Nunes, Silvério Gilson de Souza, Moreira Marcelo Borges, Franzon Orli. Achados principais de exames laboratoriais no diagnóstico de apendicite aguda: uma avaliação prospectiva. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [Internet]. 2012 June [cited 2020 Nov 10] ; 25( 2 ): 88-90. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202012000200005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000200005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202012000200005>.



- 84- Tekkis PP, Kessarar N, Kocher HM, Poloniecki JD, Lyttle J, Windsor AC. Evaluation of POSSUM and P-POSSUM scoring systems in patients undergoing colorectal surgery. *Br J Surg* 2003;90:340-5.
- 85- Ewert R, Gläser S. Dyspnea. From the concept up to diagnostics. *Internist*. 2015;56(8):865-71. doi:10.1007/s00108-015-3690-3 [ Links ]
- 86- Kliegman RM, Stanton BF, Geme J St, Schor NF, Berhman RE. Nelson Tratado de Pediatria. 19 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. Chapter 52: Deficiência de vitamina E. [ Links ]
- 87- Prado Patricia Rezende do, Bettencourt Ana Rita de Cássia, Lopes Juliana de Lima. Características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem padrão respiratório ineficaz. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 Fev [citado 2020 Nov 10]; 72( 1 ): 221-230. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000100221&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100221&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0061>.
- 88- Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, Marques AC, CalderAro D, Luciana S et al. 3 diretriz de avaliação cardiovascular perioperatória da sociedade brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2017. 109 (3sup.1):1-104
- 89- (Bettencourt ARC, Maurino IC, Prado PR, Zeitoun SS, Martins I, Leite AL. Exame do tórax: sistema respiratório. In: Barros AL (Org.) Anamnese e exame físico: diagnóstico e avaliação no adulto. 2 ed. Porto Alegre: Artmed. 2016 p. 205-35.
- 90- Gabrielle da Silva Franco, Marina Gregoria Leal Pereira, Wesley Queiroz Muniz. Íleo adinâmico após ressecao endoscópica de carcinoma urotelial de tumor de bexiga: um relato de caso. *REAS/EJCH*. Vol. 12(10)/e4671. DOI <http://doi.org/10.25248/reas.e4671.2020>
- 91- Shinosaki JSM, Baiense RF. Manual de Neurologia. Manual do Residente da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. São Paulo: Roca, 2009. [ Links ]
- 92- Junior JVM. Abdome agudo na sala de emergencia: contextualização clínica e abordagem inicial. Monografia submetida ao Hospital Geral de Fortaleza como parte dos requisitos para a conclusão de Residência Médica em Cirurgia Geral, p16. Fortaleza 2018.
- 93- Edlow JA, Rabinstein A, Traub SJ, Wijdicks EFM. Diagnosis of reversible causes of coma. *Lancet* 2014;384(9959):2064–207
- 94- Pedreira RB, Rocha SV, Santos CA, Vasconcelos LR, Reis MC. Validade de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso. *Einstein*. 2016;14(2):158-77
- 95- Alexandre NM, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3061-8. Review.
- 96- Giglio PN, Cristante AF, PECORA José Ricardo pécora, Camilo partezani Helito, Ana Lúcia Lei Munhoz Lima, Jorge dos Santos Silva. Avanços no tratamento das fraturas expostas. *Rev. Bras. Ortop*. 2015;50(2):125-130.

- 97- Oliveira RV, Cruz LP, Matos MA. Análise comparativa da acurácia das classificações de Gustilo e Tacherne como preditoras de infecções em fraturas expostas. Rev. Bras.ortop. Vol.53 no 3 São Paulo. May/june 2018.
- 98- Camila Matos Versiani, Liliane Carvalho Jamil, Paula Pimentel Leite Rocha, Henrique Beletable Fonseca, Augusto César de Melo Almeida. Hematoma expansivo tardio após ritidoplastia. rev. Bras. Cir. plast.2019;34(supl.2)73-74.
- 99- Porchat C, Santos E, Neto G. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à abdominoplastia isolada e combinada à outras cirurgias do abdome. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões,2014, 31 (6) DOI: 10.1590/S0100-69912004000600007.
- 100- International Society of Aesthetic Plastic Surgery – ISAPS. Latest International Study Shows Aesthetic Surgery Continues to Rise Worldwide. <https://www.isaps.org/> FONTE International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS)
- 101- Freitas LEG, Guimarães DGP, Ribeiro EM, Sa TS, Azevedo IZR, Santos RF, Lages GV. Aneurisma intracraniano roto com desfecho favorável: a importância da abordagem cirúrgica precoce. Congresso nacional de urgência e emergência. Páginas 29-30. [file:///C:/Users/win20\\_nhz/Downloads/3456-Arquivo%20de%20Anais-48187-1-10-20200918%20\(1\).pd](file:///C:/Users/win20_nhz/Downloads/3456-Arquivo%20de%20Anais-48187-1-10-20200918%20(1).pd)
- 102- Silva SC, Pinedo RG, Blanco LR, Caqueta F. Síndrome de vasoconstricção reversível- Propuesta de estudio y manejo. Acta Medica Colombiana Vol.44 n° 3. Julio-Setembro 2019. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2019.121>.
- 103- MARIA LUISA BRITO ALMINO LEITE. FATORES PREDITIVOS DE MORTALIDADE PÓS CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO: ANÁLISE DE UMA SÉRIE MONOCÊNTRICA. Brasília - DF. 2020. 85paginas.
- 104- Moraes, A. M. F., Dias, C. P., Carneiro, S. R., Rocha, R. S. B., & de Oliveira Rocha, L. S. (2020). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO ESTADO DO PARÁ. Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida-CPAQV Journal, 12(1).
- 105- Organização Mundial da Saúde. International. Perspectives on Spinal Cord Injury. 2013.
- 106- SILVA, Alcino Lázaro da. CIRURGIA GERAL (Bases da Cirurgia). Rev. bras. educ. med., Brasília , v. 12, n. 1, p. 10-13, abr. 1988 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55021988000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55021988000100010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 nov. 2020. Epub 22-Jul-2020. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v12.1-003>.
- 107- Hucl T. Acute GI obstruction. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. 2013;27(5):691- 707.
- 108- Gore R, Silvers R, Thakrar K, Wenzke D, et al. Bowel Obstruction. Radiol Clin North Am. 2015 Nov;53(6):1225-40. doi: 10.1016/j.rcl.2015.06.008.

- 109- Price TG, Orthober RG et al. Bowel obstruction in Tintinalli Emergency Medicine 2016.
- 110- Paul Olson TJ, Pinkerton C, Brasel KJ, Schwarze ML. Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis: a systematic review. *JAMA Surg.* 2014;149(4):383-92).
- 111- Doherty GM. *Current: diagnóstico e tratamento.* McGraw Hill Brasil, 2017.
- 112- Jafferri S, Awais G, Naeem R, et al. (13 de abril de 2020) Demografia e taxas de mortalidade de emergências cirúrgicas tratadas no teatro de operações de vítimas: uma análise retrospectiva de seis meses. *Cureus* 12 (4): e7658. doi: 10.7759 / cureus.7658.
- 113- Amico EC, Vivas DV, Alves JR. Pneumoperitonio idiopático: relato de caso. *Tev. Col.Bras. Cir.* 2011 Mar-Abr; 38(2):142-144. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912011000200014>.
- 114- Amaral RN, Valadares LC, Antunes RV, Matos BP, Alquimim AF, Mazon G. Pneumoperitônio idiopático em idoso. *J Health Biol Sci.* 2017 Jul-Set; 5(3):286-288.
- 115- He Y, Zhong Y, Yu J, et al. Ultrasonography and radiography findings predicted the need for surgery in patients with necrotising enterocolitis without pneumoperitoneum. *Acta Paediatr.* 2016;105:e151-5.
- 116- Kastenber ZJ, Sylvester KG. The surgical management of necrotizing enterocolitis. *Clin Perinatol.* 2013;40:135-48.
- 117- Elena S, Ana S, Margarita A, Alberto AO. Ecografia abdominal e pleuro-pulmonar na urgência - protocolo e-fast (focused assessment with sonography for trauma). *Rev Soc Port Anesthesiol.* Vol. 23 - nº2 2014.
- 118- Souza Cruz, C. E. L., Correia, J. P. C., de Oliveira Silva, P., de Oliveira Silva, T., & Petter, J. Diagnóstico ecográfico de gangrena de fournier. 2020.
- 119- Pinho, S. L., Henriques, R., & Guerreiro, N. (2020). Gangrena de Fournier: uma emergência urológica que devemos reconhecer—a propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36(4), 369-73.
- 120- Marsico GA. Lesões da traqueia e grandes brônquios. In: Marsico GA. *Trauma torácico.* 1a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p.147-58. [ Links ].
- 121- Fernandes, Bruno José Gontijo, Caio Eduardo Pierini Machado<sup>1</sup>, and Rodrigo Teixeira. "Ruptura espontânea de pelve renal por cálculo ureteral obstrutivo."
- 122- Lucena, L. B., Martins, D. D., da Costa, L. L., Cardoso, A. B. R., Sodré, L. R. S., de Oliveira Fornaciari, P. H., ... & de Castro Neto, R. G. (2020). Ruptura espontânea da pelve renal após histerectomia: relato de caso/Spontaneous rupture of the renal pelvis after hysterectomy: case report. *Brazilian Journal of Development*, 6(5), 28170-28178.
- 123- GURGEL, Marcus Vinicius Silva Araújo et al . Preditores de mortalidade em pacientes submetidos à nefrectomia por carcinoma de células renais não metastático em um centro de

referência no Nordeste Brasileiro. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 44, n. 3, p. 257-262, June 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912017000300257&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912017000300257&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017003006>.

124- Casanova Joana Simões, Sousa Alexandra. O descortinar de um diagnóstico de hematúria: relato de caso. Rev Port Med Geral Fam [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Nov 11] ; 31( 3 ): 206-214. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732015000300007&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000300007&lng=pt).

125- AVILA OR, SCHAEFER ALF, COSTA TM, CASTILHO YDA, SILVA SL, FUZETA JV. Tratamento conservador no trauma renal: relato de caso. Rev. de Urologia da SBU-mg v5 f12.

126- Kapoor R. Two-layer laparoscopic repair of intraperitoneal bladder rupture in blunt abdominal trauma: a case report with literature review. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2012;22(4): e204-5.

127- Fernandes, Thaís Siqueira. Infecção do trato urinário no idoso: revisão de literatura. Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso (2020). (Patrick J. Shenot, MD, Sidney Kimmel. Cistite intersticial. Medical College at Thomas Jefferson University. jul 2018.

128- Gonçalves MEP, Cardoso SR, Rodrigues AJ . Corpo estranho em via aérea. Pulmão RJ 2011;20(2):54-58).

129- Simon Junior H, Sukys GA. Obstrução infecciosa das vias aéreas superiores. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Simon Junior H, Pascolat G, organizadores. PROEMPED Programa de Atualização em Emergência Pediátrica: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 9–52. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1.

130- Mogedas-Vegara A, Bescós-Atín C, Gutiérrez-Santamaría J, Masià-Gridilla J, Pamias-Romero J, Sáez-Barba M. Manejo de la vía aérea en oncología de cabeza y cuello. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2014;36(4):164-8. [ Links

131- Guimarães MB, Winckler DC, Rudnick NG, Breigeiron R. Análise crítica das toracotomias realizadas na sala de emergência durante 10 anos. Rev Col Bras Cir. 2014;41(4):263-6. [ Links ]

132- Meyer DM. Hemothorax related to trauma. Thorac Surg Clin. 2007;17(1):47-55. [ Links].

133- Stewart RM, Corneille MG. Common complications following thoracic trauma: their prevention and treatment. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2008;20(1):69-71. [ Links].

134- Aidé MA. Hemoptise. J Bras Pneumol. 2010;36(3).

135- Koulouras V, Papathanakos G, Papathanasiou A, Nakos G. Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review. World J Crit Care Med. 2016;5(2):121.

- 136- Guérin C, Reignier J, Richard JC, et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2013;368(23):2159–68
- 137- Oliveira VM, Piekala DM, Deponi GN, et al. Safe prone checklist: Construction and implementation of a tool for performing the prone maneuver. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(2):131–41.
- 138- Machado GS, Silva LGMS, Osman BLG, Lopes MM, Nogueira ISP, Souza BR, Fernandes, H. F. Uso de sutura elástica na síntese cutânea após fasciotomia por síndrome compartimental: relato de caso. 2020.
- 139- NETO SS, NASCIMENTO JLM. Doença arterial obstrutiva periférica: novas perspectivas de fatores de risco. *Revista Paraense de Medicina*, v. 21, n. 2, p. 35-39, 2007.
- 140- Moraes MRS et al. Trauma vascular. In: Maffei FHA et al. *Doenças Vasculares Periféricas*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan Ltda, 2016,p.2112-34.
- 141- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Telessaúde RS -UFRGS. Protocolos de encaminhamento para cirurgia vascular. Porto Alegre: 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: 10, nov 2020.
- 142- Miranda Juliana de Oliveira Freitas, Camargo Climene Laura de, Nascimento Sobrinho Carlito Lopes, Portela Daniel Sales, Monaghan Alan, Freitas Katia Santana et al . Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 Oct [cited 2020 Nov 12] ; 69( 5 ): 888-896. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500888&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500888&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0096>.
- 143- Pompeo DA, Rossi LA, Paiva L. Content validation of the nursing diagnosis nausea. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):48-56. [http:// dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100006](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100006).

**10. APÊNDICE E ANEXO****APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

**Nº Do Questionário:** \_\_\_\_\_ **Pesquisador:** \_\_\_\_\_

**DADO DEMOGRAFICOS**

Idade: \_\_\_\_\_ anos                      Sexo F ( ) M ( )

Nome da Instituição que trabalha: ( ) Pública ( ) Privada ( ) Estatal ( ) Filantrópica

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Área de Atuação: \_\_\_\_\_

( ) Especialista: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado: \_\_\_\_\_

( ) Doutorado: \_\_\_\_\_

( ) Outros: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2– ITENS GERAL PARA VALIDAÇÃO (DOMÍNIO 1)

Você como referência em sua área de atuação, foi selecionado para participar dessa pesquisa de Mestrado que tem como objetivo validar o conteúdo de um instrumento para priorização de pacientes cirúrgico de **urgência**. Entendem-se cirurgias de urgência como sendo os procedimentos que precisam ser atendidos entre **12 e 48 horas**.

O instrumento foi dividido em duas partes. A primeira parte corresponde aos itens considerados de utilização comum, sendo no total 44 itens e a segunda parte foi dividido por especialidade. O avaliador poderá sugerir novos itens ao final do questionário assim como acrescentar comentários.

Para a validação do conteúdo, marque no instrumento o grau de **IMPORTÂNCIA** dos itens, sendo que, os pontos variam de “sem importância”, ou seja, o item descrito não tem relevância ao “muito importante”, ou seja, o item descrito tem relevância para a priorização do paciente cirúrgico de urgência.

**Para você avaliador, os itens a seguir, os itens propostos são importantes para classificar um paciente quanto a prioridade na realização de uma cirurgia de urgência?**

### Domínio - 1

Parâmetros clínicos	Sem Importância	Pouco Importante	Importante	Muito importante
1) Reabordagem cirúrgica				
2) Idade 14 a 25 anos				
3) Idade 26 a 40 anos				
4) Idade 41 a 59 anos				
5) Idade acima de 60 anos				
6) Hipertemia leve (37° a 38°C)				
7) Pirexia (39° a 40°C)				
8) Hiperpirexia (acima de 40°C)				
9) Hipotermia leve (35° a 35,9 °C)				
10) Hipotermia moderada (34° a 34,9 °C)				
11) Hipotermia severa ( $\leq 33,9$ °C)				
12) Bradicardia (abaixo de 60bpm).				
13) Taquicardia (acima de 100 bpm)				
14) Saturação O <sub>2</sub> abaixo de 91%				
15) Hipotensão (sistólica abaixo de 90 mmHG e diastólica abaixo de 60 mmHG)				
16) Hipertensão (sistólica acima de 140 mmHG e diastólica acima de 90 mmHG)				
17) Dor leve				
18) Dor moderada				
19) Dor intensa				
20) Leucometria maior que 12.000				

21)	Leucocitose menor 4.000				
22)	Creatina alterada				
23)	Proteína C reativa (até 3 mg/L).				
24)	Hemoglobina inferior 6g/dl				
25)	Hemoglobina entre 6 e 8 g/dl				
26)	Hemoglobina entre 8 e 10 g/dl				
27)	Perda sanguínea pequena (20% volemia/ hora)				
28)	Perda sanguínea moderada (20- 40% volemia/hora)				
29)	Perda sanguínea maciça (maior que 40%/hora)				
30)	Edema ++				
31)	Edema +++				
32)	Edema ++++				
33)	Anasarca				
34)	Vômito (qualquer característica)				
35)	Sudorese				
36)	Palidez				
37)	Alteração de consciência: torpor				
38)	Alteração de consciência: desorientação				
39)	Alteração de consciência: agitação				
40)	Dispneia				
41)	Taquipneia – acima de 24 mpm				
42)	Braquípneia- abaixo de 16 mpm				
43)	Máscara ou Cateter de oxigênio				
44)	Ventilação mecânica				



### APÊNDICE 3 – ITENS ESPECÍFICO POR ESPECIALIDADE PARA VALIDAÇÃO (DOMÍNIO 2)

#### Itens para validação – CIRURGIA GERAL

Parâmetros clínicos	Sem importância	Pouco importante	Importante	Muito importante
1) Distensão abdominal.				
2) Obstrução intestinal.				
3) Peritonite				
4) Pneumoperitônio.				
5) Líquido na cavidade				
6) Crepitação a palpação.				

#### Itens para validação – NEUROCIRURGIA

Parâmetros clínicos	Sem importância	Pouco importante	Importante	Muito importante
1) Déficit Neurológico Agudo.				
2) ECG Escala de Coma de Glasgow com Avaliação Pupilar (9-13 moderado)				
3) ECG Escala de Coma de Glasgow com Avaliação Pupilar– (14-15 leve)				
4) Anisocoria.				
5) ASIA (Escala de Incapacidade da American Spinal Injury Association)				
6) ASIA C				
7) ASIA (Escala de Incapacidade da American Spinal Injury Association) ASIA D				

#### Itens para validação – Ortopedia

Parâmetros clínicos	Sem importância	Pouco importante	Importante	Muito importante
1) Fratura exposta - Classificação de Gustilo e Anderson – Grau I.				
2) Fratura exposta- Classificação de Gustilo e Anderson - Grau II				
3) Fratura exposta- Classificação de Gustilo e Anderson - Grau II				
4) Fratura exposta- Classificação de Gustilo e Anderson - Grau II				
5) Fratura exposta- Classificação de Gustilo e Anderson - Grau II				
6) Fratura exposta- Classificação de Gustilo e Anderson - Grau II				

**Itens para validação – OTORRINOLARINGOLOGIA**

Parâmetros clínicos	Sem importância	Pouco importante	Importante	Muito importante
7) Obstrução parcial de via aérea.				
8) Edema facial				
9) Laceração tipo escalpe frontal ou supraorbitária				
10) Depressão óssea				
11) Epistaxe				
12) Hematoma				

**Itens para validação – PLÁSTICA**

Parâmetros clínicos	Sem importância	Pouco importante	Importante	Muito importante
1) Seroma				
2) Hematoma				
3) Laceração tipo escalpe frontal ou supraorbitária				
4) Depressão óssea				
5) Tecido desvitalizado/necrosado				
6) Deformidade e diminuição da mobilidade.				

**Itens para validação – VASCULAR**

Parâmetros clínicos	Sem importância	Pouco importante	Importante	Muito importante
1) Ausência ou Diminuição de pulso periférico.				
2) Tecido desvitalizado/necrosado				
3) Síndrome compartimental.				
4) Cianose fixa				
5) Isquemia aguda				
6) Preenchimento capilar acima de 2 seg.				

**Itens para validação – UROLOGIA**

Parâmetros clínicos	Sem importância	Pouco Importante	Importante	Muito importante
1) Obstrução renal				
2) Disúria (dor ao urinar)				
3) Anúria (até 50 ml/dia)				
4) Polaciúria (aumento da micções com diminuição do volume)				
5) Piúria				
6) Hematuria				

**PARTE 2- Itens para validação – TORÁCICA**

Parâmetros clínicos	Sem importância	Pouco Importante	Importante	Muito importante
1) Obstrução parcial de via aérea.				
2) Hemoptise (expectoração de sangue proveniente dos pulmões, traqueia e brônquios)				
3) Hemotórax				
4) Derrame pleural				
5) Crepitação a palpação.				

**APÊNDICE 4 – QUESTIONÁRIO DE PÓS- AVALIAÇÃO DOS ITENS**

Após o preenchimento quanto a importância dos itens para classificar o paciente cirúrgico de urgência, pontue cada afirmação com:

1 Não concordo 2 Concordo parcialmente 3 Concordo 4 Concordo plenamente

1- É importante ter um instrumento para classificar um paciente cirúrgico quando ao grau de urgência

2- Os sinais clínicos do instrumento que respondeu são objetivos

3- E em termos de clareza, eles são claros

4- Os sinais clínicos apresentados teriam um desempenho na prática diária de classificação de paciente cirúrgico de urgência

5- Esse instrumento pode recolher informações verdadeiras sobre o estado clínico do paciente cirúrgico de urgência

6- Esse instrumento pode ajudar a classificar um paciente cirúrgico de urgência

## ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

#### Elaboração e validação do conteúdo de instrumento para classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência.

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você tem o perfil necessário para que seja validado um instrumento para classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência com o título “Elaboração e validação de conteúdo de um instrumento para classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência”.

Esse estudo será realizado para fornecer a validação de itens para os pacientes cirúrgicos de urgência para que a escolha do momento cirúrgico deixe de ser subjetivo e passe a ser objetivo.

#### **DO QUE SE TRATA O ESTUDO?**

Este estudo é sobre a elaboração de um instrumento onde classificará o paciente cirúrgico que necessita de tratamento cirúrgico através de sinais clínicos mais importantes para cada especialidade. Será validado por médicos cirurgiões *experts* e com titulação mínima de especialista.

#### **COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?**

Você será convidado (a) a responder a um questionário sobre a temática

Para realização do estudo será utilizado um questionário que será entregue a você.

**Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.**

**Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados.**

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

#### **ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?**

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: discussão de aspectos que possam causar sentimentos negativos como (ex: tristeza, desconforto, ansiedade) É possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para a elaboração de um instrumento inédito de classificação de paciente cirúrgico de urgência.

#### **O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?**

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa.

Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas pela Priscila Buck de Oliveira Ruiz, pesquisadora responsável por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável** Priscila Buck pelo e-mail [pbuck@bol.com.br](mailto:pbuck@bol.com.br) ou [priscilabuck10gmail.com](mailto:priscilabuck10gmail.com) ou ainda pelo telefone: (17) 988264276 ou (17) 32152955.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br), no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

---

Pesquisador Responsável  
Priscila Buck de Oliveira Ruiz

---

Orientador  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Helú M Ribeiro

---

Participante da Pesquisa ou Responsável Legal  
(Nome e Assinatura)



### **Elaboração e validação de conteúdo de um instrumento para Classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência.**

**Objetivo:** Elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de classificação cirúrgica de urgência utilizando a técnica Delphi. **Método:** pesquisa metodológica com delineamento descritivo, visando à elaboração e validação do conteúdo de um instrumento para Classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência, visando à elaboração e validação do conteúdo de um instrumento para Classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência utilizando a técnica Delphi. **Resultados:** Adotou-se o índice de 75% de concordância como nível de consenso na técnica Delphi para o domínio 1 do instrumento. Dentre os 40 instrumentos enviados, obteve-se resposta de 22 médicos especialistas, sendo predominantemente do sexo masculino (90,90%), com pelo menos cinco anos de formação e com titulação mínima de especialista. Dos 44 itens avaliados no domínio 1, 14 (31,81%) foram validados, sendo os com maior concordância (muito importante) a perda sanguínea (90%), seguido da hipotensão (72,72%). Quando questionado a importância de ter um instrumento para classificar um paciente cirúrgico quanto ao grau de urgência é unânime que concordam plenamente que existe essa necessidade. **Conclusão:** diante da inexistência de um instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência quando a sua prioridade no atendimento, a elaboração e validação do instrumento proposto poderá contribuir

significativamente para a prática hospitalar, permitindo que as escolhas cirúrgicas tenham a objetividade como característica principal.

**Descritores:** Classificação; Fatores de Risco; Cirurgia; Estudos de Validação; Protocolo; Urgência.

**Descriptors:** Classification; Risk Factors; Surgery; Validation Study; Protocols; Emergencies.

**Descriptores:** Clasificación; Factores de Riesgo; Cirugía; Estudio de Validación; Protocolos; Urgencias Médicas.

### **Introdução**

O hospital constitui-se, atualmente, em um dos tipos mais complexos de organização. O termo deriva do latim *hospe*, que significa “aquele que recebe”, e define o estabelecimento próprio para internação e tratamento de doentes e feridos<sup>1</sup>

Hoje, o hospital é considerado uma empresa, cuja característica principal é a prestação de serviços e, como tal, todos os princípios de administração, como previsão, organização, comando, coordenação e controle, também são aplicáveis a essa instituição.<sup>2</sup> Nesses ambientes, são encontradas estruturas de alta tecnologia, tanto em relação aos recursos materiais, como aos recursos humanos. Esses elementos formam um sistema organizacional capaz de prestar atendimento de qualidade, sendo um desses elementos a Unidade de Centro Cirúrgico.<sup>2</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde(1977), a Unidade de Centro Cirúrgico é formada pelo conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós- anestésica e pós-operatória imediata.<sup>3</sup> É composta por composta pelo Centro Cirúrgico (CC), pela Recuperação Anestésica (RA) e pelo Centro de Material e Esterilização (CME).



O bloco operatório é uma unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos, destinados à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requerem elevado nível de qualidade.<sup>4</sup>

Considerado um dos contextos mais complexos na área de saúde, as equipes de profissionais de saúde são altamente treinadas e qualificadas, exercendo sua atividade em complementaridade e interagindo com tecnologia avançada, em situações de alto risco, com responsabilidade para responder às necessidades do paciente cirúrgico.<sup>5</sup>

Estima-se que sejam realizadas no mundo cerca de 240 milhões de cirurgias ao ano e que haverá um aumento da incidência de enfermidades cirúrgicas na próxima década, representadas por doenças cardiovasculares, traumas e câncer, associadas à maior expectativa de vida da população.<sup>6</sup>

O tratamento cirúrgico pode ser classificado de acordo com o momento operatório, a finalidade da cirurgia, o risco cardiológico ao qual o paciente é submetido, a duração da cirurgia e o potencial de contaminação. As cirurgias classificadas quanto ao momento operatório se dividem em cirurgias eletivas que podem ser realizadas com data pré-agendadas, a de emergência que em virtude da gravidade do quadro clínico do paciente exigem intervenção imediata sem a possibilidade de avaliação pré-operatória e a cirurgia de urgência que necessita de intervenção mediata, podendo aguardar algumas horas, nas quais o paciente é mantido sob avaliação e observação clínica e laboratorial.<sup>7</sup>

As escolhas pré-cirúrgicas são permeadas por discussões que envolvem decisões difíceis, pois os resultados podem ser inesperados e há o dever de se considerar discussões éticas e diferenças de opinião dos profissionais especialistas na escolha da melhor oportunidade da intervenção cirúrgica.<sup>3</sup>

A palavra escolher significa “preferência que se dá a alguma coisa que se encontra entre outras; predileção”.<sup>1</sup> Sabemos que no âmbito da saúde o ato de escolher deve ser amparado a dados científicos para que a subjetividade seja transformada em objetividade e assertividade.

A classificação de risco de um paciente é um processo dinâmico de identificação das necessidades de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou o grau de sofrimento. Sua importância consiste em prevenir complicações e identificar quadros agudos que implicam em risco de morte para os indivíduos.<sup>8</sup>

Entre os sistemas de triagem mais utilizados no mundo destacam-se: *Emergency Severity Index (ESI)*, *Australian Triage Scale (ATS)*, *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)*, *Manchester Triage System (MTS)*, essas classificações utilizadas nas salas de urgência e emergência dos hospitais para priorização no atendimento médico.<sup>8</sup>

A triagem para classificação de atendimento é comumente aplicada em catástrofes e em unidades de pronto socorro. Entretanto, num cenário de centro cirúrgico, com muitas cirurgias eletivas e não eletivas, não existe uma nomenclatura padronizada para classificar cirurgias de urgência. Na maioria dos hospitais, obter sala cirúrgica para uma cirurgia de urgência depende de diálogo e negociação, em outros, cirurgias de urgência são realizadas por ordem de chegada.<sup>9</sup>

Em 2013, o Grupo de Estudos da Sociedade Mundial de Cirurgias de Emergência (*World Society of Emergency Surgery Study Group - WSES*), recomendou o uso de sistema de cores para classificar as cirurgias de urgência e emergência, objetivando diminuir a perda de informações e permitindo o estabelecimento de linguagem padronizada entre as equipes. A classificação de cirurgias não eletivas por tempo (*Timing of Acute Care Surgery - TACS*) foi baseada em uma pesquisa realizada a um painel de especialistas a respeito do tempo ideal

para cirurgias de emergência de maior frequência.<sup>10</sup> Essa classificação é dividido por cores sendo o vermelho para atendimento de emergência imediata até o azul com cirurgias de atendimento em até 48 horas, feita através da análise do tipo de grupos cirúrgicos, não diferenciando quanto a gravidade dos pacientes .

Existem instrumentos onde os pacientes são avaliados quanto aos riscos de complicações e mortalidade após a cirurgia. Dente eles, destaca-se: *Revised Cardiac Risk Index (RCRI)*, *Universal Surgical Risk Calculator (ACS-NSQIP)*, *National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)*, *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE)*, *2nd Simplified Acute Physiology Score (SAPS II)*, *Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)*, *Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity (POSSUM)*, risco cardíaco *Goldman*, Pontuação de risco cirúrgico *Sutton*, Modelos de resultado de bioquímica e hematologia (BHOM).<sup>11,12,13,14,15</sup>

A elaboração de um instrumento que possibilite aos serviços de atendimento ao paciente de cirurgia de urgência identificar de forma objetiva e prática a complexidade do cuidado que cada caso requer é complexo, requer a mobilização e capacidade de conhecimentos de diversas áreas e consome vários recursos, porém, acredita-se que permitirá às equipes de saúde um melhor dimensionamento do uso da capacidade instalada e melhores condições para julgar prioridades dentro de um grupo de pacientes que aguardam o ato cirúrgico.<sup>16</sup>

Dentre as diversas formas de elaborar e validar um instrumento encontra-se a técnica Delphi que, em termos gerais, está relacionada à precisão do instrumento em medir o que se propõe, buscando o consenso entre os juízes, estes que possuem domínio do tema em questão.<sup>17</sup> Em termos gerais, quando se fala em validação instrumentos de medidas por

técnica Delphi as técnicas mais conhecidas são: validade de conteúdo; validade de aparência; validade de critério e validade de constructo.<sup>18</sup> Desta forma, o estudo propôs elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de classificação cirúrgica de urgência utilizando a técnica Delphi, caracterizar os médicos especialistas selecionados para a validação e identificar os sinais e sintomas críticos e essenciais à classificação de um paciente cirúrgico de urgência.

## **Método**

### **Tipo ou delineamento do estudo**

Trata-se de uma pesquisa metodológica, quantitativa analítica e delineamento descritivo, visando à elaboração e validação do conteúdo de um instrumento para Classificação de Paciente Cirúrgico de Urgência.

No estudo metodológico o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas.<sup>19</sup>

Esse estudo descreveu os fatos e fenômenos para uma avaliação do quadro clínico do paciente, em relação às cirurgias de urgência.

Para elaborar e validar o instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência quanto a sua prioridade, optou-se em utilizar a técnica Delphi, desenvolvida para alcançar um acordo quanto a um determinado tema no presente ou antecipar a probabilidade de eventos futuros por meio da pesquisa sistemática de opinião entre especialistas de certa área. A flexibilidade do método permite o uso em muitas pesquisas, em diversas áreas do conhecimento e em diferentes organizações.<sup>17</sup>

### **Local ou Cenário em que aconteceu a coleta de dados**

Por se tratar de um estudo de validação de conteúdo e os participantes serem especialistas médicos inseridos na prática de atendimento ao paciente cirúrgico de urgência, não foi delimitado um cenário específico para desenvolvimento do estudo. Participaram do estudo médicos que atendem nas cidades de São José do Rio Preto- SP, São Paulo -SP, Campinas- SP e Primavera- MT cujo hospital possuem características semelhantes quanto ao atendimento cirúrgico de urgência e emergência.

No entanto, a pesquisa teve sua origem a partir da problemática encontrada em um hospital do interior do estado de São Paulo.

### **Período**

A primeira rodada do estudo ocorreu entre novembro de 2019 a janeiro de 2020, considerando o índice de abstenção de 30% a 50% dos especialistas no primeiro ciclo.<sup>20</sup>

### **População**

Foram participantes do estudo médicos cirurgiões, com formação mínima de cinco anos em medicina, atuando em Instituições de Saúde Pública ou Privada, com experiência em atendimento cirúrgico de urgência e emergência, com titulação mínima de especialista, atuando na área de: Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculard, Urologia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia e Otorrinolaringologia.

Não participaram do estudo médicos das especialidades Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca.

### **Critérios de seleção:**

A seleção dos participantes foi por amostra não probabilística, intencional e por conveniência, ou seja, foi usado o julgamento do pesquisador para selecionar os membros da população que se entende boas fontes de informação necessárias para a pesquisa.<sup>21</sup>

### **Definição dos Participantes**

A composição do grupo pode variar de acordo com o fenômeno a ser estudado, sendo que a quantidade deve ser suficiente para gerar informações relevantes, ressalta que a Técnica de Delphi, utilizada nesta fase, permite que o número de especialistas seja diretamente determinado pelo fenômeno que se pretende estudar e não há consenso na literatura sobre o número ideal de especialistas.<sup>22,23,24</sup>

O anonimato entre os participantes é conseguido através da aplicação de questionários e da não realização de sessões face-a-face, o que é fundamental para a diminuição dos efeitos que podem advir da influência dos membros mais dominantes.<sup>25</sup>

#### **Instrumentos utilizados para a coleta das informações:**

De uma forma geral, a literatura destaca as seguintes fases a serem seguidas no processo de construção de instrumentos: Fase I- Estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos do instrumento e população envolvida, Fase II- Construção dos itens; Fase III-Construção das escalas de resposta; Fase IV-Seleção e organização dos itens; Fase V-Estruturação do instrumento; Fase VI-Validade de Conteúdo.<sup>26</sup>

#### **Fase I- Estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos do instrumento e população envolvida**

Para a construção de instrumentos de medida, é fundamental que os objetivos sejam estabelecidos e que estes tenham conexão com os conceitos a serem abordados.

A elaboração da estrutura conceitual, também conhecida como definição operacional do constructo e de sua dimensionalidade, é a etapa responsável por definir o contexto do instrumento e sustentar o desenvolvimento dos itens.<sup>27</sup>

Foi estabelecida a elaboração de um instrumento para classificar pacientes de urgência que necessitam de procedimento cirúrgico, instrumento esse voltado para o público médico.

## Fase II- Construção dos itens

As construções dos itens e das escalas podem ser criadas através de teorias e instrumentos já existentes, observação clínica, opinião de especialista, experiência, busca na literatura nacional e internacional, cada um desses recursos possui pontos fracos e pontos fortes.<sup>28</sup>

Para propor um novo instrumento, foi realizada uma revisão integrativa na literatura, a fim de identificar os principais sinais e sintomas clínicos possíveis para classificar um paciente cirúrgico quanto a priorização na realização do procedimento.

Utilizou-se os descritores Classificação, Cirurgia, Urgência, Fator de Risco, Estudos de Validação e Protocolos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, e Biblioteca Cochrane. Também foi realizada a busca na coleção *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os levantamentos bibliográficos foram feitos em periódicos internacionais e nacionais, publicados entre 2012 e 2019. Fizeram parte da pesquisa artigos disponíveis na íntegra.

Dentro dos achados científicos, as escalas de riscos foram o alicerce do instrumento, dentre as principais escalas utilizadas estão: RCRI, ACS-NSQIP, NQIP ASA, APACHE, SAPS II, SOFA, POSSUM, risco cardíaco *Goldman*, Pontuação de risco cirúrgico *Sutton*, BHOM.

11,12,13,14,15

Como mencionado, a utilização de instrumentos já existentes também é apontada por pesquisadores como um recurso útil, pois, na maioria das vezes, seus itens já foram testados quanto às qualidades psicométricas.<sup>26</sup>

Outro recurso utilizado foi a opinião de especialistas médicos e não médicos a partir de realizações de bate papo informal onde esses opinaram quanto aos sinais e sintomas que

acreditam ser importantes para uma avaliação para classificar o paciente cirúrgico de urgência.

Na formulação dos itens utilizando as opiniões de médicos especialistas, utilizaram-se oito profissionais especialistas conforme recomendado.<sup>29</sup> Utilizou-se também, a experiência do autor e a observação *in loco* das características dos pacientes admitidos para procedimento cirúrgico de urgência de um centro cirúrgico cuja produção cirúrgica de urgência corresponde a 35% das cirurgias realizadas mensalmente.

### **Fase III- Construção das escalas de resposta**

A escolha de um método para obtenção das respostas também é imprescindível. Dentre os muitos tipos de escalas de atitude existentes, no presente estudo, optou-se pela escala *Likert* de quatro pontos, podendo então, receber uma resposta tanto inclusiva quanto exclusiva dos itens propostos para a escala de classificação do paciente cirúrgico de urgência.<sup>30</sup>

### **Fase IV- Seleção e organização dos itens**

Após reunir todos os achados foi definido suas dimensões de forma que se construiu a variedade dos itens segundo os constructos. Foi utilizado sinais e sintomas utilizados em escalas de avaliação de risco cirúrgico, risco anestésico, risco de complicações pós cirúrgico, risco de mortalidade, assim como classificações de sinais clínicos de pacientes existentes na literatura como por exemplo *Glasgow, Gustilo e Andreson* dentre outras.

Esses itens foram agrupados por sistema apenas variando os valores que eles se classificam. Os principais sinais e sintomas encontrados foram relacionados aos sistemas pulmonares, respiratórias, cardiovasculares, circulatórios, dentre outros.

### **Fase V- Estruturação do instrumento**



Elaborou-se um instrumento dividido em dois domínios. O domínio 1 contendo 44 itens de sinais e sintomas de abordagem geral, o qual os especialistas deveriam classificar os itens como já descrito, a escala Likert de quatro pontos variando de “sem importância” a “muito importante”. Ao final do instrumento os especialistas poderiam sugerir a inclusão de itens que na opinião dos mesmos não haviam sido contemplados no instrumento e opinar referente aos itens propostos.

Foi desenvolvido um questionário, contendo afirmativas para análise dos itens inseridos no instrumento quanto à importância, clareza, objetividade, aplicabilidade e desempenho. Lembrando que, não são todos os itens criados, que estão em concordância com a proposta do pesquisador e nem todos possuem bom desempenho.<sup>31</sup>

Para esse questionário também optou pela escala *Likert* de quatro pontos *para a resposta* ao item onde as afirmações foram respondidas de: 1 (Não concordo), 2 (Concordo pouco), 3 (Concordo) e 4 (Concordo Plenamente).

#### **Fase VI- Validade de conteúdo**

Validar conteúdo é verificar se os itens propostos no instrumento refletem o conceito que se deseja medir através de consenso de especialistas.<sup>17</sup>

Optou-se em buscar enfermeiros parceiros de Hospitais com atendimento a paciente cirúrgico de urgência e emergência para que esses parceiros pudessem indicar médicos especialistas com experiência no atendimento a esse tipo de paciente e que se interessariam em fazer parte do grupo de experts para validar itens de um instrumento. O anonimato entre os médicos especialistas foi uma das obrigatoriedades do estudo portanto, nenhum deles tinham o conhecimento de quem estava participando da validação.

#### **Coleta de dados**

Foi enviado via *e-mail*, aplicativo de comunicação e em envelopes lacrados, uma carta convite com orientação ao 40 médicos especialistas, o termo de consentimento livre esclarecido e o questionário contendo os itens a serem validados, os quais deveriam responder se os itens propostos eram importantes para classificar um paciente quanto a prioridade na realização de uma cirurgia de urgência.

### **Tratamento e Análise dos dados e Aspectos éticos.**

Para os cálculos, adotou-se o índice de validade de conteúdo (*Content Validity Index-CVI*). O CVI demonstra a proporção de especialistas que julgaram o item da escala válido ou não, a cada item da escala e ao instrumento na íntegra. Calculou-se o CVI para os itens da escala com base na razão do quantitativo de especialistas que consideraram válidos (importante e muito importante) o item da escala. Utilizou como nível de consenso na técnica Delphi a taxa de concordância de 75%.

Adotou-se também como medidas de validação o grau de concordância do conteúdo validado, ou seja, número de participantes que concordaram totalmente com o item avaliado (muito importante).

O estudo foi aprovado pelo CEP com parecer número 2652137/2018.

### **Resultado**

Dentre os 40 instrumentos enviados, obteve-se resposta de 22 médicos especialistas,, ou seja, 55% dos questionários enviados foram devolvidos e analisados. A Tabela 1 mostra o percentual das variáveis de caracterização amostral dos médicos especialistas no estudo.

**Tabela 1. Percentual das variáveis de caracterização amostral. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil 2020**

Variáveis de caracterização amostral	n 22	%
Gênero		

<b>Feminino</b>		2	9,09
<b>Masculino</b>		2	90,90
		0	
Especialidade			
<b>Cirurgia Geral</b>		0	13,63
		3	
<b>Neurocirurgia</b>		0	13,63
		3	
<b>Ortopedia</b>		0	13,63
		3	
<b>Otorrinolaringologia</b>		0	4,54
		1	
<b>Plásticas</b>		0	13,63
		3	
<b>Torácica</b>		0	13,63
		3	
<b>Urologia</b>		0	13,63
		3	
<b>Vascular</b>		0	13,63
		3	
Idade (anos)			
<b>30 – 39</b>		1	50,00
		1	
<b>40 – 49</b>		4	18,18
<b>50 – 59</b>		5	22,72
<b>60 – 69</b>		1	4,54

<b>70 – 79</b>	1	4,54
Tempo de formação (anos)		
<b>5 – 9</b>	5	22,72
<b>10 – 19</b>	1	45,45
	0	
<b>20 – 29</b>	3	13,63
<b>30 – 39</b>	3	13,63
<b>40 – 49</b>	0	0
<b>50 – 59</b>	1	4,54
Instituição em que trabalha		
<b>Pública</b>	1	50,00
	1	
<b>Pública e Privada</b>	8	36,36
<b>Pública, privada e filantrópica</b>	2	9,09
<b>Pública, privada, filantrópica e estatal</b>	1	4,54
Formação profissional		
<b>Especialista</b>	1	59,09
	3	
<b>Especialista e mestrado</b>	4	18,18
<b>Especialista, mestrado e doutorado</b>	5	22,72

---

De acordo com os resultados da Tabela 1, obteve-se resposta do questionário, de três (13,63%) médicos especialistas exceto a especialidade otorrinolaringologia que apenas um médico *expert* respondeu corretamente o questionário, sendo a maioria do gênero masculino (20; 90,90%), com idade de 30 a 39 anos (11; 50,00%), com tempo de formação de



Urolog	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vasc	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vasc	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vasc	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Válidos	18	20	21	19	19	20	20	17	19	20	22	17	19
Não válidos	4	2	1	3	3	2	2	5	3	2	0	5	5
% Válidos	81,82	90,91	95,45	86,36	86,36	90,91	90,91	77,27	86,36	90,91	100,00	77,27	86,36

1- Importante ou Muito importante 0- Sem importância ou pouco importante  
 Dos itens propostos (44) do instrumento para classificação dos pacientes cirúrgicos de urgência, foram validados através do o índice de validade de conteúdo (*Content Validity Index-CVI*) com concordância de 75 % entre os médicos especialistas 14 itens (31,81%). Variando de 100% (14) quando questionado a importância do item perda sanguínea maciça, item que dependendo da situação pode ser considerado um sinal de emergência médica, a 77,27% (3) quando questionado a importância dos itens taquipneia, torpor e leucometria acima de 12.000.

No presente trabalho, o índice de concordância, como já mencionado, foi de 75%, consequentemente alguns itens ficaram inválidos como mostra a Tabela 3.

**Tabela 3 – Estatística descritiva dos itens não validados. Inferior a 75% de concordância. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020.**

Especialidade	
Idade 14 a 25 anos	
Idade 26 a 40 anos	
Idade 41 a 59 anos	
Idade acima de 60 anos	
Hipertemia Leve	
Hipotermia Leve	
Hipotermia Moderada	
Bradicardia	
Hipertensão	
Dor leve	
Dor Moderada	
Dor Intensa	
Leucocitose menor 4.000	
Creatina Alterada	
Proteína reativa	
Hemoglobina entre 6 e 8 g/dl	
Hemoglobina entre 8 e 10 g/dl	
Perda Sanguínea Pequena	
Edema ++	
Edema +++	
Edema ++++	
Anasarca	
Vômito (qualquer característica)	
Sudorese	
Palidez	
Desorientação	
Agitação	
Braquípneia-	
Mascara /Cateter de Oxigênio	
Ventilação Mecânica	

% Não Válidos	NÃO VÁLIDOS
77,27	17
81,82	18
72,73	16
36,36	8
59,09	13
68,18	15
27,27	6
36,36	8
63,64	14
100,00	22
95,45	21
31,82	7
72,73	16
54,55	12
68,18	15
27,27	6
72,73	16
59,09	13
95,45	21
68,18	15
54,55	12
50,00	11
77,27	17
50,00	11
45,45	10
27,27	6
31,82	7
54,55	12
54,55	12
36,36	8

Alguns itens tiveram a validação perto de ocorrer como: hemoglobina entre 6 e 8g/dl (72,73%), dor intensa (68,18%), bradicardia (63,64%), idade acima de 60 anos (63,64%) e desorientação (72,73%).

A tabela 4 traz o percentual de concordância máxima ente os itens validados, ou seja, dentre os itens o que foi apontado como muito importante comparado ao número de resposta permitida.

**Tabela 4- Estatística descritiva concordância dos itens. São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020**

	Itens validados (n 22)	Classificados como "muito importante"
Reabordagem cirúrgica	18	5 – 11,36%
Pirexia (39°C a 40°C)	20	11- 50%
Hiperpirexia (acima de 40°C)	21	14 - 63,63%
Hipotermia severa menor (33,9°)	19	12 - 54,54%
Taquicardia (acima de 100 bpm)	19	5 - 22,72%
Saturação de Oxigênio abaixo de 91%	20	6 - 27,27%
Hipotensão	20	16 - 72,72%
Leucometria maior que 12.000	17	03 - 13,63%
Hemoglobina inferior 6g/dl	19	14 - 63,63%
Perda sanguínea moderada	20	5 - 22,72%
Perda Sanguínea maciça	22	20 - 90,90%
Torpor	17	08 - 36,36%

Dispneia	19	10 - 45,45%
Taquipneia	17	08 - 36,36%

---

Dos itens validados, os itens com maior concordância ( muito importante) foram a perda sanguínea que traz a opinião de 20 médicos especialistas ( 90%), seguido da hipotensão 16( 72,72%) e o menor índice é de leucometria três ( 13,63%) médicos especialistas entenderam ser muito importante esse item para o instrumento.

### **Discussão**

O presente estudo buscou construir e validar o conteúdo de um instrumento para classificar o paciente quanto a prioridade em realizar uma cirurgia de urgência. Esse instrumento visa contribuir para uma avaliação e escolha do profissional médico mais objetiva desse paciente que aguarda a realização do procedimento cirúrgico de urgência.

Considerando que o painel Delphi deve ser composto por especialistas, com vasta experiência sobre o tema a ser estudado, a literatura divulga amplamente como imprescindível.<sup>32,33</sup> Neste sentido, foi verificado que a presente pesquisa está em consonância com a literatura, pois o grupo que participou da validação dos itens foram profissionais com formação superior a 10 anos, idade acima de 40 anos (50%) e ainda, com ampla experiência e vínculos de trabalho em instituições públicas e privadas de alta complexidade e de referência de emergência e urgência.

Desta forma, ao se optar em realizar a validação do instrumento se utilizando de profissionais com experiências em diferentes estruturas de assistência e instituições de saúde, como população, tipo de atendimento, ou seja, multicêntrico, faz com que generalize a avaliação e escolha dos itens propostos, não apresentando apenas a realidade de um local. Corroborando com essa escolha, uma pesquisa que utilizou uma composição de especialistas



com vasta formação e experiência em diferentes áreas, contribuiu para a obtenção de uma avaliação global, criteriosa e de credibilidade.<sup>34</sup> O mesmo foi verificado em um trabalho que se utilizou da técnica Delphi e dessa generalização de profissional para validação de uma proposta da utilização da acupuntura como intervenção de enfermagem.<sup>35</sup>

Além disso, a técnica Delphi se mostrou, também, economicamente viável, pois possibilitou reunir opiniões de especialistas de diversas localizações de uma temática, na qual a pesquisa é ainda incipiente, utilizando-se na sua maioria de forma online, permitindo assim uma rapidez na conclusão e facilitando essa participação. Essa escolha de se aplicar a validação de maneira online foram verificados em outros estudos, tais como os de construção e validação instrumentos para avaliação de egressos de graduação em enfermagem<sup>36</sup>, na validação de manual informativo sobre tromboembolismo venoso para leigos<sup>37</sup> e validação de protocolo assistencial ao paciente séptico na Unidade de Terapia Intensiva.<sup>38</sup>

Em relação ao perfil do painel de especialistas, houve predomínio do sexo masculino (90,90%). O presente estudo possui predominância dos especialistas do sexo masculino, indo ao encontro com os dados produzidos pelo World Health Organization, no estudo realizado a respeito da caracterização mundial das escolas de saúde.<sup>39</sup> Outro estudo documental apontou que os homens são maioria nas especialidades cirúrgicas e naquelas que atendem urgência e emergência<sup>40</sup>, corroborando com a população da presente pesquisa. Porém, em estudo recente de tendência histórica, existe uma feminização do curso de medicina,<sup>41</sup> mas essas mulheres ainda ocupam a maioria das especialidades tradicionalmente consideradas como femininas, como pediatria, dermatologia e obstetrícia.<sup>42</sup>

A redução de especialistas da amostra inicial foi tratada como um movimento dentro do esperado, conforme também descrito em outros trabalhos de validação de conteúdo utilizando Técnica Delphi.<sup>43</sup>

As escolhas dos itens para o presente estudo foram realizadas se utilizando de revisão de literatura, experiência prévia da pesquisadora, reuniões entre a mesma e médicos não participantes da pesquisa e profissionais da saúde, tendo como consequência e benefício a junção da teoria e com a prática. Essa articulação entre profissionais potencializa e fortalece o diálogo, potencializa o uso do conhecimento científico e da prática no cuidado clínico do paciente.<sup>44</sup> Essa metodologia utilizada para a escolha dos itens foi observado também nos trabalhos de Elaboração e validação de escala de desconforto da sede perioperatória,<sup>45</sup> na pesquisa de elaboração e validação de um questionário contextualizado sobre concepções de natureza da ciência<sup>46</sup> e na elaboração e validação de um vídeo sobre banho no leito.<sup>47</sup> Para realizar a validação do domínio 1 definido pelos itens comuns entre os especialistas, a taxa de consenso entre os especialistas foi de igual ou maior a 75%, o mesmo parâmetro foram utilizados em outras validações de instrumentos, como o de identificação de violência contra criança<sup>43</sup>, e no de avaliação do grau de dependência dos usuários.<sup>48</sup>

Neste contexto, os itens validados no domínio 1 foram: Reabordagem cirúrgica; Pirexia (39° a 40°); Hiperpirexia (acima de 40°C) ; Hipotermia severa menor (33,9°); Taquicardia (acima de 100 bpm); Saturação de Oxigênio abaixo de 91%,Hipotensão; Leucometria maior que 12.000; Hemoglobina inferior 6g/dl; Perda sanguínea moderada; Perda Sanguínea maciça; Torpor; Dispneia; Taquipneia.

Entende-se por reabordagem cirúrgica a necessidade do paciente ser operado novamente sem estar planejado, podendo ocorrer devido a causa infecciosa ou não

infeciosa. Em um estudo realizado em um Hospital Público de Belo Horizonte referente a frequência de eventos adversos observado durante um ano de acompanhamento do paciente cirúrgico, foi encontrado que 25,2% os eventos tiveram reabordagem como sendo a principal complicação.<sup>49</sup> Outro estudo de Preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas em um hospital universitário de nível terciário, analisou 187 pacientes, dos quais 17,64% foi necessário a reabordagem cirúrgica desses, 37% morreram em até 30 dias.<sup>50</sup> Portanto, validar esse item no presente instrumento indica ser fundamental como critério para a decisão de prioridade dos pacientes cirúrgicos de urgência, visto as consequências que são causadas nas situações de uma nova abordagem cirúrgica.

Quando se diz respeito a alterações de temperatura, uma revisão bibliográfica realizado no Canadá, descreve os níveis de temperatura, suas causas e consequências no organismo,<sup>51</sup> destacou que a pirexia e hiperpirexia podem ser sinais que caracterizaram o aumento na morbimortalidade de pacientes, devido ao aumento do consumo de oxigênio, podendo precipitar isquemias, arritmias e até mesmo insuficiência cardíaca em pacientes com predisposição a doenças cardiovasculares.<sup>52</sup> Como o aumento da temperatura pode estar ligada a doenças encontradas em atendimentos de urgência tais como acidente vascular cerebral, disfunção hipotálamo, Infecções sistêmicas, utilizar-se desse item corrobora com a importância de sua inserção no presente instrumento.<sup>53,54</sup>

Em contrapartida a hipotermia também gera diversas complicações orgânicas para o paciente. Na Diretriz para Prevenção da Hipotermia do Paciente Não Planejada relata que a mesma pode ocorrer em diversas situações, principalmente em pacientes vítimas de trauma com perda excessiva de calor, perdas sanguíneas, dentre outras causas.<sup>55</sup> Em um estudo conduzido pela AORN cujo objetivo foi compreender o nível atual de conhecimento da

enfermagem acerca de hipotermia não intencional e suas complicações, os mesmos identificaram como principais complicações: arritmias, tremores, sangramento, aumento da necessidade de transfusão sanguínea e Infecção em sítio cirúrgico.<sup>56</sup>

Neste sentido, a temperatura foi encontrada como variável fisiológica na escala de gravidade da doença como a SAPS 3<sup>57</sup> e na escala de avaliação e classificação do índice de gravidade da doença prevendo a mortalidade hospitalar conhecido como APACHE II<sup>58</sup> corroborando com a importância na avaliação dos itens que envolvem a temperatura corporal do paciente.

O item taquicardia é habitualmente o sinal mais precoce de perda volêmica. As fontes mais comuns de perda volêmica na urgência cirúrgicas são os traumas de tórax, abdome, o trauma pélvico e as fraturas de ossos longos. Essas fontes devem ser investigadas em todo paciente politraumatizado, mesmo que uma fonte de sangramento já tenha sido identificada.<sup>59,60</sup> A taquicardia também é comum no choque séptico e um preditor bem conhecido de mau prognóstico, promove a disfunção cardíaca por meio de aumento da demanda de oxigênio e diminuição do enchimento cardíaco diastólico e da perfusão coronária.<sup>61</sup>

Várias escalas utilizam a taquicardia como item de parâmetros fisiológicos para classificar o paciente, como na fórmula de cálculo de risco cirúrgico dos modelos POSSUM e P-POSSUM como encontrado no trabalho de avaliação de performance cirúrgica utilizando a escala de P-POSSUM<sup>62</sup> e nas escalas de avaliação de índice de prognóstico preditivos de mortalidade APACHE E SAP 3.<sup>63</sup> Então, utilizar esse item como escore de decisão para priorizar o paciente no caso de urgência foi julgado pelos especialistas ser imprescindível para auxílio na tomada de decisão cirúrgica.

Assim como a taquicardia, a hipotensão pode ser um sinal clínico de uma resposta sistêmica a uma doença infecciosa.<sup>64</sup> Essa manifestação pode ser encontrada, também, em choque hemorrágico, sendo que esse é um dos principais motivos de morte evitáveis no trauma.<sup>65</sup> Vale ressaltar que o item hipotensão faz parte da maioria das escalas de avaliação de risco cirúrgico e de índice de prognóstico.<sup>57,66</sup> Deste modo, as possibilidades patológicas e a gravidade de um paciente com sinais de hipotensão faz com que esse item seja de suma importância para classificar um paciente cirúrgico de urgência, fortalecendo assim a importância para a validação do item para o instrumento.

O item hemoglobina abaixo dos níveis normais validado pelos especialistas apresentam como sintomas, na prática, o cansaço, tonturas, fraqueza, dores musculares, dispneia e taquicardia. Essas reações são relacionadas ao aumento no débito cardíaco em mandar a mesma quantidade necessária de oxigênio para todas as células orgânicas, causando uma desordem fisiológica.<sup>67</sup> Foram evidenciados em uma revisão bibliográfica diversos escores ao longo dos anos, com o objetivo de identificar fatores de risco de mortalidade associadas ao pré-operatória nos aneurismas em rotura, sendo que um item que apresenta aumento significativo para a morte deste paciente a hemoglobina pré-operatória < 9g/dL.<sup>68</sup>

Em um outro estudo realizado na University Health Network, em Toronto, mencionou que hemoglobina abaixo dos níveis normais pré-operatória está associada a cinco vezes maior a chances de mortalidade pós operatória.<sup>69</sup> Além disso, em um estudo em Belo Horizonte, foi relatada a importância da avaliação pré-operatória dos valores e achados em exames laboratoriais pertinentes, envolvendo hemoglobina, pois, o mesmo pode ser preditivo de perda sanguínea no momento intraoperatório, sinalizando previamente risco de transfusão sanguínea.<sup>70</sup>

Quanto aos itens de sangramento moderado e maciço, um estudo de triagem para situações de socorro a múltiplas vítimas, realizado em Portugal, evidenciou que cerca de 30% de mortalidade podem ser evitadas quando o paciente recebe assistência especializada nas primeiras horas. Quando mencionada a triagem dos pacientes é apresentado o sangramento maciço o paciente é classificado como primeira prioridade e quando o sangramento é moderado como segunda prioridade de atendimento.<sup>71</sup> Em concordância a importância de se validar esse item na presente pesquisa, foi encontrada uma revisão de literatura, em que aborda a hipotensão permissiva no trauma, relatando que o controle rápido do sangramento continua sendo a medida mais importante no tratamento do choque hemorrágico.

A leucocitose pode ser evidenciada como item importante a ser validado, conforme descrito pelo instituto Latino-Americano de SEPSE que descreve que as manifestações clínicas decorrem dos órgãos em disfunção, como consequência da redução do aporte de oxigênio e de alterações celulares, estando a leucocitose como um dos principais sinais, sintomas e alterações laboratoriais na sepse.<sup>72</sup> A leucocitose configura um achado importante nas doenças inflamatórias e quando associada à proteína C-reativa, pode servir para diagnóstico de necrose.<sup>73</sup>

Ainda a respeito do item supracitado, um estudo de avaliação prospectiva de pacientes com diagnóstico de apendicite aguda submetidos ao tratamento cirúrgico admitidos na emergência do Hospital Regional de São José - Dr Homero de Miranda Gomes, afirma que o leucograma costuma fazer parte da propedêutica e auxiliar no diagnóstico de abdome agudo.<sup>74</sup> O achado fisiológico Leucometria maior que 12.000 também é utilizado em diversas outras escalas como as escalas de gravidade da doença e mortalidade POSSUM, P-POSSUM, APACHE I e, SAPS3.<sup>13,75,63,57</sup> Estando assim, em consenso com a literatura, a

validação deste item traz robustez para o instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência.

Em relação ao item taquipneia, as principais patologias que causam a mesma são a doença pulmonar restritiva, choque hipovolêmico, pneumonia, edema pulmonar, acidose metabólica, septicemia, dor intensa, distúrbios neurológicos e fraturas de costelas.<sup>76</sup> Já a dispneia, comumente ocorre em doenças do sistema nervoso central, nas hemorragias leves, moderadas, maciças, nos traumas, na obstrução de via aérea, infecções e nos fatores psicogênicos como a ansiedade.<sup>77</sup> Uma revisão de integrativa relata que a não resolução da taquipneia e da dispneia pode levar a insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica.<sup>78</sup> Ressalta-se a presença desses dois itens nas escalas de avaliação do paciente cirúrgico e escalas de preditores de mortalidade, como encontrado no escore APACHE II, POSSUM e Escore de Lee.<sup>63,13,79</sup> Assim sendo, validar e inserir a taquipneia e dispneia no presente instrumento é relevante e pertinente para a avaliação do paciente cirúrgico de urgência.

A validação da saturação de oxigênio abaixo de 91%, que podem ser desencadeadas por diversos fenômenos, seja dos pulmões, dos músculos respiratórios ou de adjacentes, dispneia, taquipneia, obstrução das vias aéreas, paralisia diafragmática, pela insuficiência cardíaca, por infecção, insuficiência neuromuscular, trauma ou cirurgia.<sup>80</sup> Estudo evidenciou que pacientes enfermos, com alto risco cardiovascular, trauma pode ocasionar sinais como queda de saturação causando hipoxemia, rompendo assim o equilíbrio entre a demanda de oxigênio, podendo resultar em quadro isquêmico importante.<sup>81</sup> Além disso, o item também é evidenciado para avaliação do paciente quanto ao risco cirúrgico, conforme descrito na escala de gravidade de doença SAPS3, confirmando a legitimidade da validação desse item na presente pesquisa.<sup>58</sup>

O último item, porém, não menos importante, validado do domínio 1 de uso comum entre os especialistas foi o torpor, que é definido por um estado de inconsciência profunda de origem orgânica, com desaparecimento da sensibilidade ao meio ambiente e da faculdade de exibir reações motoras. Nestes casos, o paciente não responde adequadamente a estímulos verbais e dolorosos e só pode ser despertado, na sua maioria, por estímulos físicos vigorosos.<sup>82</sup>

Um estudo realizado no Hospital Geral de Fortaleza destacou a importância de avaliação do estado geral do paciente visto que a junção de hipotensão e torpor denotam quadro de sepse grave ou choque hipovolêmico dependendo da etiologia do quadro.<sup>83</sup> Em outro estudo quantitativa e descritivo por meio de revisão narrativa da literatura descreve que na prática clínica, muitos pacientes chegam à sala de emergência com rebaixamento do seu nível de consciência, podendo estar desorientado, sonolento, torporoso ou comatoso. Por se tratar de um quadro clínico multicausal, a história clínica e exame físico são fundamentais, sendo necessária a análise pelo médico de possíveis causas agudas, para condutas emergências com a intenção de reduzir a morbimortalidade.<sup>84</sup>

Ao final do instrumento foi disponibilizado um questionário com afirmações que os especialistas deveriam responder concordando ou não quanto a importância de um instrumento para classificar o paciente cirúrgico, a objetividade, clareza, desempenho, veracidade dos itens e se o instrumento validado contribuiria para classificar o paciente cirúrgico de urgência. Os especialistas que responderam na sua maioria concordaram com todas as afirmações. Vale ressaltar que quando afirmado da importância em ter disponível um instrumento para classificar o paciente cirúrgico de urgência houve unanimidade na resposta, todos os especialistas concordam com a afirmação. Isso mostra que o estudo em



questão de elaboração e validação de um instrumento para classificação do paciente cirúrgico de urgência é de grande relevância prática e científica para a saúde.

Foi considerado um fator limitante do estudo a baixa taxa de resposta dos especialistas, mesmo esse sendo esperado para as rodas de validação utilizando a técnica Delphi, principalmente a ausência de resposta dos médicos especialistas da especialidade otorrinolaringologia. Outra limitação foi a demora na devolução dos questionários, concluídos em três meses.

Não foi possível estabelecer comparações dos nossos resultados com estudos prévios de instrumentos para classificação do paciente cirúrgico de urgência pois, essa é a primeira vez que o tema é abordado na literatura.

### **Conclusão**

O instrumento elaborado neste estudo, ao nosso conhecimento, é o primeiro desenvolvido especificamente para classificação do paciente cirúrgico de urgência quanto a prioridade no atendimento cirúrgico.

Diante da inexistência de um instrumento de classificação do paciente cirúrgico de urgência quando a sua prioridade no atendimento, a elaboração e validação do instrumento proposto poderá contribuir significativamente para a prática hospitalar, permitindo que as escolhas cirúrgicas tenham a objetividade como característica principal.

O presente estudo abordou a validade de conteúdo desse instrumento. Esta é considerada uma das mais importantes fases na construção de um instrumento de avaliação, pois é a partir do consenso de especialistas inseridos na temática do estudo, que se obtém a garantia de que o documento é seguro e fidedigno com aquilo que se pretende avaliar.

Com base nos dados apresentados, pode-se afirmar que o instrumento é considerado válido segundo a importância dos itens para classificar um paciente cirúrgico de urgência

quanto a prioridade no atendimento. Sugere-se continuação do estudo, para que possa ocorrer uma avaliação quanto a sua aplicação prática sendo importante a execução de outras medidas psicométricas podendo inclusive ser utilizada na realização de outras pesquisas científicas.

Este avanço na elaboração e validação do instrumento, auxiliará na organização da unidade urgência e centro cirúrgico, proporcionando uma segurança do paciente, gestão de tempo e financeira da instituição.

### Referência

- 1- Instituto Antônio Houaiss. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2011.
- 2- Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. 2ªed. Barueri, SP: Manole, 2016.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Conceitos e definições em saúde. Brasília, 1977. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: abri.2019.
- 4- Instituto Nacional de Estatística - INE [Internet]. Portugal: Portal da estatística da saúde. Conceitos por tema. 2015 [acesso em 06 jan 2019]. Disponível: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1676>.
- 5- Ministério da Saúde (PT). Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios. [Internet] 2015 [acesso em 06 jan 2019]. Disponível: <http://www2.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+bo.htm#sthash.v9jzzyJC.dpuf>.
- 6- Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2011; 13(2) [acesso em 24 fev 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10326>.
- 7- Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas: centro de material e esterilização, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica. 7ªed. São Paulo (SP): Manole; 2017.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2013 dez. 18]. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servicos\\_2009.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf)

9- Coutinho, A; Cecílio, L; Mota, J. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester, Revista Medicina, Minas Gerais, 2012. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/520>. Acesso em: 20 jul. 2018.

10- Costa ADS Jr. Assessment of operative times of multiple surgical specialties in a public university hospital. *Einstein (São Paulo)*. 2017;15(2):200-5.

11- Kluger Y, Ben-Ishay O, Sartelli M, Ansaloni L, Abbas AE, Agresta F, et al. World society of emergency surgery study group initiative on Timing of Acute Care Surgery classification (TACS). *World J Emerg Surg*. 2013;8(1):17.

12- Bilimoria KY ET al. Desenvolvimento e avaliação da calculadora de risco cirúrgico universal ACS NSQIP: ferramenta de auxílio à decisão e consentimento informado para pacientes e cirurgiões, *Jornal do American College of Surgeons*, Volume 217, Edição 5, novembro de 2013, Páginas 833-842.e3.

13- Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: a scoring system for surgical audit. *Br J Surg*. 1991;78(3):355-60.

14 – Goldman L, Caldera DL, Southwick FS, Nussbaum SR, Murray B, O'Malley TA et al. Fatores de risco cardíaco e complicações em cirurgia não cardíaca. *Medicine (Baltimore)* 1978; 57 : 357 - 370.

15- Sutton R, Bann S, Brooks H, Sarin S. A escala de risco cirúrgico como uma ferramenta aprimorada para análise ajustada ao risco em auditoria cirúrgica comparativa. *Br J Surg* 2002 ; 89 : 763 - 768.

16-Prytherch DR, Briggs JS, Weaver PC, Schmidt P, Smith GB. Medir o desempenho clínico usando dados clínicos coletados rotineiramente. *Med. Inform. Internet Med*. 2005 ; 30 : 151 - 156.

17- Villas Bôas MLC, Shimizu HE, Sanches MN. Creation of complexity assessment tool for patients receiving home care. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2016;50(3):433-439. acessado em fev 2018.

18- Nascimento RAM, Assunção MSC, Silva Junior JM, Amendola CP, Carvalho TM, Lima EQ, et al. Nurses' knowledge to identify early acute kidney injury. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2016;50(3):399-404. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400004>.

19- Revorêdo LDS, Maia RS, Torres GDV, Chaves Maia EM. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq. Ciênc. Saúde* 2015; 22:16-21.

20- Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3):925-936, 2015.

- 21- Sousa APP, Santos Celia, Santos MR. Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde março, 2015: p.123.
- 22- CASTRO; REZENDE, 2009 CASTRO, A.; REZENDE, M. The Delphi Technique and its use in brazilian nursing research : bibliographical review. **Rev. Min. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 429–434, 2009.
- 23- Lima MB, Rebouças CBA, Castro RCMB, Cipriano MAB, Cardoso MVLML, Almeida PC. Construction and validation of educational video for the guidance of parentes of children regarding clean intermitente catheterization. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2017;51:e03273. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016005603273>.
- 24- Rossi MB, Baptista RCN, Ohla RIB, Domingus TAM, Barros ALBL, Lopes JL. Development and validation of educational videos addressing indwelling catheterization. *J Nurs Educ Pract*. 2019;9(3):109-17. doi: 10.5430/jnep.v9n3p109.
- 25 - Diamond IR, Grant R, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clín. Epidemiol*. 2014;67(4):401-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.002.
- 26- Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3):925-936, 2015.
- 27- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre, RS: Artmed, 2016.. p. 199–13.
- 28- OKOLI; PAWLOWSKI, OKOLI, C.; PAWLOWSKI, S. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, v. 42, p. 15–29, 2004.
- 29- Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2008.
- 30- Keszei A, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res* 2010; 68(4);319- 323.
- 31- SILVA J, S.D.; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de *Likert* e *Phrase Completion*. *PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing*, Opinião e Mídia, São Paulo, Brasil, v. 15, p. 1-16, out. 2014
- 32- Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em pesquisas de enfermagem. *Rev RENE*. [Internet]. 2012 [Acesso 25 ago 2014];13(1):242-51. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31->.
- 33- Lopes JL, Martins LAN, Andrade AL, Barros ALBL. Semantic differential scale for assessing perceptions of hospitalized patients about bathing. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2011

[Acesso 24 ago 2014];24(6):815- 20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000600015>).

34 - García VM, Suárez MM. [Delphi method for the expert consultation in the scientific research]. *Rev Cub Salud Pública*. 2013; 39(2):253-67. Spanish.

35 - PEREIRA, R. D. D. M.; ALVIM, N. A. T. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 174–180, 2015.

36- Vieira MA, Ohara CVS, De Domenico EBL. Construção e validação de instrumento para a avaliação de egressos da graduação em enfermagem1 *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:e2710.

37- Takara NC, Ferreira NC, Murakami BM, Lopes CT. Elaboração e validação de manual informativo sobre tromboembolismo venoso para leigos. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 09] ; 18: eAO5425. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082020000100265&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100265&lng=en). Epub Sep 14, 2020. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020ao5425](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao5425).

38- Pedrosa KKA, Oliveira SA, Machado RC. Validação de protocolo assistencial ao paciente séptico na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 May [cited 2020 Nov 09] ; 71( 3 ): 1106-1114. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301106&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301106&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0312>.

39- Scheffer MC. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015.

40- Avila, RC. Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2014, 38(1), 142-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000100019>.

41- Soares FJP, Leite JÁ, Melo MC, Lima OS, Silva TS. Tendência histórica de feminização em curso médico Brasileiro. *CIAIQ, Investigação Qualitativa em Saúde*, 2019 Volume 2, <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2021/1957>.

42- Avila, RC. Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2014, 38(1), 142-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000100019>.

43 - Revoredo, LSilva. Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. *Acta paul. enferm.* [online]. 2016, vol.29, n.2, pp.205-217. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600029>.

- 44- Nyholm L, Salmela S, Nyström L. Application in the world of understanding: researchers' experiences of participation in reflective dialogues. [Internet]. 2018 [acessado em 8 nov. 2020];5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/2333393618815006>.
- 45- Martins, PR; Fonseca, LF; Rossetto, EG. Elaboração e validação de Escala de Desconforto da Sede Perioperatória. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 51, e03240, 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Nov. 2020. Epub July 20, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016029003240>.
- 46 - Azevedo, NH; Scarpa, DL. Decisões envolvidas na elaboração e validação de um questionário contextualizado sobre concepções de natureza da ciência. Investigações em Ensino de Ciências – V22 (2), pp. 57-82, 2017. <http://dx.doi.org/10.22600/1518-8795.ienci2017v22n2p57>.
- 47- Lopes JL, Baptista RCN, Domingues TAM, Ohl RIB, Barros ALBL. Elaboração e validação de um vídeo sobre banho no leito. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 07]; 28: e3329. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100382&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100382&lng=en). Epub Aug 12, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3655.3329>.
- 48- Cesconetto, D. Validação de Conteúdo do Instrumento de Avaliação do Grau de Dependência dos Usuários. Dissertação (Mestrado profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 150 p.
- 49- Franco LMC. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a procedimentos ortopédicos com implante, em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais / Lúcia Maciel de Castro Franco. -- Belo Horizonte, 2013. 147 f. Il.
- 50- A. Stahlschmidt. Preditores de mortalidade intra-hospitalar em cirurgias não eletivas. Ver. Bras Anesthesiol. 2018;68(5):492-498.
- 51- Simon HB. Hyperthermia, fever, and fever of undetermined origin. ACP Medicine.
- 52- Ana Teresa Bernardo<sup>1</sup>, Teresa Eloi<sup>2</sup>, Luís Amaral<sup>2</sup>, Rui Quintanilha<sup>2</sup>, António Silva Melo<sup>3</sup>. Avaliação da performance cirúrgica pelo P-POSSUM em doentes com cancro gástrico – revisão de 5 anos. Revista Portuguesa de Cirurgia (2016) (36):9-18), 2006;1-13.
- 53-Gomes P, Recchioni C, Vieira WL, Canoas RS, Daruje R, Ramacciato J. Cervical necrotizing fasciitis in adolescents: Case report .Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 8, p.60473-60481 aug. 2020.
- 54- Martins, H. S.; Brandão NRA.; Velasco, I. T. Medicina de emergência: abordagem prática. [S.l: s.n.], 2016.
- 55- Association of Perioperative Registered Nurses. (2015). Guideline for prevention of unplanned hypothermia. In: Guidelines for perioperative practice, 2015 Edition. Denver (USA): Association of perioperative Registered Nurses (AORN).

- 56- Giuliano KK, Hendricks J. Inadvertent perioperative hypothermia: current nursing knowledge. *AORN J.* 2017;105(5):453-63. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.03.003>.
- 57- Silva JM, Malbouisson LMS, Nuevo HL, Barbosa LGT, Marubayashi L, Teixeira IC, et al. Applicability of the Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3) in Brazilian Hospitals. *Rev Bras Anesthesiol [Internet].* 2010 Jan/Feb; [cited 2017 Nov 23]; 60(1):20-31.
- 58- Knaus WA, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 1985 Oct;13(10):818-29. PubMed ID: 3928249.
- 59- Beauchamp RD.; Sabiston DC.; Townsend MC. *Tratado de Cirurgia - A Base da Prática Cirúrgica Moderna.* 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- 60 - López CF, Pérez RBGR, Tapia IEX, et al. Choque hipovolémico. *An Med Asoc Med Hosp ABC.* 2018;63(1):48-54.
- 61- Cruz MC, Reis L. Betabloqueadores no choque séptico: já chegamos lá? *Rev Bras Ter Intensiva.* 2017;29(1):1-3.
- 62- Bernardo AT, Eloi T, Amaral L, Quintanilha R, Melo AS. Avaliação da performance cirúrgica pelo P-POSSUM em doentes com cancro gástrico – revisão de 5 anos. *Revista Portuguesa de Cirurgia (2016) (36):9-18.*
- 63- Pedro ADT, Felipe APM, Francisca CVV, Joelly HS, Maria ASH, Sarah CCS. Avaliação de índices prognósticos preditivos de mortalidade dos pacientes admitidos em terapia intensiva. *Faculdades Integradas de Patos Curso de Medicina v. 3, n. 1, jan./mar 2018, p.935-945 ISSN: 2448-1394.*
- 64- Cruz MC, Reis L. Betabloqueadores no choque séptico: já chegamos lá? *Rev Bras Ter Intensiva.* 2017;29(1):1-3.
- 65- Carreiro PRL. Hipotensão permissiva no trauma. *Rev Med Minas Gerais* 2014; 24(4): 515-519.
- 66- Gutierrez, E. D., Rocha, L. P., Tomaschewski-Barlem, J. G., Barlem, E. L. D., Dalmolin, G. de L., & Passos, C. M. (2020). Cardiac surgery and the risk of mortality from EUROSCORE II. *Research, Society and Development, 9(4), e69942869.* <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2869>.
- 67- GUYTON, A.C. e Hall J.E.– *Tratado de Fisiologia Médica.* Editora Elsevier. 13ª ed., 2017.
- 68- Oliveira PJ, Carneiro I, Sousa J, Sampaio S., Mansilha A. Scores de mortalidade pré-operatória nos aneurismas em rotura: revisão bibliográfica. *Angiol Cir Vasc [Internet].* 2017 Dez [citado 2020 Nov 10]; 13( 4 ): 51-56. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-706X2017000400011&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2017000400011&lng=pt).
- 69- Beattie WS, Karkouti K, Wijeyesundera DN, Tait G. Risk associated with preoperative anemia in noncardiac surgery: a single-center cohort study. *Anesthesiology.* 2009;110(3):574-81. DOI: 10.1097/ALN.0b013e31819878d3.

70- American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Practice guidelines for perioperative blood management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management\*. *Anesthesiology*. 2015;122(2):241-75.

71- Albino G. RESGATE E TRIAGEM. [https://www.researchgate.net/profile/Albino\\_Gomes/publication/341495719\\_RESGATE\\_E\\_TRIAGEM/links/5ec45757a6fdcc90d685d450/RESGATE-E-TRIAGEM.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Albino_Gomes/publication/341495719_RESGATE_E_TRIAGEM/links/5ec45757a6fdcc90d685d450/RESGATE-E-TRIAGEM.pdf).

72- ILAS - Instituto Latino-Americano de Sepse. Sepse: Um problema de saúde pública. Brasília: CFM, 2016.

73- Micheletti J, Soares JM, Hass K, Schiessel DL, Mazur E. Pancreatite aguda e terapia nutricional: caso clínico e ação extensionista. *Anais do 9º Salão de Extensão e Cultura 22 a 24 de novembro de 2016, UNICENTRO, ISSN - 2238-4464*.

74- Goulart RN, Silvério GS, Moreira MB, Franzon O. Achados principais de exames laboratoriais no diagnóstico de apendicite aguda: uma avaliação prospectiva. *ABCD, arq. bras. cir. dig. [Internet]*. 2012 June [cited 2020 Nov 10]; 25( 2 ): 88-90. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202012000200005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000200005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202012000200005>.

75- Tekkis PP, Kessar N, Kocher HM, Poloniecki JD, Lyttle J, Windsor AC. Evaluation of POSSUM and P-POSSUM scoring systems in patients undergoing colorectal surgery. *Br J Surg* 2003;90:340-5).

76- Ewert R, Gläser S. Dyspnea. From the concept up to diagnostics. *Internist*. 2015;56(8):865-71. doi:10.1007/s00108-015-3690-3.

77- Kliegman RM, Stanton BF, Geme J St, Schor NF, Berhman RE. *Nelson Tratado de Pediatria*. 19 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. Chapter 52: Deficiência de vitamina E.

78- Prado PR, Bettencourt ARC, Lopes JL. Características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem padrão respiratório ineficaz. *Rev. Bras. Enferm. [Internet]*. 2019 Fev [citado 2020 Nov 10]; 72( 1 ): 221-230. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000100221&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100221&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0061>.

79- Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, Marques AC, CalderAro D, Luciana S et al. 3 diretriz de avaliação cardiovascular perioperatória da sociedade brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2017. 109 (3sup.1):1-104).

80- Bettencourt ARC, Maurino IC, Prado PR, Zeitoun SS, Martins I, Leite AL. Exame do tórax: sistema respiratório. In: Barros AL (Org.) *Anamnese e exame físico: diagnóstico e avaliação no adulto*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed. 2016 p. 205-35.

81- Gabrielle SF, Marina GLP, Wesley QM. íleo adinâmico após ressecao endoscópica de carcinoma urotelial de tumor de bexiga: um relato de caso. *REAS/EJCH*. Vol. 12(10)/e4671. DOI <http://doi.org/10.25248/reas.e4671.2020>).



82- Shinosaki JSM, Baiense RF. Manual de Neurologia. Manual do Residente da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. São Paulo: Roca, 2009.

83- Junior JVM. Abdome agudo na sala de emergência: contextualização clínica e abordagem inicial. Monografia submetida ao Hospital Geral de Fortaleza como parte dos requisitos para a conclusão de Residência Médica em Cirurgia Geral, p16. Fortaleza 2018.

84- Edlow JA, Rabinstein A, Traub SJ, Wijdicks EFM. Diagnosis of reversible causes of coma. Lancet 2014;384(9959):2064–207.