



UNICAMP

ARIANE POLIDORO DINI

**VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE
CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS**

**Campinas
2013**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ARIANE POLIDORO DINI

**VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS**

Orientadora: Profa. Dra. Edinéis de Brito Guirardello

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA ARIANE
POLIDORO DINI E ORIENTADA PELA PROFA.
DRA. EDINÉIS DE BRITO GUIARDELLO.**

Assinatura do Orientador(a)

**Campinas
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

D615v Dini, Ariane Polidoro, 1981-
Validação do instrumento de classificação de
pacientes pediátricos / Ariane Polidoro Dini. --
Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Edinêis de Brito Guirardello.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação em enfermagem. 2. Enfermagem
pediátrica. 3. Estudos de validação. 4. Carga de
trabalho. I. Guirardello, Edinêis de Brito, 1960-. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Validation of an instrument for classification of pediatric patient.

Palavras-chave em inglês:

Nursing assessment

Pediatric nursing

Validation studies

Workload

Área de concentração: Enfermagem

Titulação: Doutora em Enfermagem

Banca examinadora:

Edinêis de Brito Guirardello [Orientador]

Regina Aparecida Garcia de Lima

Maria de La Ó Ramallo Veríssimo

Márcia Galan Perroca

Dirceu da Silva

Data da defesa: 17-01-2013

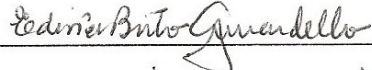
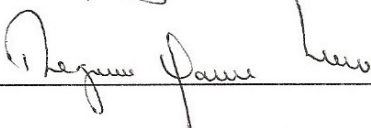
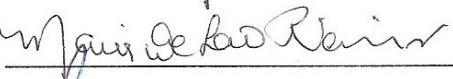

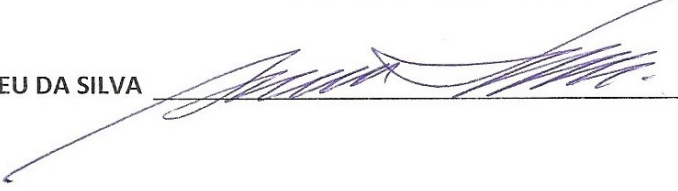
Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

ARIANE POLIDORO DINI

Orientador (a) PROF(A). DR(A). EDINÊIS DE BRITO GUIARDELLO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). EDINÊIS DE BRITO GUIARDELLO 
 2. PROF(A). DR(A). REGINA APARECIDA GARCIA DE LIMA 
 3. PROF(A). DR(A). MARIA DE LA Ó RAMALLO VERÍSSIMO 
 4. PROF(A).DR(A). MÁRCIA GALAN PERROCA 
 5. PROF(A).DR(A). DIRCEU DA SILVA 
-

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 17 de janeiro de 2013

DEDICATÓRIA

A Deus, Fonte de Vida, que caminha pelos séculos inspirando suas próprias obras como referência de sabedoria desde a introdução às considerações finais da verdadeira arte que é o sentido da existência.

AGRADECIMENTOS

À querida Profa Dra. Edinêis de Brito Guirardello que demonstrou ser uma excelente mãe acadêmica por compreender todas as fases de desenvolvimento, desde a concepção, primeira infância, adolescência e juventude da pesquisadora com todos os cuidados para o desenvolvimento, superação de dificuldades, tendo sido uma referência enquanto pessoa, mãe, esposa, professora e pesquisadora...

Ao querido Professor Doutor Dirceu da Silva pelos ensinamentos de cidadania e cultura ao demonstrar que o melhor professor é aquele que inspira o aluno aprender enquanto recreia ensinando a torturar números frios e calculistas e transformá-los em ideais.

À querida Professora Dra Izilda Esmênia Muglia Araújo, por seu entusiasmo contagiante e palavras firmes nas horas necessárias.

Às queridas Professoras Dras Neusa Maria Costa Alexandre e Márcia Galan Perroca pelas contribuições no exame de qualificação.

Às queridas Professoras Dras Maria del Ó Ramallo Veríssimo, Regina Aparecida Garcia Lima e Márcia Galan Perroca pelas valiosas sugestões no exame preliminar da Pré-Banca.

A todos os professores da nova Faculdade de Enfermagem da UNICAMP pelos ensinamentos e determinação em construir uma Enfermagem de excelência.

Às queridas enfermeiras Profa. Dra. Luciana Lione de Melo, Dra. Tânia Maria Coelho Leite, Maria Isabel Melo de Paolis e Paula Cristine Figueiredo pelas sugestões e críticas ao conteúdo do instrumento.

À querida enfermeira doutoranda Daniela Fernanda Alves dos Santos, por ter me ajudado na coleta de dados e por seus exemplos de excelência no cuidado do paciente pediátrico.

À Enfermeira Mestre Marcia Pannunto pelos exemplos altruístas e por me salvar no início da análise dos dados.

À minha inspiradora diretora Flora Marta Giglio Bueno, também enfermeira, doutoranda, mãe, filha, esposa, pelos exemplos e ensinamentos de integridade, doçura e firmeza.

Às minhas queridas amigas Maria Isabel Melo de Paolis e Lídia Beraldo que exerceram grande influência no meu desenvolvimento profissional como enfermeira e gerente indicando sempre a necessidade de ampliar o foco da minha visão fundamental para qualquer pesquisa.

Às minhas queridas supervisoras Sandra Cristina Marangoni, Agnes Aquemi Sato Lima e Cláudia Regina Comparini Ferraz que de forma complementar demonstram excelência de propósitos e envolvimento na gestão do Serviço de Enfermagem Pediátrica.

À minha querida secretária e babá da Gabi, a Sra. Eva da Conceição Nunes da Silva, que tantas vezes nos amparou.

Às minhas queridas amigas Juliana Correa Porto, Eliete Boaventura Bargas, Angélica Olivetto de Almeida pela autêntica amizade e companheirismo persistente e coerente no decorrer das alegrias e dificuldades vividas.

À minha querida analista Graziela Gabrielli da Cruz por me amparar durante essa travessia.

Aos queridos amigos da Capelania Padre Norberto e secretária Célia pelas orações.

À minha querida avó Estela que contribuiu em meu doutorado ao me ensinar que a superação de cada fase do ciclo da vida exige foco e Fé e que os desafios trazem sabor à vida.

Aos meus avós Hilário e Luzia, pelas Orações para que eu tivesse Força para superar o doutorado junto às demais demandas da vida.

À minha querida prima Nádia exemplo de determinação e zelo, por sua onipresença e multifuncionalidade ao ajudar cuidar da Gabi durante a coleta de dados e por revisar inúmeras vezes as modificações dos meus textos e artigos.

Ao meu pai Carlos pelos exemplos de dignidade e temperança às dificuldades da vida.

À minha mãe Fátima por sua doçura e carinho comigo e por se demonstrar revigorada nos intensos cuidados com a Gabi, na fase que mais precisei.

À minha irmãzinha Cintia pelos laços de ternura, carinho, amor e lealdade que nos unem.

Ao meu Lindo Daniel que trouxe encanto para minha vida e, com solidariedade superou a difícil fase final do doutorado, minha gratidão e meu desejo que juntos possamos escrever a tese da nossa existência.

À minha pequenininha Gabriela por me ensinar dia a dia a ampliar as dimensões do cuidar e do amar que envolvem suportar lágrimas, dores e febres e se revigorar com um lindo sorriso.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

A classificação de pacientes é um método para estimar as demandas de cuidados dos pacientes e promover comunicação efetiva dos enfermeiros para que possam planejar o padrão de cuidado, equalizar o escalonamento da equipe de enfermagem, argumentar e advogar pelos pacientes na gestão de enfermagem. Estudo misto com referencial quantitativo cujo objetivo geral foi validar o instrumento para a classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini e os objetivos específicos foram: validar o conteúdo e o construto do instrumento; verificar a associação entre a idade e a classificação de pacientes em categorias de cuidado; e verificar a confiabilidade do instrumento quanto a sua homogeneidade e consistência interna. O estudo foi realizado em três fases: Na primeira fase a validação do conteúdo do instrumento ocorreu concomitantemente à coleta de dados para verificar a validade de construto e confiabilidade do ICPP. A segunda fase contemplou uma nova coleta de dados para monitorar as propriedades de validade de construto e confiabilidade do instrumento após o refinamento de seu conteúdo. Na terceira fase foram coletados e analisados os dados quanto à validade e à confiabilidade do instrumento revisado após o término de sua validação de conteúdo. A coleta de dados ocorreu em hospital universitário no interior do Estado de São Paulo. Os dados foram analisados com auxílio do SPSS®. A confiabilidade foi avaliada quanto à homogeneidade com a aferição do coeficiente Alfa de Cronbach e quanto à consistência interna, por meio da correlação item-total e item-item. A validação do conteúdo foi realizada por experts e avaliada pelo índice de validade de conteúdo. A Análise Fatorial Exploratória foi utilizada para avaliar validade de construto. Na primeira fase, foram classificados 227 pacientes pediátricos. A homogeneidade do instrumento foi evidenciada ($\alpha=0,76$) e a avaliação do construto identificou três domínios no instrumento original: Família, Paciente e Procedimentos Terapêuticos; no entanto os valores de comunalidades e carga fatorial indicaram que alguns indicadores apresentavam problemas de clareza, tendo sido conduzido um refinamento em seu conteúdo. Na segunda fase foram classificados 166 pacientes e o instrumento refinado apresentou confiabilidade ($\alpha=0,775$). A análise fatorial identificou

apenas dois construtos não suficientemente fundamentados pelo modelo de assistência centrado na família, tendo sido realizada uma nova análise fatorial exploratória com a mesma amostra, com exclusão dos pacientes intensivos. Foram identificados novamente os três domínios que possibilitam a avaliação da assistência centrada na família e os achados permitiram a revisão do conteúdo anteriormente refinado. Na terceira fase o instrumento revisado apresentou confiabilidade ($\alpha = 0,77$). O processo de validação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos permitiu desenvolver a possibilidade de avaliação dos pacientes pediátricos sob a abordagem do cuidado centrado na família e incorporar com maior clareza algumas necessidades essenciais da infância como brincadeiras, interação e afeto. Recomenda-se a utilização do instrumento validado nesse estudo para avaliação das necessidades do paciente pediátrico enquanto indivíduo de um sistema familiar. Considerando que o processo de validação não é estanque, novos estudos são recomendados para monitorar a validade e a confiabilidade do instrumento em outras realidades.

Linha de pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem

Palavras-chave: Avaliação em Enfermagem, Enfermagem Pediátrica, Estudos de Validação, Carga de Trabalho.

ABSTRACT

Patient classification is a method for estimating the demands of patient care and to promote effective communication of nurses in order to plan the standard of care, equalize the staffing and scheduling and to advocate for patients. Multi methods study that aimed to validate Dini's Pediatric Patient Classification Instrument. The specific objectives were to evaluate the content and the construct validity; and to evaluate the instrument's reliability. The study was conducted in three stages. Data collection occurred at a university hospital in the state of São Paulo. Data were analysed by the SPSS®. The reliability was assessed by Cronbach's Alpha coefficient, correlation with item-total-item and item-item. The content validation was done through questionnaires sent to registered nurses, nurse teachers and nurse researches and evaluated by content validity index. Construct validity was assessed using exploratory factor analysis. In the first phase, 227 pediatric patients were classified. Data showed that the instrument is reliable ($\alpha = 0.763$). It was identified three constructs: Pediatric patient, Therapeutic procedures, and Familiar participation. However the factor loadings and the communalities suggested that some indicators had structural problems. In the second stage the content validation consented to the findings of the factor analysis and the content of the instrument was improved. In the third and last stage 166 patients were classified. Data showed that the instrument is still reliable ($\alpha = 0.775$). Factor analysis only identified two constructs that couldn't explain the theoretical model of Family-centered-care. It was done a third factor analysis on the same sample excluding intensive care patients that identified three constructs again and the findings allowed the content revision. In the third stage, only 61 patients were classified. The instrument showed reliability ($\alpha = 0.77$). The validation process of the Pediatric Patient Classification Instrument allowed its development in order to incorporate some children's essential needs into its content, like childhood play, interaction and affection. It is recommended the use of the instrument validated in this study to assess the needs of the pediatric patient in its familiar context. Considering that the validation process is continuous, further studies are recommended to monitor the validity and the reliability in daily practice.

Descriptors: Health evaluation, Pediatric Nursing, Validation Studies, Workload.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Concordância com o conteúdo dos indicadores do instrumento refinado e índice de validade de conteúdo . Campinas, 2012.	85
Tabela 2: Caracterização da amostra (n=227). Campinas, 2012.	90
Tabela 3: Classificação de pacientes em categorias de cuidado pelo instrumento original (n=227). Campinas, 2012	91
Tabela 4: Caracterização da amostra (n=166). Campinas, 2012.	93
Tabela 5: Classificação de pacientes em categorias de cuidado (n=166). Campinas, 2012	94
Tabela 6: Caracterização da amostra (n=61). Campinas, 2012	95
Tabela 7: Classificação de pacientes em categorias de cuidado (n=61). Campinas, 2012.	96
Tabela 8: Avaliação da adequação da análise fatorial do instrumento original (n=227). Campinas, 2012.	99
Tabela 9: Análise do construto do instrumento original (n=227). Campinas, 2012	100
Tabela 10: Avaliação da adequação da análise fatorial do instrumento refinado (n=166). Campinas, 2012.	101
Tabela11: Análise do construto do instrumento refinado(n=166). Campinas, 2012	102
Tabela 12: Avaliação da adequação da análise fatorial do instrumento refinado (n=130). Campinas, 2012.	103
Tabela 13: Análise do construto do instrumento refinado (n=130). Campinas, 2012.	104
Tabela 14: Avaliação da adequação da análise fatorial do instrumento	105
Tabela 15: Análise do construto do instrumento revisado (n=61). Campinas, 2012.	106
Tabela 16: Avaliação da homogeneidade do instrumento original (n=227). Campinas, 2012.	107

Tabela 17: Correlação item-item e item-total do instrumento original (n=227). Campinas, 2012.	108
Tabela 18: Avaliação da homogeneidade do instrumento refinado (n=166). Campinas, 2012.	109
Tabela 19: Correlação item-item e item-total do instrumento refinado (n=166). Campinas, 2012.	110
Tabela 20: Avaliação da homogeneidade do instrumento revisado (n=61). Campinas, 2012.	111
Tabela 21: Correlação item-item e item-total do instrumento revisado (n=61). Campinas, 2012.	112

Quadro 1 Aspectos críticos no instrumento original. Campinas, 2012.	82
Quadro 2: Conteúdo refinado do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos. Campinas, 2012.	83
Quadro 3: Potencialidades para melhoria do instrumento refinado. Campinas, 2012.	86
Quadro 4: Instrumento de classificação de pacientes pediátricos revisado. Campinas, 2012.	87

- Gráfico 1:** Distribuição das categorias de cuidado por idade do paciente, segundo o instrumento original ICPP (n=227). Campinas, 2012. **92**
- Gráfico 2:** Distribuição das categorias de cuidado por idade do paciente, segundo o instrumento revisado (n=166). Campinas, 2012. **94**
- Gráfico 3:** Distribuição das categorias de cuidado por idade do paciente, segundo o ICPP revisado (n=61). Campinas, 2012. **97**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
ICPP	Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos
QUANT	Estudo quantitativo
QUAL	Estudo qualitativo
SEP	Serviço de Enfermagem Pediátrica
HC	Hospital de Clínicas
UTI-P	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
CVI	Índice de validade de conteúdo
AFE	Análise Fatorial Exploratória
KMO	Kayser-Meyer-Olkin
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
MSA	Medida de Adequação à Amostrra

APRESENTAÇÃO	35
1. INTRODUÇÃO.....	39
1.1 Integralidade do cuidado e gerenciamento de enfermagem	41
1.2 Sistemas de Classificação de Pacientes e justificativa para validação de instrumento de classificação de pacientes pediátricos.....	48
1.3 Assistência de enfermagem em unidades pediátricas hospitalares.....	54
1.4 Utilização de Métodos Mistos para validação de instrumentos de medida.....	59
2. OBJETIVOS.....	65
3. MÉTODOS	67
3.1. Tipo de estudo	69
3.2. Local do estudo	71
3.3. Procedimento de coleta de dados	72
3.3.1 Classificação de pacientes na Unidade de Saúde da Criança e do Adolescente.....	72
3.3.2 Validação do conteúdo	73
3.4. Tratamento estatístico.....	75
3.5 Aspectos éticos.....	78
4. RESULTADOS	79
4.1. Validação do conteúdo do ICPP.....	81
4.2. Caracterização da amostra e correlação entre a idade e a classificação de pacientes em categorias de cuidado	90
4.3. Avaliação da validade de construto do ICPP	98
4.4. Verificação da confiabilidade do ICPP	107
5. DISCUSSÃO.....	113
6. CONCLUSÃO.....	135
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
9. ANEXOS	157
Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos	159
Parecer do Comitê Ética em Pesquisa	161
10. Apêndices	163
Apêndice 1: Planilha de coleta de dados	165
Apêndice 2: Levantamento de possibilidades de melhoria do ICPP.....	167
Apêndice 3: Validação do instrumento de classificação de pacientes pediátricos	171
Apêndice 4: Validação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos: profissional lingüista	183

APRESENTAÇÃO

A necessidade de um instrumento específico para a classificação de pacientes pediátricos surgiu precocemente em minha vida profissional.

Ainda no primeiro ano de formada, em 2004, enquanto trabalhava em uma enfermagem pediátrica de uma instituição privada, um convênio, responsável por aproximadamente 80% da clientela atendida, propôs que o pagamento de insumos como luvas de procedimentos fosse padronizado de acordo com a categoria de cuidado do paciente assistido.

Tratando-se de hospital geral, as unidades de atendimento de pacientes adultos, encontraram na literatura opções de instrumentos para que a proposta do convênio fosse atendida prontamente. Em conjunto com as outras três enfermeiras do setor propusemos uma adaptação da composição de vários instrumentos de classificação de pacientes adultos para classificar os pacientes pediátricos em quatro categorias de cuidados.

Com a finalidade de construir um instrumento sob a égide da metodologia científica, em 2005, ingressei no mestrado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Em 2007 apresentei na dissertação de mestrado um Instrumento para a classificação de pacientes pediátricos⁽¹⁾.

Devido à carência de outros instrumentos para esta clientela, o instrumento proposto por Dini foi absorvido pela comunidade científica de enfermagem, tendo sido citado como referência em tese de doutorado 2007⁽²⁾, tese de livre docência em 2010⁽³⁾, dissertação de mestrado 2010⁽⁴⁾, artigo em 2010⁽⁵⁾, capítulo de livro⁽⁶⁾ e artigo em 2012⁽⁷⁾.

Diante da necessidade de estudos para a validação do ICPP, foi desenvolvido este estudo no Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Integralidade do cuidado e gerenciamento de enfermagem

O século XX pode ser contextualizado por um ritmo de mudanças sem precedente na história da humanidade em diversos aspectos da vida social e material com crescente urbanização e industrialização; desenvolvimento tecnológico e científico, expansão dos meios de comunicação de massa e informatização. Essas mudanças têm determinado alterações em todas as áreas, pessoas e empresas, independente de onde trabalham, habitam ou quais tipos de atividade exercem^(8;9).

Uma das principais mudanças ocorridas é a migração do trabalho da área das indústrias para a área de serviços, deixando o mundo de ser uma sociedade industrial para ser uma sociedade de serviços⁽⁹⁾.

Inseridas no setor de serviços, encontram-se as organizações de saúde e, uma das particularidades do setor de serviços em relação ao setor industrial é a produção. O produto é imediatamente consumido. Serviços não podem ser possuídos, porém vivenciados e, desta forma a qualidade do produto final “serviço” está diretamente relacionada a um rico conjunto de interações entre a equipe que presta e o cliente que recebe o serviço.

Os avanços na tecnologia com aumento da complexidade das intervenções médicas e cirúrgicas têm determinado um aumento da demanda de assistência de saúde com consequente aumento da necessidade e qualificação de recursos humanos o que leva os hospitais a enfrentar múltiplos desafios relacionados ao gerenciamento de acesso, qualidade e custos da assistência; além disso, a população mundial tem demonstrado insatisfação com os serviços de saúde em relação a esses quesitos⁽¹⁰⁾.

Compete à administração dos serviços de saúde promover uma adaptação a essa nova realidade, adotando estratégias para identificar e controlar frutos e recursos das inovações

tecnológicas, de forma a propiciar uma redução dos custos, na medida em que se procura racionalizar os recursos existentes sem comprometer a qualidade e a segurança da clientela⁽¹¹⁾.

O gerenciamento de recursos humanos e materiais em organizações de saúde é complexo e depende da análise de questões como custo, demanda, oferta, eficiência e qualidade pretendida, por isso, representam um importante tema de pesquisa internacional⁽¹²⁻¹³⁾.

A qualidade em saúde é determinada por três dimensões: a técnica (aplicação atualizada dos conhecimentos científicos na solução do problema de saúde), a interpessoal (interação entre o prestador de serviços e o receptor) e a estrutural (conforto e comodidades oferecidas)⁽¹⁴⁾; desta forma, para garantir a qualidade e a segurança dos pacientes é necessário que seja feita “a coisa certa, no horário certo, da forma certa, pela pessoa certa”⁽¹⁵⁾.

Atentando-se ao termo “pessoa certa”, a desconsideração das características individuais e coletivas dos trabalhadores de saúde pode determinar a falta de envolvimento com os objetivos assistenciais, diminuição da satisfação com o trabalho, da produtividade e da qualidade da assistência⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Nessa direção, as bases conceituais do campo de Promoção à Saúde sustentam a reorganização do trabalho em saúde enquanto forma de resposta social aos problemas e às necessidades da população e pode ser considerado um promissor paradigma por sua amplitude de abordagens teórico-metodológicas, conformando sua complexidade e suas principais bases conceituais com ênfase na integralidade do cuidado, na prevenção de agravos à saúde, no compromisso social com a qualidade de vida, na adoção da participação como planejamento e na avaliação dos processos⁽¹⁹⁾.

A tensão inerente ao ambiente das instituições de saúde pode ser atribuída ao desejo das pessoas de estar saudáveis e não precisar dos serviços nelas prestados. Entre as

responsabilidades dos profissionais de saúde estão a promoção de ambiente favorável para não piorar essas tensões e a atuação com foco, atenção, intenção e resposta com habilidade às interações humanas para crescer como seres humanos e como grupo⁽²⁰⁾.

As exigências do avanço tecnológico, principalmente na área de saúde, promoveram a carência das expressões humanas. Carente de afeto, de renúncia de si mesmos pelo outro, de expressão, os profissionais estão cada vez mais vazios e distantes dos pacientes⁽²¹⁾ e essa nova postura, vivenciada diariamente por diferentes profissionais de enfermagem, têm impacto com a satisfação profissional, que deixam de reconhecer o sentido do seu trabalho e vivenciam estresse e adoecimento psíquico⁽²²⁻²³⁾.

As consequências da perda de sentido do trabalho podem ser evidenciadas nas profissões de saúde e principalmente na enfermagem pelos relatos de *burnout*, absenteísmo e alta rotatividade dos profissionais^(22, 24-25).

Os atuais serviços de saúde, da forma como estão estruturados, não atendem às necessidades da clientela, podendo resultar insatisfação também ao trabalhador. É necessário que novas formas de gestão sejam implantadas, objetivando não apenas resultados mensuráveis que busquem a qualidade e a segurança do paciente, mas também motivem o trabalhador a desenvolver seu trabalho com perfeição e autonomia. Assim, cuidar gerenciando, ou gerenciar cuidando, deve ser o foco do enfermeiro⁽²⁶⁾.

A analogia do hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares, estimula a reflexão sobre diferentes formas de trabalhar a integralidade da assistência em saúde⁽²⁷⁾.

A integralidade do cuidado no hospital implica no consumo de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, como equipamentos; leve-duras, como técnicas; e

leves, como interações humanas entre os sujeitos cuidadores e sujeitos cuidados. Tecnologia e Humanização combinadas devem ser o ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar⁽²⁷⁾.

O sucesso da coordenação na lógica do cuidado relaciona-se ao papel quase “silencioso” do gerenciamento de enfermagem no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado, articular e encaminhar todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisionar as condições de hotelaria, dialogar com a família, conduzir a circulação do paciente entre as áreas, entre outras atividades que resultam, afinal, no cuidado⁽²⁷⁾.

Recursos físicos, materiais, tecnológicos e financeiros, embora essenciais para a concretização da assistência com qualidade, estão subordinados ao conhecimento que os profissionais de enfermagem têm e das reais necessidades dos usuários, bem como do conhecimento necessário e das condições materiais suficientes para uso adequado e otimizado desses recursos⁽²⁸⁾.

Durante a formação, os enfermeiros estudam conteúdos teóricos e práticos de administração, que muitas vezes seguem uma hegemonia dominante pautada em modelo tradicional com enfoque em produção e controle⁽²⁶⁾.

A formação tradicional é desafiada diariamente pelas novas demandas do milênio que, para a sustentabilidade, exigem grande envolvimento dos enfermeiros em questões administrativas, financeiras e econômicas⁽²⁹⁾, domínio de modernas ferramentas de gestão e desenvolvimento de competências gerenciais como liderança, flexibilidade, proatividade entre outras⁽²⁶⁾.

Demandas institucionais, situacionais ou características pessoais propiciam a prática de diferentes estilos de liderança transformacional que promovem compromisso e motivação da equipe. Por isso, é importante que os gerentes de enfermagem se desenvolvam e se coloquem disponíveis para dar e receber feedbacks exercendo liderança em situações difíceis, seja com estilo visionário, por coaching, por paternalismo ou por democracia⁽³⁰⁾.

O gerente de enfermagem, enquanto ser humano sensível com capacidade de superar seus limites em prol de outrem, deve utilizar o conhecimento da ciência e da prática de Enfermagem e a adoção de postura de aprendiz, confidente, educador como ferramentas para exercer liderança, de forma que ocorra um diálogo que possa tecer o presente, sintetizar o passado, planejar e preparar para um futuro com compromisso ético^(20;30).

O cuidado em saúde tem enfrentado crescentes desafios que exigem rápidas decisões, por isso é importante que as organizações se preparem com planejamentos de longo prazo que considerem as necessidades dos usuários do sistema de saúde e os recursos necessários⁽³⁰⁾.

A visão holística pode ser considerada uma das estratégias emergentes de gestão na medida em que possibilita materializar mudanças de paradigmas consagrados, hierarquizados ou desintegrados para uma proposta de promoção à saúde, prevenção de doenças, alívio do sofrimento e favorecimento de morte digna⁽³¹⁾.

A gestão holística tem como pressuposto que o inteiro não é apenas a soma das partes, mas considera também as questões sociais, ambientais, econômicas, o curto e o médio prazo. O objetivo da gestão holística é a qualidade de vida e tem sido praticada em diferentes setores da economia, como agricultura, produção e serviços para promover a saúde dos indivíduos e do ambiente⁽³²⁾.

As decisões gerenciais, neste modelo holístico, respeitam os recursos utilizados e o meio ambiente, sendo pautadas na organização, na liderança, no marketing quando este se refere à medida de pré-requisitos dos clientes, no tempo empreendido, nos suprimentos, na produção, nos riscos e na gestão dos resultados. Os procedimentos de gestão são cíclicos e envolvem o planejamento, a ação, o controle e o estudo para reiniciar o planejamento⁽³²⁾.

A enfermagem holística por sua vez considera o cuidado como uma ciência sagrada que deve promover a saúde, a cura e a humanização, agregando no processo de cuidado diferentes padrões de conhecimento, a beleza, a arte, a mestria e a ética das profundas dimensões humanas como ciclos de experiências. Nessa perspectiva, a evolução do trabalho em enfermagem deve refletir a evolução da profissão, com forte apelo não apenas às questões intelectuais, mas também aos valores ligados ao compromisso, à compaixão, ao amor e ao cuidado⁽³³⁾. Nesse contexto holístico uma gestão eficiente em enfermagem deve considerar todos os aspectos citados.

Para promover a eficiência da gestão é proposto que a integralidade do cuidado deva estar pautada na articulação entre a lógica das profissões, com coordenação entre diferentes categorias de profissionais enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e afins com mecanismos facilitadores, como uma excelente comunicação que articule os grupos profissionais⁽²⁶⁾.

A avalanche de informações que chega ao gestor no seu cotidiano deve ser filtrada e decodificada em resoluções práticas, de forma que o ajude a superar também seus próprios estresses na tomada de decisões⁽²⁰⁾.

Toda informação possível é útil à administração, mas nem sempre têm prioridade para ser transmitidas e analisadas, por isso é importante que a enfermagem consiga analisar quais

dados são realmente relevantes e decida por aqueles que serão transformados em informação no processo de comunicação⁽²⁹⁾.

Dessa forma é importante iniciar o processo de comunicação com implementação de relatórios simples, com números mais fáceis de serem obtidos e com treinamento adequado para a padronização da coleta, que demonstre a importância de cada dado e habilite os profissionais de enfermagem a utilizar adequadamente as informações que têm disponíveis, preparando-os para utilizá-las e transmiti-las⁽²⁹⁾.

As enfermeiras precisam se comunicar da mesma forma que os pacientes precisam dos seus cuidados, com isso a classificação de pacientes é uma ferramenta gerencial para que dados cotidianos sejam transformados em um método de comunicação efetivo⁽²⁴⁾.

Nos últimos anos, a introdução do modelo da prática sustentada em evidências têm conduzido à utilização de ferramentas de gestão com a construção, validação ou adaptação de instrumentos de medida⁽³⁴⁾. Nessa direção, a utilização de instrumentos para a classificação de pacientes por necessidades de cuidados pode ser uma ferramenta de gestão auxiliar na priorização de informações importantes referentes à demanda de cuidados.

1.2 Sistemas de Classificação de Pacientes e justificativa para validação de instrumento de classificação de pacientes pediátricos

A utilização de Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP) foi introduzida no século 20 para caracterizar as unidades de internação, pois foi verificado que apenas o conhecimento do número de leitos, o percentual de ocupação e a classificação de pacientes por diagnóstico médico, idade e sexo não distinguem as necessidades de cuidados⁽³⁵⁻³⁶⁾.

O propósito fundamental da classificação de pacientes é gerar informações sobre os pacientes para administração do cuidado de forma a refletir serviço oferecido para o paciente e sua família⁽³⁴⁾.

O SCP é um método para agrupar os dados advindos da classificação de cada paciente e assim estimar, quantificar e avaliar a demanda de cuidados de enfermagem por grupos de pacientes, categorizando-os de acordo com a necessidade de cuidados por eles requeridos, em um período de tempo específico⁽³⁵⁾.

A demanda de assistência para cada paciente é influenciada pela severidade da doença, complexidade de cuidados requeridos, dependência do paciente para a realização de atividades de vida diária e pelo tempo despendido em atividades de cuidado direto e indireto⁽³⁷⁾ e, o número de horas por dia de enfermagem deve contemplar as atividades de cuidados diretos, de cuidados indiretos, de atividades associadas ao gerenciamento ou organização da unidade e atividades pessoais dos profissionais⁽³⁸⁾.

A complexidade da definição de SCP pode ser ampliada ao se considerar na assistência de enfermagem a energia ou recursos empreendidos. Com isso a definição de SCP pode ser complementada por: métodos e processos para determinar, validar e monitorar as demandas de cuidados individuais por paciente com os objetivos de determinar dimensionamento de pessoal,

procedimentos por pacientes, *case-mix* ou agrupamento de pacientes com características semelhantes, planejamento e justificativa de orçamentos, custo do serviço de enfermagem por paciente, faturamento variável por paciente e manutenção dos padrões de qualidade pelo pagamento compensatório para os serviços prestados pelo departamento de enfermagem⁽³⁹⁾.

Os dados obtidos da aplicação de SCP fundamentam o dimensionamento de recursos humanos em enfermagem e previsão de recursos materiais e financeiros. Também têm a potencialidade de fundamentar o planejamento de custos, orçamentos, promoção de um padrão de qualidade e segurança assistencial, treinamento e escalonamento de pessoal de enfermagem por afinidade e competência específica para cuidar de cada grupo de cuidado, com resultados de decréscimo da média de permanência e do coeficiente de mortalidade dos pacientes^(24, 35-36, 39-41).

A qualificação da enfermagem e um aumento do número de horas de enfermagem por paciente/dia foi associada a importantes melhorias nos resultados da assistência de enfermagem, como diminuição de úlceras por pressão, pneumonia, trombose venosa profunda, úlcera, gastrite e sangramento do trato gastrointestinal alto, sepsis, choque cardiogênico, infartos, mortalidade em hospitais terciários⁽⁴²⁾.

A classificação de pacientes, associada ao indicador do percentual de ocupação da unidade permite evitar carga de trabalho desequilibrada entre os dias da semana e entre os plantões, por permitir caracterizar com mais acurácia a demanda de cuidados da unidade e assim, possibilitar planejamentos de escalas diárias mais fundamentadas^(24, 35).

A racionalização de recursos humanos em enfermagem é um desafio, pois uma equipe de enfermagem maior que a demanda do serviço implica em alto custo, enquanto uma equipe reduzida com maior relação do número de pacientes por profissional de enfermagem está

relacionada ao aumento de iatrogenias, maior tempo de internação e maior custo no tratamento dos pacientes^(17, 18, 43-45).

Gerentes de enfermagem na Suécia apontam que o uso de SCP possibilita a estimativa da carga de enfermagem, a identificação de alterações nas necessidades de cuidado de pacientes, a melhoria da competência e envolvimento da equipe, além de ser um modo simples de se obter informações e dados estatísticos⁽⁴⁶⁾.

Os SCP são compostos por alguns elementos essenciais: Um instrumento para prever as necessidades individuais de enfermagem para cada paciente; uma base de dados para validar a quantidade de horas de cuidado para cada categoria em cada unidade e cada plantão; uma base de dados que permita associar o cuidado efetivamente empreendido e o padrão de qualidade necessário em um período de tempo específico; Uma base de dados para relacionar as necessidades de cuidado à alocação de profissionais de enfermagem de plantão a plantão e de unidade a unidade; um método para monitorar a confiabilidade do sistema de classificação de pacientes ao longo do tempo⁽³⁹⁾.

São destacados dois modelos de instrumentos para a classificação de pacientes: Modelo Protótipo e Modelo por avaliação de fatores⁽³⁵⁾.

Os instrumentos de avaliação por protótipos apresentam a descrição de categorias de cuidados por características dos pacientes e propiciam uma avaliação mais subjetiva, na categoria que melhor representar suas características e nível de dependência de cuidado. O instrumento construído por Fugulin et al⁽⁴⁷⁾ e o instrumento construído por Martins e Haddad⁽⁴⁸⁾ são exemplos nacionais de instrumentos estilo protótipo.

As desvantagens deste tipo de instrumento residem em sua subjetividade e as vantagens na praticidade e na padronização na nomenclatura das categorias de cuidado que

facilitam a comunicação entre enfermeiros assistenciais e gerenciais cujo lançamento dos dados provenientes da classificação em plataformas informatizadas pode auxiliar na avaliação de alterações de demanda de cuidado entre um plantão e outro e entre diferentes unidades de cuidado e fundamenta o remanejamento de pessoal com amenização dos conflitos decorrentes⁽²⁴⁾.

O instrumento de avaliação de fatores consiste na identificação de áreas geradoras de necessidades de cuidados de modo a classificar o paciente em cada um desses fatores ou indicadores, aos quais são atribuídos valores numéricos cuja soma em todos os indicadores resulta na pontuação que define o tipo de categoria de cuidado que cada paciente requer⁽³⁵⁾.

São exemplos de instrumentos no estilo avaliação de fatores os Instrumentos propostos por Perroca^(34, 49), as adaptações para o instrumento de Fugulin⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾, os instrumentos de classificação de pacientes neonatais de Bochembuzio⁽⁵²⁾ e Yoxall⁽⁵³⁾, o instrumento para classificação de pacientes psiquiátricos de Martins⁽⁵⁴⁾, um instrumento de pacientes gerontológicos⁽⁵⁵⁾, um instrumento de classificação de pacientes críticos⁽⁵⁶⁾, e o instrumento de classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini⁽¹⁾.

Para a implementação de um SCP é importante validar a quantidade de horas por categoria de cuidado estabelecendo um padrão de horas de enfermagem ou a adoção de instrumentos que quantifiquem o número de horas para as atividades de cuidado direto e indireto.

A utilização de instrumentos que mensurem o número de horas de enfermagem para o cuidado direto e indireto pode complementar instrumentos de classificação de pacientes na composição de um SCP. No entanto esses instrumentos não podem ser adotados em substituição aos últimos, por considerar que a mensuração do tempo de enfermagem

isoladamente, reduz as atividades de cuidado à semelhança de uma linha de produção industrial, com desconsideração de questões inerentes à arte da profissão permeadas por um arcabouço holístico com cuidados organizados dentro de um plano terapêutico no processo de enfermagem que consideram a dinâmica familiar, os fatores éticos, sociais e psicológicos em uma multiplicidade de ações e atitudes cuidadoras não restritas às técnicas e tarefas desempenhadas em um espaço de tempo específico^(24, 39, 57).

O padrão de horas de enfermagem é utilizado em substituição à razão de profissionais por leito, no entanto, sua coleta sistemática é considerada onerosa, com validade e confiabilidade questionáveis e dependente da diligência e de grandes esforços por parte dos gerentes de enfermagem⁽⁵⁸⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem pela resolução 293/2004⁽⁵⁹⁾, considerando inexistir matéria regulamentando as unidades de medida e o padrão de horas de enfermagem por leito ocupado resolveu estabelecer um referencial mínimo de horas de enfermagem por leito nas 24 horas, de acordo com a classificação de pacientes, estabelecendo quatro categorias de cuidado: mínimo com 3,8 horas de assistência; intermediário com 5,6 horas de assistência na assistência intermediária; 9,4 horas para assistência semi-intensiva e 17,9 horas por cliente na assistência intensiva⁽⁵⁹⁾.

Considerando a inexistência de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos que compusesse o SCP junto às horas de enfermagem estabelecidas pelo COFEN, em 2007 foi proposto por Dini um instrumento que permitiu a classificação de pacientes dessa clientela em cinco categorias de cuidado: mínimos, intermediários, alta dependência, semi-intensivo e intensivo⁽¹⁾, sendo que recomendou que fossem atribuídas à categoria de alta dependência o mesmo número de horas de enfermagem ao estabelecido pelo COFEN para a assistência semi

intensiva. O ICPP proposto consiste em um instrumento estilo avaliação de fatores⁽¹⁾ com onze indicadores composto por quatro situações de dependência de cuidado, graduadas de um a quatro pontos de forma crescente à demanda de cuidados está apresentado no ANEXO 1.

Em estudo concomitante à construção do instrumento, foram desenvolvidas as conceituações para cada uma das categorias do instrumento, sendo que foi destacada a categoria de cuidados de alta dependência para pacientes estáveis com total dependência para o atendimento das necessidades humanas básicas por considerar necessidades específicas da fase de desenvolvimento do paciente e também seu comprometimento pela convalescença⁽⁶⁰⁾.

Na prática diária de classificação de pacientes foi verificada uma proporção importante de pacientes menores de seis anos classificados como cuidados mínimos, não estando de acordo com o número de horas estabelecido pelo COFEN para a assistência desses pacientes e com a conceituação validada⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾.

Ainda que os pacientes pediátricos menores de seis anos estejam estáveis do ponto de vista clínico, suas necessidades essenciais residem em cuidados diretos para o atendimento de necessidades humanas básicas para os menores de três anos e necessidades de afetividade e segurança contínua e estável para que possam brincar e se desenvolver sem a ocorrência de acidentes⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Desta forma, considerando que o ICPP é utilizado em diversas instituições⁽⁵⁻⁷⁾ para analisar a demanda de assistência de enfermagem pediátrica e fundamentar decisões gerenciais, e que o processo de validação de SCP não é estanque, mas pressupõe estudos sucessivos para monitorar a confiabilidade ao longo do tempo⁽³⁹⁻⁴¹⁾, justifica-se a realização desse estudo que se propõe validar o instrumento de classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini⁽¹⁾.

1.3. Assistência de enfermagem em unidades pediátricas hospitalares

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 enfoca a visão da criança enquanto ser humano integral, com direito “ao respeito à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento”⁽⁶³⁾.

A assistência integral à criança e ao adolescente é apresentada pelo Ministério da Saúde⁽⁶⁴⁾ como uma abordagem global da criança, a qual deve se beneficiar de cuidado integral e multiprofissional, que compreenda todas as suas necessidades e direitos enquanto indivíduo, não se restringindo às queixas apresentadas, com a disponibilização de atenção em todos os níveis assistenciais, da promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência, ou seja, com a integração entre os serviços de atenção básica à atenção especializada em hospital de maior complexidade.

O perfil da população pediátrica hospitalizada tem sido alterado significativamente com aumento da gravidade e complexidade e uma tendência crescente de doenças crônicas, intervenções médicas e cirúrgicas complicadas, problemas comportamentais, comorbidades psiquiátricas, histórias de abuso, ideações ou tentativas de suicídio⁽⁶⁵⁾.

O aumento da complexidade são permeados por falhas nos planos terapêuticos iniciais, com mudanças recorrentes de conduta, não aderência aos tratamentos, suporte familiar pobre ou ausente e são associado às falhas no processo de comunicação com a enfermagem e pela enfermagem⁽⁶⁵⁾.

Além disso, a complexidade crescente nas hospitalizações pediátricas desafia a enfermagem a implementar estratégias de um modelo de assistência não mais voltado exclusivamente à doença ou ao paciente e seu desenvolvimento, mas também ter a família

como foco de cuidado, assumindo que muitos desses pacientes não se desenvolverão normalmente.

A assistência à criança hospitalizada pode ocorrer sob três perspectivas de abordagem: centrada na patologia, na criança ou na criança e sua família. Não se pode afirmar que esses três tipos de abordagem ocorrem de forma pura, admitindo-se que, na rotina diária, a conjugação dessas perspectivas talvez seja o mais comum, embora possa haver predomínio de alguma conforme valores e crenças dos profissionais bem como particularidade de cada hospital⁽⁶⁶⁾.

Na assistência centrada na patologia há supervalorização das intervenções terapêuticas, desconsiderando-se vínculos afetivos. Na assistência centrada na criança, além de considerar as necessidades específicas de cada patologia pela qual a criança está hospitalizada, ela é vista como ser integral e em desenvolvimento. Na assistência centrada na criança e sua família, considera-se todo o contexto familiar, sociocultural e econômico e a família participa do planejamento terapêutico, sendo que neste tipo de abordagem, se enfatiza a continuidade da assistência em nível domiciliar⁽⁶⁶⁾ o que pressupõe a contra-referência para as unidades básicas de saúde.

O modelo de assistência centrado no paciente e em sua família requer que a gerência adote estratégias de motivação como simplificar o processo de cuidado, esclarecer normas aos cuidadores, promover tutoria no processo de cuidar, promover educação continuada, integrar a documentação e a tecnologia, atuar com práticas colaborativas, assegurar comunicação contínua, e fortalecer com métodos inovadores os princípios para a prática do modelo de assistência com maior entusiasmo⁽⁶⁷⁾.

As vantagens do envolvimento da criança e da família nas questões de saúde são as possibilidades de promover aprendizagem continuadas, relacionamentos mais democráticos,

compartilhamento de responsabilidades entre profissionais e família, comprometimento da família na adesão de tratamentos e estratégias de promoção à saúde, ampliação do foco de assistência intra-hospitalar para a comunidade e possibilidade de diminuir a necessidade de cuidados institucionais ^(66, 68-69).

As intervenções de enfermagem nesse tipo de abordagem devem ocorrer de forma indissociável para a promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, sendo fundamental a consideração das singularidades da criança e da família para a atenção à saúde qualificada e humanizada construindo espaços de cuidado da criança no contexto da família⁽⁷⁰⁾.

A abordagem de cuidados centrados na família é citada em pesquisas há mais de 20 anos, no entanto essa abordagem não tem sido traduzida na prática de enfermagem pediátrica, sendo que a necessidade de ampliar a inclusão e atualização dos conteúdos referentes à família é uma responsabilidade moral do enfermeiro⁽⁷¹⁾.

A premissa mais importante do cuidado centrado na família está no interesse da criança em ser cuidada por sua família e os atributos mais importantes residem na relação existente entre a família e os profissionais, embasada na honestidade e na comunicação aberta, em respeitar os conhecimentos, valores e diversidades sociais da família nas normas da instituição, no envolvimento dos pais nas decisões a respeito do cuidado do paciente, no envolvimento dos pais nas atividades de cuidado de forma voluntária e negociada, os profissionais atuam de diversas formas para entender que o paciente não é o único motivo de preocupação da família, e também considerar outros filhos, e as necessidades de suporte físico, emocional e educativo da família no processo de cuidar⁽⁷²⁾.

O desgastante processo de cuidado contínuo noite e dia por familiares ao longo do tempo de uma internação propicia perda de períodos de sono dos familiares e, recentemente

alterações significativas da família têm propiciado a introdução dos pais no cuidado das crianças, considerando o seu compartilhamento com as mães no orçamento familiar e participação no mercado de trabalho⁽⁷³⁾.

Nesse contexto, é importante que os profissionais de enfermagem modifiquem seu repertório de orientações para a ampliação do cuidado de enfermagem, procurando criar estratégias de aproximação com a realidade que as famílias vivenciam, avaliando quais dificuldades a família encontra para o efetivo cuidado da criança, evitando cobrar, conferir e prescrever⁽⁷⁰⁾.

Na determinação de quem faz o quê no complexo processo de cuidar da criança hospitalizada e o entendimento dos mecanismos de resiliência dos pais, podem auxiliar a enfermagem na perspectiva de organização do modelo de assistência e promover um suporte aos pais cuidadores⁽⁷³⁾.

Em uma relação terapêutica saudável, a enfermagem assume uma atitude de empatia com a família, e a encoraja, independente da fase do plano terapêutico a acariciar, educar, amar e proteger a criança, enquanto a enfermagem é encarada como um recurso. Em situações de cuidado complexas, múltiplos estressores frequentemente atrapalham essa relação terapêutica, pois tanto pacientes quanto familiares podem utilizar instintos primitivos decorrentes de problemas nos mecanismos de adaptação, levando a uma perda de controle emocional⁽⁶⁵⁾.

A meta do cuidado centrado na família envolve mútuo respeito e vários membros da família, tanto a equipe, quanto a família compartilham o conhecimento e negociam as atividades de cuidado, sendo respeitadas as intervenções técnicas e a comunicação é embasada no diálogo, com as famílias envolvidas na construção de normas e regras⁽⁷²⁾.

O respeito aos direitos da criança hospitalizada perpassa pelo cuidado humanizado e requer investimento intenso e constante, que se inicia com a formação acadêmica, e evolui como um processo de crescimento e de decisão interior de cada profissional para desenvolver habilidades e competências que influenciarão a conduta enquanto indivíduo, cidadão e profissional⁽⁷⁴⁾. A valorização de iniciativas pessoais e institucionais que enfrentem as dificuldades impostas pelo sistema de saúde bem como o destaque para a satisfação dos clientes (crianças e pais) pode ser uma estratégia para assegurar que os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados sejam cumpridos, de forma que o exercício cidadão dê um passo importante nessa direção⁽⁷⁴⁾. A diversidade de projetos para a humanização aponta para um interesse e envolvimento dos profissionais que atendem a clientela pediátrica em fazer cumprir e resguardar direitos de saúde da criança e do adolescente⁽⁷⁴⁾.

No entanto, estudos indicam a necessidade de se associar a real necessidade de profissionais de enfermagem, o perfil assistencial das unidades de internação pediátricas e a qualidade da assistência de enfermagem o que justifica o desenvolvimento de instrumentos com esta finalidade^(43, 74).

No sentido de promover um ambiente de cuidado, que favoreça o relacionamento entre enfermeiro e família a fim de construir uma prática que ajude no enfrentamento de dificuldades em especial em situação de doença foi concebido o instrumento de classificação de pacientes pediátricos. A consideração do familiar na classificação do paciente demonstra uma preocupação contemporânea derivada da fragmentação e alienação causada pelo foco na doença ou em procedimentos. Utilizar a classificação de pacientes pediátricos como estratégia para centrar a avaliação do enfermeiro em um modelo de assistência centrado na criança e sua família é apresentada como uma iniciativa para reconstruir a prática de enfermagem e ampliar seu foco de atuação e influência na efetiva promoção à saúde em instituições hospitalares.

1.4. Utilização de Métodos Mistos para validação de instrumentos de medida

O processo de validação de um instrumento é complexo e multifacetado devido à abstração necessária para atribuir números à representação de conceitos teóricos, práticos e empíricos.

Desta forma, a realização de pesquisas com objetivo no desenvolvimento ou validação de instrumentos utilizados pela enfermagem pressupõe o uso de métodos mistos, os quais combinam dentro de um mesmo desenho de estudo dois ou mais métodos quantitativos ou qualitativos⁽⁷⁵⁾.

Alguns dos objetivos da utilização de métodos mistos são interessantes no processo de validação de instrumentos e permitem novos insights e perspectivas⁽⁷⁵⁾ no refinamento dos mesmos. A utilização da Triangulação metodológica, por exemplo, permite a convergência ou corroboração dos dados coletados por diferentes métodos do mesmo fenômeno de interesse. A utilização de pesquisas de Desenvolvimento combina os resultados de um estudo prévio, para desenvolver outro método de estudo, como instrumentos ou questionários⁽⁷⁵⁾.

A utilização de métodos mistos permite agregar, em uma mesma pesquisa, referenciais quantitativos e qualitativos, de forma que o referencial teórico primário é determinado pela pergunta da pesquisa e guia a abordagem dos dados e da amostragem; e o componente secundário ou suplementar, permite acessar uma dimensão que não pôde ser acessada na primeira abordagem como, por exemplo, refinar a descrição de um conceito⁽⁷⁵⁾.

Para redigir a apresentação do estudo, o referencial teórico primário deve ser apresentado em colchetes com letras maiúsculas sendo: quantitativo [QUAN] ou qualitativo [QUAL]; e, de forma semelhante o referencial secundário deve ser escrito em letras minúsculas, sendo: [quant] ou [qual]⁽⁷⁵⁾.

Existem oito combinações possíveis para os estudos mistos, e o modo de coleta de dados determina a forma de redação. Posto que a coleta ocorra sequencialmente, apresenta-se uma flecha (→) entre os referenciais primário e secundário, sendo as quatro combinações sequenciais possíveis: [QUAN→quant]; [QUAN→qual]; [QUAI→quant]; [QUAI→qual]. Quando a coleta de dados ocorrer simultaneamente, um sinal de mais (+) deve ser apresentado entre os referenciais primário e secundário, sendo as quatro combinações concomitantes possíveis: [QUAN+quant]; [QUAN+qual]; [QUAI+quant]; [QUAI+qual].⁽⁷⁵⁾

Na pesquisa quantitativa é utilizado o raciocínio dedutivo e a generalização, ou seja, o pesquisador tem inferências prévias e busca validar suas inferências em conclusões, que podem ser generalizadas de acordo com as evidências encontradas em cada amostra do estudo⁽⁷⁶⁾.

A pesquisa quantitativa tem a finalidade de quantificar relações entre as variáveis preditiva (ou independente) e o resultado (variável dependente) e são classificadas como experimental ou não experimental⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾.

Enquanto o estudo experimental pressupõe: a) aleatoriedade para um grupo controle e para um grupo experimental; b) intervenção ou manipulação de variáveis pelo pesquisador e, c) controle rígido sobre os grupos de estudo, o estudo não experimental é usado para descrever, diferenciar ou examinar associações entre as variáveis em estudo, e seu foco não está nas relações diretas entre variáveis, grupos ou situações⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾.

A validação de instrumentos, consagradamente apresentada como pesquisas metodológicas ou de desenvolvimento⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾, utiliza estratégias mistas para verificar e desenvolver as propriedades de validade e confiabilidade dos mesmos. A avaliação dessas propriedades psicométricas geralmente é realizada por estudos quantitativos não experimentais, por abordagens descritivas ou correlacionais.

A validade possibilita comprovar se o instrumento mede com precisão o que se propõe a medir e a confiabilidade é a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno^(77, 80-81).

A validade de conteúdo é determinada pela representatividade do domínio do conteúdo a ser estudado, pelo grau de correspondência entre os indicadores selecionados para constituir uma escala múltipla e sua definição conceitual, pela redação, legibilidade e clareza na conceituação^(77, 82, 83).

Esse tipo de validade é desenvolvido a partir de estudos descritivos ou exploratórios em um processo de três passos para o desenvolvimento do conteúdo do instrumento⁽⁸⁰⁾. A identificação da dimensionalidade, composição dos indicadores e formatação do instrumento é o primeiro passo da validação do conteúdo. O segundo passo contempla sua aplicação na prática, de forma a abranger o maior número de situações do domínio do instrumento. O terceiro passo refere-se ao refinamento do instrumento, quando os indicadores podem ser reescritos, refinados e reorganizados em uma sequência que torne sua aplicação mais agradável^(80, 81).

O julgamento da validade de conteúdo é realizado por um grupo de experts na área de abrangência do instrumento⁽⁸⁰⁾. Para realizar o julgamento do conteúdo, um número entre cinco e dez experts é recomendado, sendo que os critérios de inclusão não são estatísticos, mas devem ser de confiança do pesquisador⁽⁸⁰⁾.

O método mais utilizado para a quantificação da validade de conteúdo é a mensuração do Índice de Validade de Conteúdo, que consiste em um questionário enviado aos experts, no qual é solicitado o julgamento dos itens do instrumento por uma escala ordinal de um a quatro pontos de acordo com a relevância de cada item.

A validade de constructo tem como pressuposto que um instrumento mede um construto teórico e tem como objetivo validar a teoria subjacente à medição⁽⁷⁷⁾. É analisada por métodos mistos, nos quais se conjugam desenhos quantitativos correlacionais e descritivos.

Uma estratégia para a avaliação da validade de construto é a abordagem analítica de fator, quando se avalia a relação entre as questões do instrumento para estabelecer sua dimensionalidade⁽⁷⁷⁾. Esse tipo de validade pode ser realizado de forma complementar pelas técnicas estatísticas de análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória⁽⁸²⁾.

A validade relacionada a critério consiste em avaliar o grau em que o sujeito de pesquisa, o comportamento real do mesmo e a ferramenta de medição estão relacionados. Sua avaliação pode ser coincidente, quando avalia o grau de correlação de duas medidas do mesmo conceito aplicadas ao mesmo tempo, ou preditiva, quando avalia o grau de correlação entre a medida do conceito e uma medida futura do mesmo conceito^(77, 84-85).

A confiabilidade pode ser avaliada a partir de três aspectos: homogeneidade, estabilidade e equivalência⁽⁷⁷⁾.

A avaliação da homogeneidade é realizada pela correlação de cada questão de uma escala com outra questão da mesma escala simultaneamente, sendo o Alfa de Cronbach o coeficiente mais utilizado para esse fim⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾.

A estabilidade é avaliada por meio de sua aplicação repetida, sendo considerado confiável à medida que se encontra a repetição dos dados. Pode ser verificada por teste-reteste; ou pela confiabilidade de forma paralela, realizada por meio de duas aplicações, sendo a segunda composta por questões redigidas de forma diferente com preservação do conceito⁽⁷⁷⁾. A equivalência é medida pela concordância interavaliadores quando dois ou mais aplicam o

mesmo instrumento; ou também pode ser medida pela correlação entre os resultados da aplicação de um instrumento por formas alternadas⁽⁷⁷⁾.

Os dois últimos tipos de confiabilidade (equivalência e estabilidade) são considerados mais subjetivos e, devido ao viés metodológico, não são recomendados atualmente por profissionais estatísticos consagrados.

Os aspectos de validade e confiabilidade são cruciais na escolha de instrumentos de classificação de pacientes e, para isso, é necessário adotar exaustivos procedimentos estatísticos^(35, 39, 41, 79, 86).

Destaca-se que a validação de qualquer instrumento de medida na área de saúde é um processo infundável, pois os avanços tecnológicos e mudanças culturais têm impacto direto na validade e na confiabilidade de suas medidas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Validar o instrumento para a classificação de pacientes pediátricos

2.2 Objetivos específicos

- Validar o conteúdo do instrumento para a classificação de pacientes pediátricos;
- Verificar a associação entre a idade e a classificação de pacientes em categorias de cuidado;
- Avaliar a validade de construto do instrumento de classificação de pacientes pediátricos;
- Verificar a confiabilidade do instrumento quanto a sua homogeneidade e consistência interna.

3. Métodos

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo misto com referencial quantitativo em que foi utilizado o delineamento descritivo exploratório para a validação do conteúdo e o desenho correlacional para avaliar as propriedades psicométricas como validade e confiabilidade do instrumento.

O estudo ocorreu em três fases, as quais são apresentadas numa seqüência cronológica. Na primeira fase a validação do conteúdo do ICPP ocorreu concomitantemente à coleta de dados para verificar a validade de construto e confiabilidade do ICPP [QUAN+quan].

A segunda fase contemplou uma nova coleta de dados para monitorar as propriedades de validade de construto e confiabilidade do ICPP após refinamento de seu conteúdo e prosseguimento do julgamento do conteúdo do ICPP por experts [QUAN+quan].

A terceira fase correspondeu ao terceiro momento de coleta de dados com o objetivo de monitorar validade de construto e confiabilidade do ICPP após o término de sua validação de conteúdo.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP. A missão do HC é definida por ensino, pesquisa e assistência à saúde, com atendimento anual de cerca de 500 mil pacientes, com foco principal nos procedimentos de alta complexidade, devido ao seu papel de hospital terciário no sistema regionalizado e hierarquizado instituído pelo governo federal⁽⁸⁷⁾.

A Unidade de Saúde de Criança e do Adolescente SEP é composta por 58 leitos hospitalares, que estão localizados no quarto andar do HC e são organizados em quatro Postos de trabalho. A taxa de ocupação média da unidade é 85%⁽⁸⁷⁾.

O posto um (P1) é composto por dez leitos de terapia intensiva. O posto dois (P2) é composto por 18 leitos, sendo quatro destinados à cirurgia pediátrica e os demais para as especialidades que compõem a pediatria. O posto três (P3) composto por 12 leitos, é ocupado por oito pacientes cronicamente enfermos dependentes de ventilação mecânica e os outros quatro leitos são destinados a pacientes com afecções renais para a realização de diálise peritoneal; O posto quatro (P4), é composto por 18 leitos, sendo quatro leitos destinados a procedimentos médicos de curta permanência ou diagnósticos e os demais leitos são destinados à internação de pacientes das clínicas pediátricas.

3.3. Procedimentos de coleta de dados

3.3.1 Classificação de pacientes na Unidade de Saúde da Criança e do Adolescente

A amostra foi composta por pacientes internados na unidade de estudo durante o período da coleta de dados, que ocorreu entre setembro de 2011 e novembro de 2012. Cada paciente classificado pelo ICPP foi considerado para a análise em apenas uma coleta por fase do estudo.

A primeira fase da coleta de dados ocorreu entre setembro de 2011 e junho de 2012, com periodicidade semanal para possibilitar o *turnover* de pacientes. A coleta de dados foi realizada por uma enfermeira especialista em pediatria, servidora na unidade de estudo durante o período de licença maternidade da pesquisadora, até dezembro de 2011. Entre janeiro e junho, a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora que coletou os dados aos sábados pela manhã.

A segunda fase da coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2012 e foi realizada pela pesquisadora às quartas feiras e aos sábados pela manhã. A terceira fase da coleta de

dados ocorreu na segunda quinzena de novembro de 2012, pela pesquisadora, às quartas feiras e aos sábados pela manhã.

A planilha de registro (Apêndice 1) foi composta por informações sobre a idade, sexo, motivo da internação, classificação quanto aos 11 indicadores de cuidado do ICPP (ANEXO 1). As considerações quanto às dificuldades na aplicação do ICPP, bem como possibilidades de melhoria em seu conteúdo foram registradas em um espaço reservado na planilha da coleta de dados.

3.3.2 Validação do conteúdo

O processo de validação do conteúdo do ICPP foi iniciado por meio da Técnica Delphi, em estudo precedente, quando foi identificada sua dimensionalidade e foram compostos os indicadores com respectivas situações graduadas⁽¹⁾.

Neste estudo a validação do conteúdo do ICPP foi embasada no registro das dificuldades na aplicação do instrumento, bem como as possibilidades de melhoria em seu conteúdo, identificadas pela pesquisadora durante a coleta de dados; e nas sugestões realizadas por enfermeiros que responderam a um questionário (Apêndice 2) enviado pela pesquisadora por correio eletrônico, em abril de 2012. Os critérios de inclusão para o envio do e-mail foram: contatos profissionais da pesquisadora que tivessem utilizado o ICPP em sua prática assistencial, gerencial ou de ensino.

Nessas condições, foram identificadas sete enfermeiras para as quais foram encaminhados correios eletrônicos explicando os propósitos da validação do ICPP e convidando para colaborar com sugestões e críticas. Responderam ao questionário cinco enfermeiras, sendo

que três responderam por correio eletrônico e duas retornaram o questionário em forma impressa.

Com as considerações das enfermeiras e da pesquisadora, o conteúdo do ICPP pôde ser refinado. Como parte do processo de validação, após o refinamento do ICPP, o mesmo foi submetido a novo julgamento por experts com vistas para a mensuração do Índice de Validade de Conteúdo (CVI).

O CVI é um método que emprega escalas tipo Likert em um questionário para avaliar relevância e a clareza do conteúdo do instrumento^(80, 88). Esse método permite analisar cada item individualmente e o instrumento como um todo e mensurar a proporção de experts que concordam com o conteúdo do instrumento. O número de experts desejável para a mensuração do CVI deve ser maior que cinco e a escolha de profissionais para esse julgamento deriva da confiança do pesquisador⁽⁸⁰⁾.

Em julho de 2012, foi enviado um questionário por correio eletrônico a 14 enfermeiros identificados por contatos profissionais da pesquisadora, abrangendo profissionais da assistência, gerência, docência e pesquisadores da área de enfermagem pediátrica.

No questionário anexo ao correio eletrônico (Apêndice 3) foram apresentados os propósitos da pesquisa, o conteúdo do ICPP⁽¹⁾, o conteúdo modificado para cada indicador e foi solicitado que os enfermeiros julgassem o conteúdo de cada indicador do ICPP-modificado como: 1- Não relevante ou representativo; 2- Precisa de grande revisão para ser representativo; 3- Item necessita de pequena revisão para ser representativo; 4- Item relevante e representativo. O score do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos juízes, sendo a fórmula adotada para avaliar cada indicador⁽⁸⁰⁾:

$$IVC = \frac{\sum \text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para que o conteúdo do ICPP fosse considerado validado, a literatura recomenda que o IVC do instrumento como um todo deve ser maior que 0,90^(80, 88-89).

O retorno dos questionários aconteceu até outubro de 2012 e, as considerações dos experts foram consideradas para uma nova melhoria na validação do conteúdo do ICPP. Após essa validação de conteúdo o ICPP revisado foi submetido à revisão ortográfica por profissional com formação em Letras para julgamento da clareza, adequação semântica, concordância verbal e nominal (Apêndice 4) encerrando um ciclo no processo de validação do conteúdo do ICPP.

3.4 Tratamento estatístico

Para a análise da validade de construto e da confiabilidade, os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel® e foram analisados com auxílio do SPSS 20.0® for Windows.

Para verificar a associação entre a idade do grupo de pacientes e sua classificação por categoria de cuidado foram realizadas análises descritivas simples, com a comparação da classificação dos pacientes pelo instrumento à conceituação das categorias de cuidado em enfermagem pediátrica, que apresentam cuidados mínimos para pacientes maiores de 12 anos, cuidados intermediários para maiores de seis anos e independência do critério idade para classificação das demais categorias de cuidado⁽⁶⁰⁾.

Também foram realizados testes de correlação bivariada de Spearman entre a idade e a identificação da categoria de cuidado. Para esta análise foram atribuídas variáveis *dummies* para cada categoria de cuidado, ou seja: 1 para mínimos; 2 para intermediários; 3 para alta dependência; 4 para semi intensivos; e 5 para cuidados intensivos.

Para interpretação dos resultados, o coeficiente de Spearman (ρ) pode assumir valores entre -1 e +1, sendo que quanto mais próximos dos extremos, mais forte a correlação. Os valores de referência adotados para este estudo foram⁽⁷⁷⁾ fraco ($\rho < 0,30$); moderado ($0,30 < \rho < 0,60$); e forte ($0,60 < \rho < 0,99$).

A confiabilidade do ICPP foi avaliada quanto à sua homogeneidade medida pelo Alfa de Cronbach (α), cujo valor desejável deve ser superior a 0,7; e quanto à consistência interna, quando as correlações item-total que devem ser superiores a 0,5 e as correlações inter-itens que devem ser maiores que 0,3⁽⁸²⁾.

A validade de construto foi avaliada pela abordagem analítica de fator⁽⁷⁷⁾, por meio da técnica de interdependência “Análise Fatorial Exploratória” (AFE)⁽⁸²⁾.

Todas as variáveis trabalhadas foram discretas e o método escolhido de extração dos fatores foi por componentes principais com rotação pelo método ortogonal de Varimax. A literatura recomenda uma razão mínima de cinco pacientes por indicador do instrumento, de forma que seriam necessários apenas 55 pacientes para realizar uma AFE no ICPP. No entanto, como a literatura enfatiza, quanto maior a amostra, melhor a qualidade da análise pela AFE e melhores as possibilidades de generalização⁽⁸²⁾.

Na primeira fase do estudo foi considerada uma razão maior que 20 sujeitos por indicador do ICPP, na segunda fase foi considerada uma razão maior que 10 sujeitos por indicador e, na terceira fase, para confirmar os achados obtidos nas fases precedentes, foi adotada a razão mínima de 5 sujeitos por indicador^(82, 90).

Para verificar o grau de suscetibilidade ou ajuste dos dados à AFE foram realizados os testes de adequação da amostra: *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e de Esfericidade de *Bartlett*. Os valores de KMO são normalizados (entre 0 e 1) e mostram a proporção da variância que os

indicadores apresentam em comum ^(82, 90). Foi avaliado o KMO para cada indicador, considerando-se que são razoáveis valores $0,6 < KMO < 0,7$; médios para $0,7 < KMO < 0,8$; bons para $0,8 < KMO < 0,9$; e muito bons para $0,9 < KMO < 1$. O teste de Esfericidade de *Bartlett* é baseado na distribuição estatística de Chi quadrado e testa a hipótese nula de que não há correlação entre os indicadores do ICPP. Para que o método de análise fatorial seja adequado para o tratamento dos dados, o valor da significância do teste de *Bartlett* deve ser menor que $0,05$ ^(82,90).

Para determinar o número de fatores extraídos, o total de variância de explicação deve ser maior que 60%, e, para nortear essa extração, é possível adotar o critério de *Kaiser*, cuja recomendação é extrair os fatores com autovalor (ou *Eigenvalue*) maiores que um^(82,90).

As cargas fatoriais representam a correlação entre o indicador e o fator. Para afirmar que há validade de construto, os valores mínimos de cargas fatoriais estão na faixa de 0,30 a 0,40; para os valores entre 0,50 e 0,70, pode-se considerar que são cargas fatoriais significantes; valores de cargas maiores que 0,70 indicam estrutura bem definida e constituem a meta de qualquer análise fatorial ^(82,90).

As comunalidades representam a proporção da variância explicada de cada indicador pelos fatores identificados, sendo desejável que cada indicador apresente valor de comunalidade maior que 0,5 para que seja considerado representativo dentro do construto do instrumento ⁽⁸²⁾.

Os resíduos representam as questões não explicadas da variância pelos indicadores⁽⁸²⁾, não sendo desejável encontrar uma porcentagem maior que 50% de resíduos com $p > 0,05$.

3.5 Aspectos éticos

O Projeto do estudo foi registrado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP. De acordo com os dispositivos das Resoluções 196/96 o CEP aprovou o Protocolo de Pesquisa, com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O parecer número 646/2010 foi homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/ FCM (ANEXO-2).

A dispensa do TCLE pelo CEP foi justificada devido à classificação de pacientes ser inerente ao processo de trabalho dos enfermeiros da unidade de estudo e ser registrado sem que o paciente seja submetido a outro procedimento em função da classificação de pacientes.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na sequência dos objetivos do trabalho e, os resultados para cada objetivo, serão apresentados na sequência cronológica das fases da pesquisa.

Para facilitar a compreensão dos resultados, convencionou-se que na primeira fase do estudo, o instrumento será tratado como ICPP-original; na segunda fase, será denominado ICPP-refinado; e, na terceira fase do estudo, será apresentado como ICPP-revisado. Destaca-se que as três terminologias se referem ao mesmo instrumento vivenciando um processo de validação.

4.1. Validação do conteúdo do ICPP

Embora o processo de validação do conteúdo do ICPP original por meio da técnica Delphi tenha ocorrido na fase de elaboração do mesmo, no presente estudo, a reavaliação da validade de conteúdo foi justificada pelas dificuldades na aplicação do instrumento, identificadas pela pesquisadora e por possibilidades de melhorias sugeridas pela própria pesquisadora e por enfermeiras que utilizaram o ICPP em sua prática profissional.

Na primeira fase da validação, das sete enfermeiras convidadas a sugerir modificações no ICPP-original, participaram cinco (71,42%), com tempo de formação entre quatro e 28 anos; três dessas enfermeiras trabalham na gestão e duas na assistência de enfermagem pediátrica. As cinco profissionais têm título de especialista *Lato sensu*, sendo duas na área de Gestão, uma com residência multiprofissional e duas com título de especialista em Enfermagem Pediátrica; Uma das enfermeiras cursava simultaneamente o Programa de Doutorado em enfermagem e o Programa de Especialização em Estomatoterapia. As principais sugestões para a modificação do ICPP-original estão apresentadas no Quadro 1 que propiciaram o refinamento do ICPP (Quadro 2).

Quadro 1: Aspectos críticos no instrumento original. Campinas, 2012

Aspecto crítico	Considerações, críticas e sugestões no conteúdo do ICPP
Layout	Apresentar no Impresso a escala de referência para classificação.
Redação	Substituir em todos os enunciados o termo “Capacidade” por “Possibilidade” ou “Necessidade”, padronizar tempo verbal e excluir gerúndios.
Atividade	Contemplar interação com familiar e equipe, problemas de acuidade auditiva e visual, humor, disposição para brincadeiras.
Intervalo de aferição de controles	Contemplar monitorização por saturímetros, cardioscópio, ou qualquer equipamento, como quatro pontos.
Integridade Cutâneo Mucosa	Considerar a complexidade do curativo ou cuidados com a pele a ser realizado.
Terapêutica medicamentosa	Contemplar a necessidade de utilização de Bomba de infusão como quatro pontos; Diferenciar a administração de medicamentos via oral para pacientes colaborativos ou não colaborativos.
Eliminações	Tornar o indicador mais objetivo, suprimir informação do número de profissionais participantes da troca de fraldas, considerar sondas e ostomias como quatro pontos.
Higiene Corporal	Tornar o indicador mais objetivo, suprimir informação do número de profissionais participantes no cuidado do banho
Alimentação e Hidratação	Contemplar o jejum e necessidade de hidratação via endovenosa como quatro pontos; Diferenciar pacientes colaborativos e não colaborativos para alimentação via oral.
Participação do acompanhante	Considerar a atitude do acompanhante em relação ao cuidado, questões culturais e possibilidade de adaptação à rotina hospitalar e de aprendizado para a demanda gerada pela patologia do paciente pediátrico.
Rede de apoio e suporte	Considerar o envolvimento do acompanhante com o plano de cuidados para o paciente pediátrico, também considerar que este indicador refere-se à segurança do paciente hospitalizado, e o tempo de presença de um acompanhante envolvido com o plano de cuidados complementa a avaliação.

Quadro 2: Conteúdo refinado do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos. Campinas, 2012

Atividade: Possibilidade de realizar atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento e de interagir com meio ambiente, acompanhante, familiares, equipe multidisciplinar e/ou com outros pacientes.
1- Demonstração de interesse a estímulos, com realização de brincadeiras e atividades compatíveis com a faixa etária 2- Demonstração de interesse a estímulos, com limitação para a realização de brincadeiras e atividades compatíveis com a faixa etária 3- Hipoativo OU Hiperativo OU Déficit no desenvolvimento OU Prejuízo de acuidade visual ou auditiva OU desinteresse por estímulos 4- Coma vigil, inconsciente OU sedado.
Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, saturação de O ₂ , pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.
1- 6/6 horas 2- 4/4 horas 3- 2/2 horas 4- Intervalo menor de 2 horas ou monitorização contínua
Oxigenação: Possibilidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.
1- Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas 2- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro 3- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia 4- Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva)
Terapêutica Medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações.
1- Não necessita de medicamentos 2- Medicamentos por via tópica, ocular e/ou oral com paciente colaborativo 3- Medicamentos por vias parenteral, enteral, inalatória, OU por via tópica, ocular ou oral com paciente não colaborativo 4- Hemoderivados e/ou quimioterápicos e/ou Indicação absoluta de uso de bomba de infusão
Alimentação e Hidratação: Possibilidade da criança ou adolescente receber líquidos e nutrientes por ingestão ou por infusão enteral ou parenteral
1- Via oral de forma independente 2- Via oral com auxílio e paciente colaborativo 3- Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia), via oral com paciente não colaborativo 4- Nutrição/ Hidratação parenteral
Eliminações: Condições do paciente pediátrico para apresentar excreções urinária e intestinal.
1- Vaso sanitário sem auxílio 2- Vaso sanitário com auxílio 3- Fraldas OU Comadre ou Urinol 4- Sonda vesical ou Estomas

Quadro 2: Conteúdo refinado do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos. Campinas, 2012- Continuação

<p>Higiene Corporal: Possibilidade paciente pediátrico realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.</p>
<p>1- Banho de aspersão sem auxílio 2- Banho de aspersão com auxílio 3- Banho de imersão ou banho em cadeira 4- Banho no leito ou na Incubadora ou em Berço aquecido</p>
<p>Mobilidade e Deambulação: Possibilidade do paciente pediátrico em mobilizar o corpo ou seguimentos corporais</p>
<p>1- Deambulação sem auxílio 2- Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio 3- Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio 4- Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito</p>
<p>Integridade Cutâneo Mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.</p>
<p>1- Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea 2- Necessidade de curativo OU cuidados com dermatite de BAIXA complexidade 3- Necessidade de curativo OU cuidados com dermatite de MÉDIA complexidade 4- Necessidade de curativo OU cuidados com dermatite de ALTA complexidade</p>
<p>Participação do Acompanhante: Atitude e Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades do paciente pediátrico</p>
<p>1- Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente e consegue atendê-las 2- Acompanhante em busca de informações ou habilidades para atender necessidades do paciente E assume atitude pró-ativa 3- Acompanhante tem dificuldades em reconhecer ou atender algumas necessidades físicas e emocionais do paciente E/OU assume atitude reativa 4- Acompanhante não demonstra interesse em atender as necessidades do paciente OU Estado clínico do paciente não permite atuação efetiva do acompanhante OU Desacompanhado</p>
<p>Rede de Apoio e Suporte Familiar: Possibilidade de incorporação dos conhecimentos, valores, crenças e cultura do familiar acompanhante no planejamento e na prestação de cuidados ao paciente pediátrico durante sua permanência no hospital.</p>
<p>1- Presença de um acompanhante orientado e envolvido na prestação e planejamento de cuidados ao paciente durante todo o tempo 2- Presença de um acompanhante orientado e envolvido na prestação e planejamento de cuidados ao paciente durante mais de 12 horas ao dia 3- Presença de um acompanhante orientado e envolvido na prestação e planejamento de cuidados ao paciente durante menos de 12 horas ao dia 4- Ausência de acompanhante OU Presença de acompanhante que demonstre estresse ou alienação da prestação de cuidados ao paciente OU Estado de saúde do paciente não permite intervenção efetiva de familiar</p>

Para avaliar o IVC do ICPP, foram convidados 14 enfermeiros para julgar o conteúdo refinado do mesmo (Apêndice 3). Responderam ao correio eletrônico oito enfermeiras (57,14%), sendo quatro participantes da primeira fase deste estudo. O grupo dessas oito enfermeiras, denominado grupo de experts, foi composto por profissionais com tempo de formação entre três e 28 anos; atuação profissional atual de três experts na Gestão, três na assistência de Enfermagem Pediátrica e duas no Ensino, sendo uma no ensino profissionalizante de nível médio e a outra na Universidade; no que se refere à qualificação profissional, quatro enfermeiras têm título de especialista *Latu sensu*, sendo uma na área de Gestão e três em Enfermagem Pediátrica. Duas enfermeiras estão cursando o Doutorado em Enfermagem e uma já possui a titulação de Doutorado.

Os resultados da concordância das enfermeiras quanto ao conteúdo refinado do ICPP e o índice de validade de conteúdo para o instrumento estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Concordância com o conteúdo dos indicadores do instrumento refinado e índice de validade de conteúdo (n=8). Campinas, 2012

Indicador/ Índice de validade de conteúdo	Título e definição conceitual	Situações Graduadas
Atividade	1	1
Intervalo de aferição de controles	1	1
Oxigenação	1	1
Terapêutica medicamentosa	1	1
Alimentação e Hidratação	1	1
Eliminações	1	1
Higiene Corporal	1	1
Mobilidade e Deambulação	1	1
Rede de apoio e suporte	1	1
Participação do acompanhante	1	0,88
Integridade Cutâneo Mucosa	0,88	0,75
Índice de validade de conteúdo	0,99	0,97

Ainda que tenham concordado com o conteúdo, as experts se manifestaram livremente quanto a potenciais melhorias no conteúdo do instrumento. Essas considerações estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3: Potencialidades para melhoria do instrumento refinado . Campinas, 2012.

	Considerações, críticas e sugestões
Atividades	Alteração da ordem do enunciado, contemplar sentimentos como raiva, tristeza, agitação, substituição do termo acuidade por deficiência, acréscimo de apatia em três pontos e de paralisia cerebral severa em quatro pontos, consideração da linguagem do paciente pediátrico.
Intervalo de Aferição de Controles	Acrescentar diálise peritoneal no enunciado e o termo “contínua” a “monitorização” em quatro pontos.
Alimentação e Hidratação	Acrescentar amamentação “eficaz” em um ponto e “ineficaz” em três pontos.
Eliminações	Acrescentar “treino de esfíncteres” em três pontos.
Higiene Corporal	Na definição acrescentar “sozinho” a realizar. Acrescentar auxílio parcial em dois pontos e auxílio total em três pontos.
Mobilidade e Deambulação	Em três pontos, substituir deambula “com auxílio” por “supervisão direta”.
Integridade Cutâneo Mucosa	Definir melhor cuidados e curativos de baixa, média e alta complexidade.
Participação do acompanhante	Excluir posturas “pro-ativa” e “reativa” e por redação que as explique. Acrescentar Síndrome de Munchausen em quatro pontos.
Rede de Apoio e Suporte	Considerar que o conceito de intervenção efetiva do familiar está apresentado de forma equivocada. Pois o toque do familiar pode ser considerado uma intervenção.

Para concluir o processo de validação, as considerações pertinentes à revisão do conteúdo do ICPP foram acatadas, obtendo-se um ICPP revisado. A ordem dos indicadores foi modificada de acordo com os domínios de avaliação: Família, Paciente e Procedimentos Terapêuticos. A escala para a classificação de pacientes nas cinco categorias de cuidado foi acrescida de forma mais visível,

conforme sugestão na primeira fase. O ICPP proposto por Dini com as revisões realizadas está apresentado na íntegra no Quadro 4, sendo que as principais modificações do conteúdo estão destacadas em azul.

Quadro 4: Instrumento de classificação de pacientes pediátricos revisado por Dini. Campinas, 2012.

<p style="text-align: center;">Domínio: Família</p> <p>Participação do Acompanhante: Atitude e desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender às necessidades do paciente pediátrico.</p> <p>1- Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente e consegue atendê-las.</p> <p>2- Acompanhante demonstra disponibilidade incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico.</p> <p>3- Acompanhante demonstra dificuldades ou indisponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico E/OU manifesta comportamentos de ansiedade e/ou medo e/ou raiva e/ou retraimento.</p> <p>4- Acompanhante ausente ou que demonstre indisponibilidade ou agressividade para cuidar do paciente e/ou Paciente requerendo cuidados técnicos de alta complexidade.</p> <p>Rede de Apoio e Suporte Familiar: Possibilidade de incorporação dos conhecimentos, valores, crenças e cultura do familiar acompanhante no planejamento e na prestação de cuidados ao paciente pediátrico durante sua permanência no hospital.</p> <p>1- Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante todo o tempo.</p> <p>2- Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante mais de 12 horas ao dia.</p> <p>3- Presença de acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante menos de 12 horas ao dia</p> <p>4- Ausência de suporte familiar OU Doença psiquiátrica do acompanhante OU Presença de acompanhante que demonstre estresse ou alienação da prestação de cuidados ao paciente.</p> <p style="text-align: center;">Domínio: Paciente</p> <p>Atividade: Possibilidade de interagir com familiares, profissionais, ou pacientes e de realizar atividades compatíveis com o desenvolvimento esperado para a idade.</p> <p>1- Demonstração de afeto com o familiar e de interesse a estímulos e atividades compatíveis com a faixa etária como: brincadeiras, jogos, acompanhamento do currículo escolar ou leitura.</p> <p>2- Demonstração de afeto com o familiar e de interesse a estímulos, com limitação para a realização de atividades compatíveis com a faixa etária, como: jogos, brincadeiras, acompanhamento do currículo escolar ou leitura.</p> <p>3- Desinteresse a estímulos por dor, tristeza, raiva, agitação psicomotora ou apatia; dificuldades de linguagem; deficiência visual ou déficit no desenvolvimento.</p> <p>4- Paralisia cerebral severa ou coma vigil ou inconsciente ou totalmente sedado</p>
--

Quadro 4: Instrumento de classificação de pacientes pediátricos. Campinas, 2012- Continuação.

Oxigenação: Possibilidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.

- 1- Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas.
- 2- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro.
- 3- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia.
- 4- Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva).

Mobilidade e Deambulação: Possibilidade do paciente pediátrico mobilizar seguimentos corporais e deambular com segurança.

- 1- Deambulação sem auxílio.
- 2- Repouso no leito e mobiliza-se sem auxílio.
- 3- Repouso no leito e mobiliza-se com auxílio Ou **Deambula com supervisão direta**.
- 4- Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito.

Alimentação e Hidratação: Possibilidade da criança ou adolescente receber líquidos e nutrientes por ingestão ou por infusão enteral ou parenteral.

- 1- Via oral de forma independente ou **amamentação eficaz**.
- 2- Via oral com auxílio e paciente colaborativo.
- 3- Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia) ou via oral com paciente não colaborativo ou com risco de aspiração ou **amamentação ineficaz**.
- 4- Nutrição/ Hidratação parenteral.

Eliminações: Condições do paciente pediátrico para apresentar excreções urinária e intestinal.

- 1- Vaso sanitário sem auxílio.
- 2- Vaso sanitário com auxílio.
- 3- **Treino de esfíncteres** ou Fraldas OU Comadre ou Urinol.
- 4- Sonda vesical ou Estomas.

Higiene e cuidado corporal: Possibilidade do paciente pediátrico **realizar sozinho**, necessitar de auxílio, supervisão direta ou depender totalmente para a **higiene oral**, corporal e **vestimenta**.

- 1- Banho de aspersão sem auxílio.
- 2- Banho de aspersão com auxílio parcial.
- 3- Banho de imersão ou de aspersão em cadeira ou com auxílio total.
- 4- Banho no leito ou na Incubadora ou em Berço aquecido

Quadro 4: Instrumento de classificação de pacientes pediátricos. Campinas, 2012- Continuação

Domínio: Procedimentos terapêuticos

Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, saturação de O₂, pressão venosa central, glicemia capilar, diálise peritoneal, balanço hídrico.

1- 6/6 horas

2- 4/4 horas

3- 2/2 horas

4-Intervalo menor de 2 horas ou [monitorização contínua](#)

Terapêutica Medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações.

1- Não necessita de medicamentos.

2- Medicamentos por via tópica, ocular e/ou oral com paciente colaborativo.

3- Medicamentos por vias parenteral, enteral, inalatória, OU por via tópica, ocular ou oral com paciente não colaborativo.

4- Hemoderivados e/ou quimioterápicos e/ou [Indicação absoluta de uso de bomba de infusão](#).

Integridade Cutâneo Mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.

1- Pele íntegra em toda a área corpórea

2- Necessidade de cuidados de **BAIXA** complexidade como: hidratação cutânea, tratamento de dermatites simples, renovação de fixação de cateter venoso periférico.

3- Necessidade de cuidados de **MÉDIA** complexidade como curativos em: feridas limitadas à derme, inserções de drenos, traqueostomia, gastrostomia ou de cateter venoso central.

4- Necessidade de cuidados de **ALTA** complexidade como: desbridamentos, dermatites disseminadas, queimaduras extensas; estomas complexos ou feridas com visualização de fásia muscular, tecido ósseo ou eviscerações.

Escala para classificação de pacientes pediátricos

11-17 pontos: Cuidados mínimos

18- 23 pontos: Cuidados intermediários

24-30 pontos: Alta dependência de cuidados

31-36 pontos: Cuidados semi intensivos

37-44 pontos: Cuidados intensivos

4.2. Caracterização da amostra e correlação entre a idade e a classificação de pacientes em categorias de cuidado

Na primeira fase foram classificados por meio do ICPP-original 227 pacientes hospitalizados na unidade de estudo, entre setembro de 2011 e junho de 2012. A caracterização dessa amostra quanto à faixa etária, sexo, e motivo da internação está apresentada na Tabela 2:

Tabela 2: Caracterização da amostra (n=227). Campinas, 2012.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Faixa etária		
Menores de um ano	64	28
Entre 1 e 6 anos	77	34
Entre 7 e 11 anos	47	21
Entre 12 e 17 anos	30	13
Maiores de 18 anos	9	4
Sexo		
Masculino	136	59,9
Feminino	91	40,1
Motivo de internação		
Afecções Respiratórias	49	21,5
Procedimentos cirúrgicos	43	18,9
Afecções Genito-Urinárias	27	11,9
Afecções Clínicas	22	9,7
Infecções	21	9,3
Afecções Neurológicas	17	7,5
Afecções Hepáticas ou do Trato Gastrointestinal	14	6,2
Procedimentos diagnósticos	8	3,5
Complicações Pós- transplante	7	3,1
Doenças Neuro-Degenerativa	7	3,1
Afecções Ortopédicas	5	2,2
Acidentes	4	1,8
Desnutrição ou desidratação	3	1,3

De acordo com o ICPP 8,8% dos pacientes foram classificados como cuidados mínimos, 30% classificados como cuidados intermediários, 28,6% dos cuidados de alta dependência, 16,3% como semi-intensivos e 16,3% como cuidados intensivos. A distribuição da classificação dos pacientes por faixa etária está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3: Classificação de pacientes em categorias de cuidado pelo instrumento original (n=227). Campinas, 2012

Faixa etária (Anos)	Mínimos		Intermediários		Alta dependência		Semi-Intensivos		Intensivos		Total n
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<1	-	-	6	9,4	22	34,4	10	15,6	26	40,6	64
1-6	3	3,9	28	36,4	22	28,6	17	22,1	7	9,1	77
7-11	3	6,4	18	38,3	13	27,7	9	19,2	4	8,5	47
12-17	13	43,3	12	40	5	16,7	-	-	-	-	30
≥18	1	11,1	4	44,4	3	3,3	1	11,1	-	-	9
Total	20	8,8	68	30	65	28,6	37	16,3	37	16,3	227

Nessa primeira fase de coleta de dados o coeficiente de correlação bivariada de Spearman utilizado para verificar a associação entre a categoria de cuidado e a idade do paciente foi $\rho = -0,504$ com p-valor $<0,001$ (n=227 pacientes). A classificação de pacientes em categorias de cuidado por idade dos pacientes, segundo o ICPP original está representada pelo Gráfico 1.

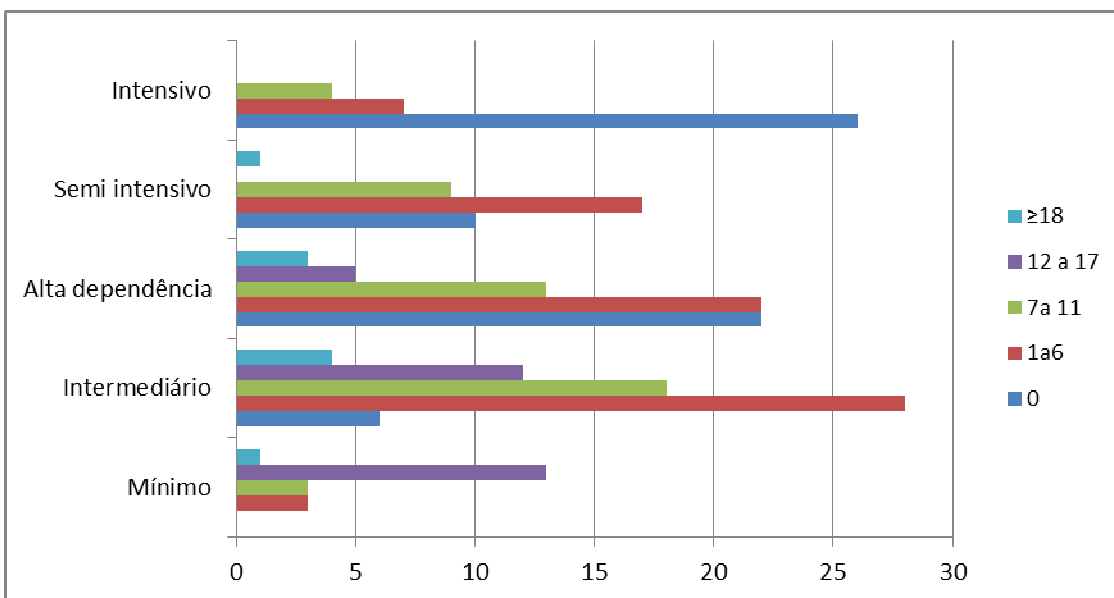


Gráfico 1: Distribuição das categorias de cuidado por idade do paciente, segundo o instrumento original ICPP (N=227). Campinas, 2012.

As classificações de 9,4% dos pacientes menores de um ano, bem como 3,9% dos menores de seis anos como cuidados mínimos e 36,4% em cuidados intermediários, apontam uma inadequação da classificação desses pacientes pelo ICPP.

A segunda fase de coleta de dados realizada entre julho e setembro de 2012 possibilitou a classificação de 166 pacientes pediátricos por meio do ICPP refinado (Quadro 2). A caracterização dessa amostra quanto à faixa etária, sexo e motivo da internação está apresentada na Tabela 4:

Tabela 4: Caracterização da amostra (n=166). Campinas, 2012.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Faixa etária		
Menores de um ano	62	37,3
Entre 1 e 6 anos	60	36,2
Entre 7 e 11 anos	31	18,7
Entre 12 e 17 anos	12	7,2
Maiores de 18 anos	1	0,6
Sexo		
Masculino	112	67,5
Feminino	54	32,5
Motivo de internação		
Afecções Respiratórias	46	27,7
Procedimentos cirúrgicos	40	24,1
Afecções Genito-Urinárias	22	13,3
Infecções	22	13,3
Afecções Clínicas	11	6,6
Afecções Neurológicas	10	6
Afecções Hepáticas ou do Trato Gastrintestinal	4	2,4
Afecções Ortopédicas	4	2,4
Procedimentos diagnósticos	3	1,8
Desnutrição ou desidratação	3	1,8
Acidentes	1	0,6

De acordo com o ICPP refinado 5% dos pacientes foram classificados como cuidados mínimos, 26% classificados como cuidados intermediários, 36% dos cuidados de alta dependência, 11% como semi-intensivos e 22% como cuidados intensivos. A distribuição dessa classificação dos pacientes por faixa etária está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5: Classificação de pacientes em categorias de cuidado (n=166). Campinas, 2012

Faixa etária (Anos)	Mínimos		Interrmediários		Alta dependência		Semi-Intensivos		Intensivos		Total n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<1	-	-	4	6,5	26	42	4	6,5	28	45	62
1-6	-	-	21	35	24	40	8	13	7	12	60
7-11	6	19	13	42	5	16	5	16	2	7	31
12-17	2	17	5	42	4	33	1	8	-	-	12
≥18	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	1
Total	8	5	43	26	59	36	19	11	37	22	166

O teste de Spearman para a avaliação da associação entre a categoria de cuidado e a idade do paciente para a segunda fase de coleta de dados que contemplou os 166 pacientes foi igual a -0,527 com p-valor <0,001. A representação gráfica da distribuição de pacientes por faixa etária está apresentada no Gráfico 2.

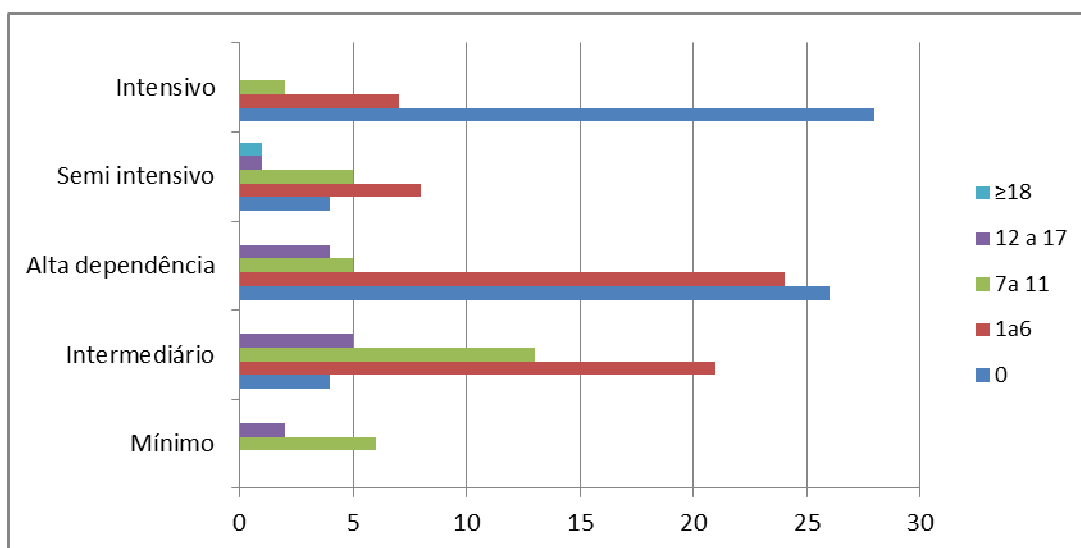


Gráfico 2: Distribuição das categorias de cuidado por idade do paciente, segundo o instrumento revisado (n=166). Campinas, 2012.

Nenhum paciente menor de seis anos foi classificado pelo ICPP refinado como cuidados mínimos apontando melhor adequação do instrumento para essa clientela. No entanto, quatro pacientes (6,5%) menores de um ano e 21 pacientes (35%) com idades entre um e seis anos, foram classificados como cuidados intermediários. Entre os menores de 12 anos, dois pacientes (4,3%) foram classificados como cuidados mínimos.

A terceira fase de coleta de dados ocorreu na segunda quinzena de novembro de 2012, sendo subsidiada pelo ICPP revisado, conforme demonstrado no Quadro 4. Devido à baixa rotatividade dos pacientes internados, foi possível classificar apenas 61 sujeitos. A caracterização da amostra está apresentada na Tabela 6.

Tabela 6: Caracterização da amostra (n=61). Campinas, 2012

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Faixa etária		
Menores de um ano	18	29,5
Entre 1 e 6 anos	22	36,1
Entre 7 e 11 anos	10	16,4
Entre 12 e 17 anos	10	16,4
Maiores de 18 anos	1	1,6
Sexo		
Masculino	33	54,1
Feminino	28	45,9
Motivo de internação		
Afecções Respiratórias		26,2
Afecções Neurológicas	10	16,4
Afecções Clínicas	8	13,1
Procedimentos cirúrgicos	6	9,8
Afecções Ortopédicas	6	9,8
Infecções	5	8,2
Afecções Genito-Urinárias	4	6,7
Outros	6	9,8

De acordo com o ICPP revisado 7% dos pacientes foram classificados como cuidados mínimos, 21% classificados como cuidados intermediários, 39% como cuidados de alta dependência, 23% como semi-intensivos e 10% como cuidados intensivos. A distribuição da classificação dos pacientes por faixa etária está apresentada na Tabela 7.

Tabela 7: Classificação de pacientes em categorias de cuidado (n=61). Campinas, 2012.

Faixa etária (Anos)	Mínimos		Intermediários		Alta dependência		Semi-Intensivos		Intensivos		Total n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<1	-	-	-	-	10	56	4	22	4	22	18
1-6	1	5	4	18	10	45	7	32	0	-	22
7-11	1	10	3	30	1	10	3	30	2	20	10
12-17	2	20	6	60	2	20	-	-	-	-	10
≥18	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	1
Total	4	7	13	21	24	39	14	23	6	10	61

Nessa terceira fase, o coeficiente de Spearman foi moderadamente negativo ($\rho = -0,473$ com p-valor $<0,001$; n= 61 pacientes) para a associação entre a categoria de cuidado aferida pelo ICPP revisado e a idade do paciente. No gráfico 3, está apresentada a distribuição de pacientes em categorias de cuidado por faixa etária.

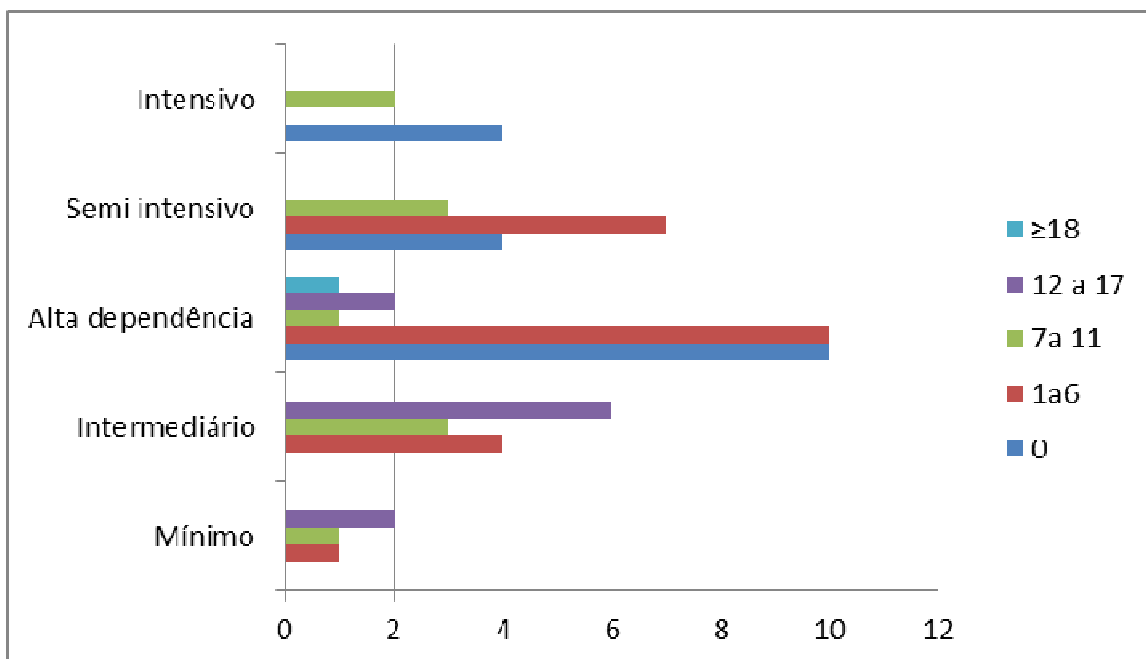


Gráfico 3: Distribuição das categorias de cuidado por idade do paciente, segundo o ICPP revisado (n=61). Campinas, 2012.

Nenhum dos pacientes menores de um ano foi classificado pelo ICPP revisado como cuidados mínimos ou intermediários, no entanto, um paciente de seis anos (1%) foi classificado como cuidados mínimos e quatro pacientes entre um e cinco anos (18%) foram classificados como cuidados intermediários. Entre os pacientes de sete a 11 anos, apenas um foi classificado como cuidados mínimos.

4.3. Avaliação da validade de construto do ICPP

Foram realizados quatro procedimentos de análise fatorial para examinar o construto do ICPP. Para facilitar a compreensão dos resultados, os fatores extraídos, serão denominados domínios, pois cada fator extraído tendeu a agrupar indicadores de necessidades de cuidado da mesma natureza.

Na primeira fase, foram extraídos três domínios: Paciente, Família e Procedimentos terapêuticos com 67,5% de variância de explicação.

Na segunda fase, foram realizados duas AFEs, pois o primeiro procedimento resultou na extração de dois fatores que não puderam ser explicados enquanto domínios de cuidado de enfermagem em pediatria. Foram excluídos da amostra os sujeitos com menores variabilidades nos indicadores cuidado e então foi realizada uma nova AFE com extração dos três domínios com 64,9% de variância de explicação: Paciente, Família e Procedimentos terapêuticos.

Na terceira fase a AFE foi realizada com o intuito de sondar os dados do ICPP revisado e por isso foram estabelecidos três fatores para a extração referente aos três domínios encontrado nas análises precedentes. Nessas condições, o domínio Procedimentos terapêuticos apresentou um autovalor de 0,90 e, o indicador Aferição de controles apresentou maior carga fatorial no domínio Paciente.

Os resultados detalhados referentes a cada fase do estudo e cada procedimento de análise fatorial estão apresentados a seguir.

Na primeira fase de coleta de dados o procedimento de análise fatorial exploratória foi possível devido aos testes de adequação da amostra terem sido favoráveis. O teste de

Esfericidade de Bartlett obteve $p < 0,001$ e os valores de KMO para cada indicador do ICPP foram maiores que 0,6, como apresentados na Tabela 8.

Tabela 8: Avaliação da adequação da análise fatorial do instrumento original (n=227). Campinas, 2012.

Indicador	KMO
Atividade	0,89
Intervalo Aferição Controles	0,88
Oxigenação	0,89
Terapêutica Medicamentosa	0,68
Integridade Cutâneo Mucosa	0,86
Alimentação e Hidratação	0,89
Eliminação	0,85
Higiene Corporal	0,85
Mobilidade e Deambulação	0,87
Participação Acompanhante	0,82
Rede de apoio e Suporte	0,79

Foram extraídos três fatores do construto do ICPP, com 67,5% de variância de explicação, representando os três domínios de cuidado. O domínio Paciente representou 32,6% da variância, o domínio Família representou 22,3% da variância e o domínio Procedimentos terapêuticos representou 12,6% da variância de explicação. O método de extração de componentes principais encontrou 52,0% de resíduos com p-valores $> 0,05$. Os valores de comunalidades e carga fatorial de cada indicador por domínio extraído estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9: Análise do construto do instrumento original (n=227). Campinas, 2012.

Construto	Comunalidade	Carga fatorial
Domínio: Paciente		
Higiene Corporal	0,80	0,86
Alimentação e Hidratação	0,67	0,81
Mobilidade e Deambulação	0,74	0,77
Atividade	0,73	0,69
Eliminações	0,58	0,65
Oxigenação	0,73	0,65
Domínio: Família		
Rede de apoio e suporte	0,79	0,87
Participação do Acompanhante	0,73	0,82
Domínio: Procedimentos terapêuticos		
Terapêutica Medicamentosa	0,77	0,87
Integridade Cutâneo Mucosa	0,36	0,50
Intervalo de Aferição de Controles	0,52	0,39

Os achados da primeira fase da análise do construto apontaram a necessidade de melhoria nos indicadores com comunalidade e cargas fatoriais baixas, como Integridade Cutâneo Mucosa e Intervalo de aferição de controles, bem como comunalidades limítrofes como eliminações e cargas fatoriais meramente satisfatórias. Esses achados foram complementares aos achados do processo de validação de conteúdo ocorrido concomitantemente.

Na segunda fase, com o refinamento do conteúdo do ICPP, a classificação de 166 pacientes possibilitou nova análise de seu construto na segunda fase do estudo. A análise dos dados por AFE pôde ser considerada adequada, pois o teste de Esfericidade de Bartlett obteve $p < 0,001$ e os valores de KMO foram maiores que 0,6 para todos os indicadores do ICPP refinado, como apresentado na Tabela 10.

Tabela 10: Avaliação da adequação da análise fatorial do instrumento refinado (n=166). Campinas, 2012.

Indicador	KMO
Atividade	0,93
Intervalo Aferição Controles	0,90
Oxigenação	0,92
Terapêutica Medicamentosa	0,92
Integridade Cutâneo Mucosa	0,93
Alimentação e Hidratação	0,95
Eliminação	0,93
Higiene Corporal	0,87
Mobilidade e Deambulação	0,87
Participação Acompanhante	0,84
Rede de apoio e Suporte	0,85

Nessa análise, houve a extração de apenas dois domínios, com 70,52% de variância de explicação. Os domínio Intervenções e monitoramento de Enfermagem apresentou 58,67% da variância e o domínio Necessidades do Paciente representou 11,85% da variância. Foram encontrados 38% de resíduos com p-valores >0.05 . Ainda que tenha havido aumento da variância de explicação, o modelo extraído foi insatisfatório para explicar a dimensionalidade do modelo de prestação de cuidados para a enfermagem pediátrica.

Além disso, durante a coleta de dados, foi vivenciada uma limitação na avaliação dos indicadores: Participação do Acompanhante e Rede de apoio e suporte familiar, devido à falta de variabilidade nos dados de coleta para os pacientes classificados como intensivos.

A frequência de 92%, de pacientes classificados como intensivos em ventilação mecânica dificultou ainda a avaliação do indicador Atividade por verificar que todos esses pacientes pontuaram como quatro pontos, ou seja, estavam sedados ou inconscientes.

Os valores de comunalidades e carga fatorial de cada indicador estão apresentados na Tabela 11.

Tabela11: Análise do construto do instrumento refinado(n=166). Campinas, 2012.

Domínio/Indicador	Comunalidade	Carga fatorial
Necessidades do Paciente		
Higiene Corporal	0,89	0,83
Alimentação e Hidratação	0,65	0,74
Mobilidade e Deambulação	0,86	0,83
Eliminações	0,68	0,82
Intervenções e monitoramento de enfermagem		
Rede de apoio e suporte	0,74	0,85
Participação do Acompanhante	0,75	0,85
Oxigenação	0,76	0,74
Intervalo de Aferição de Controles	0,66	0,74
Atividade	0,62	0,64
Integridade Cutâneo Mucosa	0,56	0,68
Terapêutica Medicamentosa	0,50	0,68

Optou-se por excluir da amostra os pacientes classificados como intensivos e se procedeu com nova análise do construto por AFE.

A AFE realizada com os 130 pacientes por meio do ICPP refinado foi possível devido ao teste de Esfericidade de *Bartlett* ter obtido $p < 0,001$ e os valores de KMO para a medida de adequação da amostra terem sido maiores que 0,7 como apresentados na Tabela 12.

Tabela 12: Avaliação da adequação da análise fatorial do instrumento refinado (n=130). Campinas, 2012.

Indicador	KMO
Atividade	0,83
Intervalo Aferição Controles	0,75
Oxigenação	0,80
Terapêutica Medicamentosa	0,62
Integridade Cutâneo Mucosa	0,77
Alimentação e Hidratação	0,90
Eliminação	0,90
Higiene Corporal	0,79
Mobilidade e Deambulação	0,79
Participação Acompanhante	0,59
Rede de apoio e Suporte	0,57

Foram encontrados três domínios com variância de explicação de 65%. O domínio Paciente representou 36,8% da variância, o domínio Família representou 15,4% da variância e o domínio Procedimentos terapêuticos representou 12,7% da variância. As comunalidades e a carga fatorial de cada indicador estão apresentados na Tabela 13. O método de extração de componentes principais encontrou 49% de resíduos (p -valores > 0.05).

Tabela 13: Análise do construto do instrumento refinado (n=130). Campinas, 2012.

Domínio/Indicador	Comunalidade	Carga fatorial
Domínio: Paciente		
Higiene Corporal	0,85	0,89
Alimentação e Hidratação	0,62	0,74
Mobilidade e Deambulação	0,81	0,88
Atividade	0,45	0,64
Eliminações	0,58	0,75
Oxigenação	0,58	0,65
Domínio: Família		
Participação do Acompanhante	0,82	0,90
Rede de apoio e suporte familiar	0,80	0,89
Domínio: Procedimentos terapêuticos		
Terapêutica Medicamentosa	0,47	0,67
Integridade Cutâneo Mucosa	0,55	0,72
Intervalo de Aferição de Controles	0,63	0,69

Os valores de comunalidade menores que 0,6 para os indicadores Atividade, Eliminações, Oxigenação, Terapêutica medicamentosa e Integridade cutâneo mucosa e os valores menores de 0,6 para o KMO dos indicadores Participação do acompanhante e Rede de apoio reforçaram a necessidade de uma análise cuidadosa e revisão do conteúdo do ICPP-refinado.

Essa análise proporcionou *insights* para que a pesquisadora pudesse desenvolver o conteúdo dos indicadores do ICPP e assim revisá-los no processo de validação de conteúdo, assumindo a complementariedade do processo de validação do ICPP.

Após a revisão do conteúdo do ICPP, procedeu-se com nova coleta de dados. Para certificar-se da possibilidade da realização da AFE na amostra da terceira fase (n= 61) o teste de esfericidade de *Bartlett* obtido foi de $p < 0,001$ e os valores de KMO para a adequação da amostra foram maiores que 0,6, como apresentados na Tabela 14.

Tabela 14: Avaliação da adequação da análise fatorial do instrumento revisado (n=61). Campinas, 2012.

Indicador	KMO
MSA	0,77
Atividade	0,69
Intervalo Aferição Controles	0,62
Oxigenação	0,71
Terapêutica Medicamentosa	0,80
Integridade Cutâneo Mucosa	0,65
Alimentação e Hidratação	0,63
Eliminação	0,83
Higiene Corporal	0,84
Mobilidade e Deambulação	0,78
Participação Acompanhante	0,85
Rede de apoio e Suporte	0,83

Por ser tratar de uma técnica de análise exploratória para a explicação do construto nesta fase a extração de três domínios foi determinada pela pesquisadora para avaliar as comunalidades e cargas fatoriais dos indicadores. Com isso foi extraído um domínio com autovalor igual a 0,9.

A variância de explicação encontrada pelos três domínios extraídos foi igual a 74,97%, o que dá indícios da validade de construto do ICPP revisado. O domínio Paciente representou 51,88% da variância, o domínio Família representou 14,91% de variância e o domínio Procedimentos Terapêuticos representou 8,18% da variância de explicação. As comunalidades e as cargas fatoriais para cada um dos indicadores, dentro do domínio do ICPP revisado estão apresentados na Tabela 15.

Tabela 15: Análise do construto do instrumento revisado (n=61). Campinas, 2012.

Domínio/Indicador	Comunalidade	Carga fatorial
Domínio: Paciente		
Higiene Corporal	0,84	0,83
Alimentação e Hidratação	0,63	0,79
Mobilidade e Deambulação	0,78	0,74
Atividade	0,69	0,79
Eliminações	0,83	0,90
Oxigenação	0,71	0,76
Intervalo de Aferição de Controles	0,62	0,64
Domínio: Família		
Participação do Acompanhante	0,85	0,80
Rede de apoio e suporte familiar	0,83	0,88
Domínio: Procedimentos terapêuticos		
Terapêutica Medicamentosa	0,81	0,88
Integridade Cutâneo Mucosa	0,65	0,55

O indicador Aferição de controles se ajustou ao domínio Paciente. Os valores de comunalidade maiores que 0,6 e de carga fatorial maiores que 0,64 dão indícios da validade de construto do ICPP revisado. Os valores limítrofes de KMO para quatro indicadores limitam a generalização dos resultados dessa análise, no entanto não a invalidam.

4.4. Verificação da confiabilidade do ICPP

Na primeira fase do estudo o resultado do valor de Alfa de Cronbach para o ICPP original foi igual a 0,76; sendo que pela padronização do número de itens o valor de Alfa de Cronbach corrigido foi igual a 0,89. Os valores de Alfa de Cronbach para o ICPP-original com uma suposta exclusão de cada um dos indicadores estão apresentados na Tabela 16.

Tabela 16: Avaliação da homogeneidade do instrumento original (n=227). Campinas, 2012.

Indicador	Alfa de Cronbach com item deletado
Atividade	0,73
Intervalo aferição controles	0,74
Oxigenação	0,73
Terapêutica Medicamentosa	0,76
Alimentação e Hidratação	0,75
Eliminações	0,75
Higiene Corporal	0,74
Mobilidade e Deambulação	0,73
Participação do acompanhante	0,74
Rede Apoio e suporte	0,74

Verifica-se na Tabela 16 que nenhum indicador de cuidado do instrumento original interfere suficientemente na homogeneidade da escala para que o valor de alfa fosse menor que 0,7. Na avaliação da consistência interna do instrumento original, os valores de correlação inter-itens e item-total do ICPP estão apresentados na Tabela 17.

Tabela 17: Correlação item-item e item-total do instrumento original (n=227).
Campinas, 2012.

Indicador	I-1	I-2	I-3	I-4	I-5	I-6	I-7	I-8	I-9	I-10	I-11
I-1	1										
I-2	0,43										
I-3	0,74	0,56									
I-4	0,11	0,33	0,15								
I-5	0,26	0,16	0,23	0,21							
I-6	0,60	0,41	0,57	0,11	0,16						
I-7	0,29	0,34	0,26	0,16	0,20	0,41					
I-8	0,61	0,45	0,59	0,15	0,29	0,65	0,57				
I-9	0,68	0,48	0,67	0,11	0,34	0,54	0,43	0,77			
I-10	0,42	0,41	0,45	0,12	0,29	0,24	0,18	0,33	0,44		
I-11	0,48	0,44	0,52	0,11	0,26	0,24	0,13	0,31	0,39	0,69	
Total	0,80	0,69	0,82	0,29	0,44	0,69	0,52	0,79	0,83	0,65	0,65

*I-1: Atividade, I-2 Intervalo aferição controles, I-3 Oxigenação, I-4 Terapêutica Medicamentosa, I-5 Integridade Cutâneo Mucosa, I-6 Alimentação e Hidratação, I-7 Eliminações, I-8 Higiene Corporal, I-9 Mobilidade e Deambulação, I-10 Participação do acompanhante, I-11 Rede Apoio e suporte

Verifica-se que os indicadores Terapêutica medicamentosa e Integridade cutâneo mucosa no formato original apresentam correlação item-total menores que 0,5 e inter itens menores que 0,3, representando baixa consistência interna.

Na segunda fase da coleta de dados, o resultado do valor de Alfa de Cronbach para o ICPP refinado foi igual a 0,78; sendo que pela correção do valor pela padronização do número de itens, o valor de Alfa de Cronbach corrigido foi igual a 0,94. Os valores de Alfa de Cronbach para o ICPP refinado com uma suposta exclusão de cada um dos indicadores estão apresentados na Tabela 18.

Tabela 18: Avaliação da homogeneidade do instrumento refinado (n=166).
Campinas, 2012.

Indicador	Alfa de Cronbach com item deletado
Atividade	0,75
Intervalo aferição controles	0,75
Oxigenação	0,74
Terapêutica Medicamentosa	0,76
Integridade Cutâneo Mucosa	0,76
Alimentação e Hidratação	0,76
Eliminações	0,77
Higiene Corporal	0,75
Mobilidade e Deambulação	0,75
Participação do acompanhante	0,75
Rede Apoio e suporte familiar	0,75

Verifica-se na Tabela 18 que nenhum indicador de cuidado do instrumento refinado interfere suficientemente na homogeneidade da escala para que o valor de alfa fosse menor que 0,7. Na avaliação da consistência interna do instrumento refinado, os valores de correlação inter-itens e item-total do ICPP estão apresentados na Tabela 19.

Tabela 19: Correlação item-item e item-total do instrumento refinado (n=166). Campinas, 2012.

Item	I-1	I-2	I-3	I-4	I-5	I-6	I-7	I-8	I-9	I-10	I-11
I-1	1,00										
I-2	0,52										
I-3	0,65	0,77									
I-4	0,55	0,53	0,55								
I-5	0,56	0,56	0,65	0,59							
I-6	0,60	0,51	0,58	0,34	0,41						
I-7	0,45	0,31	0,35	0,25	0,27	0,44					
I-8	0,70	0,60	0,70	0,43	0,55	0,72	0,61				
I-9	0,67	0,56	0,68	0,42	0,53	0,69	0,61	0,92			
I-10	0,66	0,62	0,63	0,45	0,48	0,42	0,23	0,55	0,52		
I-11	0,62	0,58	0,60	0,44	0,49	0,37	0,21	0,50	0,47	0,86	
Total	0,83	0,79	0,87	0,65	0,72	0,71	0,54	0,86	0,83	0,79	0,76

*I-1: Atividade, I-2 Intervalo aferição controles, I-3 Oxigenação, I-4 Terapêutica Medicamentosa, I-5 Integridade Cutâneo Mucosa, I-6 Alimentação e Hidratação, I-7 Eliminações, I-8 Higiene Corporal, I-9 Mobilidade e Deambulação, I-10 Participação do acompanhante, I-11 Rede Apoio e suporte familiar

Na Tabela 19 pode-se verificar que todos os indicadores têm correlação item-total maior que 0,5, o que revela que os indicadores têm um construto em comum e o ICPP refinado, tem consistência interna. Verifica-se ainda que o indicador Eliminações não apresenta correlação maior que 0,3 com indicadores dos domínios Procedimentos terapêuticos e Participação do acompanhante o que não compromete a consistência interna do instrumento refinado.

Na terceira fase do estudo, o resultado do valor de Alfa de Cronbach para o ICPP revisado foi igual a 0,77; e o valor corrigido foi igual a 0,92. Os valores de Alfa de Cronbach para o ICPP revisado com uma suposta exclusão de cada um dos indicadores estão apresentados na Tabela 20.

Tabela 20: Avaliação da homogeneidade do instrumento revisado (n=61).
Campinas, 2012.

Indicador	Alfa de Cronbach com item deletado
Atividade	0,75
Intervalo aferição controles	0,75
Oxigenação	0,73
Terapêutica Medicamentosa	0,77
Integridade Cutâneo Mucosa	0,77
Alimentação e Hidratação	0,76
Eliminações	0,75
Higiene Corporal	0,74
Mobilidade e Deambulação	0,74
Participação do acompanhante	0,74
Rede Apoio e suporte familiar	0,75

Verifica-se na Tabela 20 que nenhum indicador de cuidado do instrumento refinado interfere suficientemente na homogeneidade do instrumento revisado para que o valor de alfa fosse menor que 0,7.

Na avaliação da consistência interna do instrumento revisado, os valores de correlação inter-itens e item-total do ICPP estão apresentados na Tabela 21.

Tabela 21: Correlação item-item e item-total do instrumento revisado (n=61).
Campinas, 2012.

Item	I-1	I-2	I-3	I-4	I-5	I-6	I-7	I-8	I-9	I-10	I-11
I-1	1,00										
I-2	0,45										
I-3	0,70	0,78									
I-4	0,27	0,34	0,21								
I-5	0,07	0,26	0,29	0,43							
I-6	0,57	0,37	0,54	0,15	0,13						
I-7	0,62	0,57	0,58	0,20	0,01	0,69					
I-8	0,59	0,64	0,65	0,25	0,23	0,61	0,85				
I-9	0,46	0,53	0,59	0,15	0,26	0,64	0,72	0,83			
I-10	0,41	0,55	0,57	0,32	0,38	0,37	0,48	0,66	0,62		
I-11	0,25	0,40	0,41	0,30	0,48	0,24	0,27	0,41	0,43	0,81	
Total	0,71	0,78	0,85	0,40	0,41	0,68	0,78	0,87	0,81	0,80	0,64

*I-1: Atividade, I-2 Intervalo aferição controles, I-3 Oxigenação, I-4 Terapêutica Medicamentosa, I-5 Integridade Cutâneo Mucosa, I-6 Alimentação e Hidratação, I-7 Eliminações, I-8 Higiene Corporal, I-9 Mobilidade e Deambulação, I-10 Participação do acompanhante, I-11 Rede Apoio e suporte familiar

Para essa amostra, os indicadores Terapêutica Medicamentosa e Integridade Cutâneo Mucosa, do Domínio Procedimentos terapêuticos, obtiveram valores de correlação com o total, menores que 0,5 e baixa correlação com indicadores dos outros domínios. O indicador Rede de apoio e suporte familiar obteve baixas correlações com indicadores do domínio Paciente, por ter seu foco de avaliação mais voltado ao familiar.

Esses achados permitem afirmar que o ICPP revisado possui confiabilidade no que se refere à homogeneidade e consistência interna.

5.DISSCUSSÃO

Este estudo permitiu validar o instrumento proposto por Dini para a classificação de pacientes pediátricos nas cinco categorias de cuidado: cuidados mínimos, intermediários, alta-dependência, semi-intensivo e intensivos⁽⁶⁰⁾.

O Instrumento proposto por Dini abrange três domínios do cuidado de enfermagem pediátrica: família, paciente e patologia e, por se tratar de um instrumento no estilo avaliação de fatores, sua validade não reside no número de indicadores ou situações abrangidas, mas em seu conceito como um todo, pois cada indicador do instrumento representa uma lista de potenciais necessidades de cuidados⁽³⁹⁾.

Cada domínio do instrumento não representa uma soma de tarefas de cuidado ou procedimentos individuais, mas valores de enfermagem embasados na noção de que as necessidades do paciente são multidimensionais e dependem das complexas interações objetivas e subjetivas⁽³⁹⁾.

As evidências da validade de conteúdo residem em sua análise por experts da área, com a medida pelo index de validade de conteúdo de 0,99 para os indicadores e 0,97 para as situações graduadas^(80,89) e pode ser aprimorada de acordo com as sugestões realizadas por enfermeiros envolvidos na assistência, no ensino e na pesquisa.

As sugestões do grupo de experts visaram obter mais simplicidade e relevância nos conceitos de cada indicador de cuidado para que sua utilização pudesse conferir à prática de classificação de pacientes a representação de uma filosofia de cuidado de enfermagem^(39, 89), neste caso, incorporando o familiar na assistência de enfermagem pediátrica.

A estrutura do ICPP com onze indicadores de cuidado e quatro situações de dependência para cada um dos indicadores, já validada em estudo anterior, foi preservada na validação do conteúdo. No entanto o processo de validação permitiu acrescentar conceitos do cuidado centrado na família como “prestação e planejamento de cuidados” e comportamentos de acompanhantes decorrentes do estresse derivados do adoecimento e hospitalização da criança, como “ansiedade, medo, raiva, retraimento, agressividade”, cujas ocorrências desafiam a enfermagem pediátrica no gerenciamento de conflitos.

A validação do conteúdo possibilitou ainda contemplar situações geradoras de cuidado para o paciente pediátrico como: necessidade de afeto, brincadeiras, deficiências, supervisão direta na deambulação, treino de esfínteres e suporte para a amamentação; e discorrer objetivamente a necessidade de cuidados para manutenção ou restauração da integridade cutâneo mucosa.

O processo de validação de conteúdo do ICPP permitiu refinar a descrição dos indicadores e situações graduadas e também reorganizar o instrumento em uma sequência que propiciasse a avaliação ordenada do paciente enquanto membro de uma família, para o foco de suas necessidades, enquanto ser em desenvolvimento e, por último, para as necessidades de cuidado derivadas da patologia.

Ao realizar a revisão do conteúdo do instrumento e optar pela reorganização da ordem dos indicadores, foi considerado que a forma de apresentação do instrumento, pode interferir na percepção do avaliador⁽⁸¹⁾.

Desta forma a inversão da ordem de avaliação sendo iniciada pelo domínio Familiar, seguido pelo Domínio Paciente e, por último o domínio Procedimentos

Terapêuticos, teve o intuito de promover uma avaliação que partisse da visão macro, com o pressuposto que o familiar representa a origem biológica, social, espiritual e cultural do paciente, para uma visão intermediária, com a consideração das necessidades de cuidado na fase do desenvolvimento e convalescência do paciente pediátrico e, por último, para uma visão micro, mais focada, que situasse algumas necessidades de cuidado propiciadas pela patologia ou procedimentos terapêuticos.

Nesta direção a avaliação do Domínio centrado no paciente, independente de por quem as atividades de cuidado são realizadas seja pela enfermagem, seja pelo familiar, enfatiza-se que o instrumento de classificação de pacientes tem o intuito de monitorar as atividades de cuidado e não o número de tarefas executadas pela enfermagem.

Os resultados da validação do construto do ICPP apontaram uma coerência à validação do conteúdo do instrumento, pois além de identificar os três domínios Familiar, Paciente e Procedimentos Terapêuticos, os achados foram complementares no processo de validação do instrumento. Essas considerações são importantes pelo fato da validade de conteúdo ser um pré-requisito para os outros tipos de validade⁽⁸⁹⁾, com isso, a simultaneidade da validação do conteúdo e do construto permitiram avaliar a validade do instrumento de forma complementar.

Na primeira análise fatorial exploratória a presença de mais que 50% de resíduos indicou a necessidade de melhorar a clareza do conteúdo do instrumento⁽⁸²⁾.

Os baixos valores de comunalidade nos indicadores Intervalo de aferição de controles, Integridade cutâneo mucosa e Eliminações sugeriram que esses indicadores não poderiam ser considerados representativos em seus respectivos construtos e, embora a exclusão desses indicadores pudesse ser considerada pela literatura⁽⁸²⁾, foi optado por intervir no conteúdo desses indicadores por dificuldades vivenciadas na coleta dos dados e pelo retorno dos questionários enviados a enfermeiros que analisaram o ICPP sob os pontos de vista assistencial, gerencial ou acadêmico.

As intervenções realizadas no conteúdo desses indicadores se referiram à necessidade de contemplar monitorização por equipamentos ao indicador Intervalo de aferição de controles; à importância de considerar a complexidade dos curativos e não apenas seu porte no indicador Integridade cutâneo mucosa; à necessidade de tornar o indicador Eliminações mais objetivo.

Na análise do índice de validade de conteúdo, foi verificado que oito indicadores obtiveram concordância 100% quanto ao título, definição conceitual e situações graduadas; no entanto, ainda que os enfermeiros concordassem com esses oito indicadores, não se abstiveram de realizar sugestões para potenciais melhorias no conteúdo do ICPP.

O indicador Participação do acompanhante apresentou 100% de concordância com a conceituação e 87,5% de concordância com o conteúdo das situações graduadas e o indicador Integridade cutâneo Mucosa apresentou 87,5% de concordância quanto à definição conceitual e 75% com a composição dos itens operacionais, sendo que as principais críticas foram relacionadas à ausência de características de cuidados de curativos.

Com isso, durante a coleta de dados para as análises da segunda fase do estudo foram vivenciadas algumas dificuldades de avaliação dos pacientes pediátricos apontadas pelos experts. E, a análise realizada após o término da coleta de dados demonstrou que ainda que a maioria dos experts tenham concordado com o conteúdo, as sugestões do grupo traduziram conceitos abstratos da prática para situações reais.

A amostra para a segunda AFE contemplou uma porcentagem significativa de pacientes intensivos por aumento da complexidade assistencial comum no período de estudo, concentrado no inverno, quando há aumento de afecções respiratórias e pacientes dependentes de ventilação mecânica.

Nessa segunda fase, foram extraídos dois fatores, com 70,52% de Variância de Explicação: Intervenções e monitoramento de enfermagem e Necessidades do paciente. Os valores das comunalidades inferiores a 0,6 para os indicadores Terapêutica Medicamentosa e Integridade cutâneo mucosa representam a baixa variabilidade dos dados no que se refere a Terapêutica Medicamentosa, e problemas estruturais na descrição do Indicador Integridade cutâneo mucosa, que haviam sido anunciados pela análise do grupo de experts.

Nessa fase do estudo, foi vivenciado um momento de *trade off* ou conflito entre a parcimônia e a explicação dos dois fatores extraídos⁽⁹⁰⁾, pois embora os dados quantitativos fossem interessantes com maior variância de explicação, indicadores com comunalidades e cargas fatoriais maiores que na primeira fase do estudo não foram extraídos os três fatores que representassem os três domínios que endossassem o modelo de assistência do cuidado centrado na

família e, com isso houve certa dificuldade para nomear os domínios extraídos entendendo a dinâmica da assistência em pediatria.

Ao analisar cuidadosamente a amostra verificou-se que a presença significativa de pacientes sedados em cuidados intensivos limitava a avaliação de indicadores como Atividade e Participação do Acompanhante, essenciais no Modelo de assistência centrado na Criança e sua família. Além disso, a falta de sentido do modelo de explicação extraído pela AFE foi vivenciada pela pesquisadora durante a coleta de dados devido à baixa variabilidade nos dados na avaliação de pacientes intensivos no que se refere aos indicadores Participação do Acompanhante, Rede de apoio e suporte e Oxigenação.

A redação dos indicadores Participação do acompanhante e Rede de apoio e suporte familiar induzia a alguns erros conceituais de avaliação da assistência de enfermagem pediátrica ao desconsiderar que a interação com os pais ou pessoas representativas para a criança pudessem ser considerados como uma intervenção de saúde⁽⁶⁵⁾.

Desta forma, foi optado por excluir da análise os pacientes classificados como intensivos, para poder identificar se o construto do ICPP estaria de acordo com uma abordagem de cuidado centrado na família e não em procedimentos, tarefas ou intervenções de enfermagem e, assim se procedeu com uma nova sondagem dos dados por AFE.

A generalização dos resultados da terceira análise fatorial apresentou algumas limitações devido a valores de KMO menores que 0,6 para os indicadores de Participação do Acompanhante e Rede de Apoio e suporte, o que reforçou a importância da revisão conceitual desses indicadores^(82,90).

Esses dois indicadores são fundamentais para a avaliação do paciente pediátrico, pois a assistência prestada nos serviços de saúde pode ter impacto limitado se não se considerar que a mãe, a família, os responsáveis e os cuidadores exerçam papel fundamental na recuperação, manutenção e proteção da saúde infantil no domicílio⁽⁷⁰⁾.

As principais modificações no conteúdo do indicador Rede de apoio e suporte foram motivadas por considerar que a presença do acompanhante perto da criança é mais importante que qualquer intervenção técnica que possa ser realizada, pois a presença pressupõe afeto.

Além disso, a presença de pessoa significativa importa ao hospital aspectos da convivência extra hospitalar e permite cuidar da identidade do paciente, que envolve sua crença, cultura e valores que o paciente vive, trazidos de seus pais ou pessoas significativas. Considerando que o paciente deverá crescer e se desenvolver com essa família, a hospitalização é uma oportunidade de identificar hábitos não saudáveis ou riscos e tentar se aproximar da família, que poderá estar mais reflexiva e aberta para adotar estratégias de promoção à saúde. Para essa aproximação, foi considerado de importância relevante o tempo de presença no hospital, pois o vínculo é construído diariamente, resultado da confiança e do respeito que devem ser persistentes e coerentes⁽²²⁾ na prática diária da enfermagem.

Na terceira AFE foram extraídos três fatores com 65% de variância de explicação para o Modelo de assistência centrado na criança e sua família. A contagem de resíduos, ou seja, variância não explicada pelos indicadores nessa

terceira fase foi de 38%, o que denotou uma melhoria do ICPP em relação à sua versão inicial.

A carga fatorial maior que 0,60 e menor que 0,90 indicaram uma estrutura bem definida. No entanto, no que se refere à representatividade dos indicadores em seus respectivos domínios os valores de comunalidades menores que 0,6 para os indicadores Atividade, Eliminações e Integridade cutâneo mucosa remeteu à necessidade de novo refinamento em seus conteúdos.

Os valores de comunalidades menores que 0,6 para os indicadores como Oxigenação e Terapêutica Medicamentosa foram justificados pelo fato de que na amostra houve pouca variabilidade nesses indicadores, pois houve predomínio de afecções respiratória com uso de oxigênio (3 pontos) e, praticamente todas as crianças recebiam medicações por via endovenosa (3 pontos).

Quanto à baixa comunalidade para os indicadores Eliminações, Atividade, Integridade Cutâneo Mucosa e limítrofe para Alimentação e Hidratação, analisadas sob à luz das críticas dos enfermeiros quanto à redação desses indicadores, nova intervenção conceitual necessitou ser realizada.

As críticas apresentadas e a dificuldade de avaliação na prática do indicador Integridade cutâneo mucosa remeteram a uma dificuldade e não concordância com as situações graduadas que descreviam curativos de baixa, média e alta complexidade.

Na prática assistencial, um curativo em um cateter venoso central ou um cateter central de inserção periférica, pode ser considerado de pequeno porte, no entanto, sua manipulação preferencialmente realizada por enfermeiros e a

necessidade de recursos tecnológicos leves, ou seja conhecimento, habilidade, além da interação com a criança e a possibilidade de utilizar a técnica instrucional de brinquedo terapêutico, transforma a “simples tarefa” de reproduzir uma técnica de curativo em uma oportunidade de estímulo ao desenvolvimento, promoção da catarse do paciente pediátrico e, ainda reduzir danos por infecção ou por traumas psicológicos exacerbados por uma abordagem inadequada do procedimento⁽⁹¹⁻⁹⁴⁾.

Os indicadores Atividade, Eliminações e Alimentação e hidratação englobam necessidades de cuidados referentes ao processo de desenvolvimento normal e, por isso, suas modificações contemplaram situações como a amamentação e o treino de esfínteres que podem ser estimuladas pela enfermagem e não serem interrompidas devido ao adoecimento da criança durante o processo de desenvolvimento. Com isso, novas modificações neste indicador foram investidas, por não admitir sua retirada do instrumento conforme a sugestão da técnica estatística.

No indicador Eliminações, foi inserido em três pontos o treino de esfínteres. Para Alimentação e Hidratação, a “amamentação eficaz” foi sugerida como um ponto e a “Amamentação Ineficaz” quando a enfermagem precisa intervir para estimular a Amamentação, foi acrescido em três pontos, além disso foram preservados a dificuldade e a colaboração do paciente pediátrico em aceitar a alimentação.

As condições problemáticas como recusa de alimentação ou dificuldade de deglutição, disfunção motora oral que pressupõe risco de aspiração, são problemas que podem ser resolvidos com poucas intervenções⁽⁹⁵⁾, no entanto em uma unidade de internação pediátrica de um hospital terciário, pode ser

considerado considerável a representatividade de pacientes que necessitem de intervenções como nutrição ou hidratação parenteral ou cuidados com estomas.

No indicador Atividade foram considerados em sua reconstrução que a estimulação oferecida pelo meio ambiente provém das condições que se oferece à criança, como elementos estimuladores que proporcionem experiências significativas à criança, destacando-se espaço físico, objetos e, principalmente as pessoas por serem responsáveis pela transmissão de sensações cinestésicas, experiências sensoriais, cognitivas, motoras e sociais à criança, por meio do relacionamento interpessoal exercido durante os cuidados prestados^(92, 96).

No ambiente hospitalar, grande parte das decisões são tomadas no lugar da criança, as brincadeiras oferecidas são oportunidades de fazer escolhas e, ainda que uma criança opte por não participar de uma determinada atividade, pode ser a única oportunidade de escolha que a criança pode ter ao longo do dia. Ao atribuir à criança a decisão da atividade que ela quer realizar, a recreação proporciona a criação de um mundo próprio, onde as atividades sejam relevantes para lidar com a situação pela qual estão passando e as experiências lhe propiciem satisfação e prazer⁽⁹²⁾.

O desenvolvimento da atividade da criança é essencial para o desenvolvimento da psique que é construída nas condições concretas da vida, os processos de infantis de imaginação ativa são inicialmente moldados no brinquedo e os processos de pensamento abstrato nos estudos⁽⁹⁶⁾. Desta forma, partindo da re-significação da avaliação do indicador Atividade com acréscimo da avaliação de interesse por estímulos, brincadeiras, jogos e acompanhamento do currículo escolar ou leitura espera-se que a avaliação do enfermeiro possibilite re-

criar possibilidades de um ambiente hospitalar propício para o desenvolvimento infantil no sentido de promover a continuidade do desenvolvimento, a melhoria nas relações humanas e a promoção da saúde.

A análise fatorial exploratória, utilizada como abordagem analítica de fator para o construto do instrumento, extraiu três fatores, enquanto domínios de cuidado, com variância de explicação maior que 60% nas três fases do estudo. Esse tipo de abordagem é considerado como um processo avançado da validade de um instrumento de classificação de pacientes por contemplar a virtude da parcimônia para explicação do construto, em detrimento da fábula do *mith of more* que considera que quanto mais fatores melhor^(39, 82, 90).

A validação dos três domínios no instrumento que centram o cuidado em três dimensões do processo de cuidar em enfermagem pediátrica revela a visão de se promover uma filosofia de cuidado que contemple o paciente pediátrico, os procedimentos terapêuticos derivados do processo saúde-doença e a inserção do familiar enquanto objeto de cuidado.

Essa inserção e o envolvimento de um acompanhante no processo terapêutico que tem ocorrido de forma normativa e não planejada, desafia os profissionais na dinâmica do trabalho enfatizando a necessidade em dirigir o olhar para a família como objeto de cuidado, ora como cuidadora, ora como participante do plano terapêutico, num processo de produção de relações que transcendem o atendimento clínico⁽⁹⁷⁾.

No contexto da prática assistencial, ainda que os pais tenham sido encorajados a ficar com os filhos durante a hospitalização e tenham se tornado agentes cuidadores, a possibilidade do desenvolvimento de ações que permitam a

produção de maior grau de autonomia não foi suficientemente explorada na experiência dessa nova convivência⁽⁹⁷⁾.

As reações indesejadas pela enfermagem por parte de pacientes e seus familiares envolvem comportamentos como manipulações, ingratidão, demonstrações de raiva e agressividade e o desafio está em assumir a possibilidade de ocorrência desses comportamentos e, assim, lidar racionalmente promovendo uma relação terapêutica com o paciente e sua família⁽⁶⁵⁾.

Por esses motivos, a validação do conteúdo do indicador Participação do Acompanhante contemplou o desempenho e a disponibilidade do acompanhante para incorporar novas habilidades de cuidado e situações de conflitos potenciais no processo de cuidar, como a ansiedade, o medo, a raiva ou a agressividade do familiar.

A organização do processo de cuidado depende, em grande parte, dos vários tipos de negociações que seus agentes estabelecem entre si⁽⁹⁷⁾, com isso, a validação do indicador Participação do acompanhante, visou instrumentalizar processos negociativos diários, potencialmente geradores de conflitos pois, seu monitoramento possibilita o oferecimento de feedback aos familiares sobre seu desempenho no cuidado, o que pode promover um sentimento de competência com diminuição da competitividade e da agressividade com a equipe de enfermagem⁽⁶⁵⁾.

A relevância da validação e do monitoramento do indicador Rede de apoio de suporte familiar reside na importância da enfermagem adotar atitudes compreensivas no processo de cuidar, caminhando para a construção de novos entendimentos das situações que as famílias enfrentam⁽⁷⁰⁾.

Na ocorrência de hospitalizações as mães podem se sentir divididas ao assumir uma postura de exigência consigo mesma, pois, ao mesmo tempo que se atribuem o caráter de ser insubstituível no papel do cuidado com o filho doente e canalizam suas energias para esse filho, acumulam papéis que poderiam ser desempenhados concomitantemente como atividades de educadora, dona de casa, companheira, trabalhadora e até seu próprio cuidado pessoal. Nessas condições, os membros da família tendem a se reorganizar para dar continuidade à atenção requerida pelos filhos que ficaram em casa. Sendo que em algumas realidades os outros filhos deixam de ir à escola e, muitas vezes cuidam dos irmãos menores^(68, 98).

As necessidades dos familiares em internações de longa duração, não têm recebido a devida atenção^(65, 72-73) e uma dificuldade encontrada na implementação do cuidado centrado na família, reside em prover suporte adequado aos pais. Ainda que se assuma que a falta de possibilidade de descanso ou privação de sono é problemática, os pais são relutantes em deixar seus filhos doentes por considerar a impossibilidade da enfermagem em promover o cuidado direto a um único paciente⁽⁷²⁾.

O monitoramento dos indicadores Rede de apoio e suporte e Participação do acompanhante em um gráfico de tendência em cada unidade de internação permite considerar a possibilidade de manter o paciente acompanhado o tempo todo, com revezamento entre pais e familiares.

Considerando que os centros hospitalares de maior complexidade podem estar distantes das casas das famílias⁽⁶⁵⁾, o compartilhamento dos dados do indicador Rede de apoio e suporte familiar com profissionais assistentes sociais

podem apontar uma solução ou um amparo aos familiares que por problemas financeiros não têm possibilidade de revezamento ou mesmo retorno eventual ao lar para que possam se recompor e voltar a cuidar de seus entes queridos.

Além disso, seguindo a lógica das profissões⁽²⁶⁻²⁷⁾, a partilha desses indicadores com profissionais da assistência social, pode possibilitar que as famílias encontrem uma rede de apoio, como transportes para suas cidades de origem, que permitam o descanso e recomposição dos pais enquanto pessoas e cuidadores.

A correlação moderadamente negativa entre idade e a categoria de cuidado aferida pelo ICPP nas três fases é justificada pela concentração de cuidados diretos necessários aos pacientes menores de seis anos e denota que a avaliação propiciada pelo instrumento não se restringe aos cuidados diretos porque a demanda de assistência também é influenciada pela severidade da doença e pelas necessidades de recursos tecnológicos⁽³⁷⁾.

A classificação de pacientes menores de seis anos na categoria de cuidados mínimos ou intermediários não foi considerada adequada na primeira e na segunda fase do estudo, por considerar que o número de horas de enfermagem estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem de apenas 3,8 horas para cuidados mínimos e 5,6 horas para assistência intermediária⁽⁵⁹⁾ podem não refletir as reais necessidades de cuidado do paciente pediátrico menor de seis anos.

As necessidades de cuidado derivam da completa dependência dos lactentes no atendimento de suas necessidades humanas básicas à necessidade de vigilância e segurança constante, uma necessidade essencial na primeira

infância, pois pré-escolares apresentam muita curiosidade para explorar o mundo e assim se desenvolverem^(60, 62, 99).

A validação do instrumento permitiu eliminar o número de pacientes menores de seis anos na categoria de cuidados mínimos, no entanto, pacientes com idades próximas a seis anos, foram classificados como cuidados intermediários e pacientes menores de 12 anos como cuidados mínimos.

Embora essa classificação não esteja de acordo com a conceituação construída e validada com referências sobre o desenvolvimento infantil⁽⁶⁰⁾, pode-se considerar que exceções poderão ocorrer, pois o desenvolvimento infantil é categorizado em estágios aproximados que descrevem aspectos de um grupo etário, cujos limites são arbitrários e não levam em consideração as diferenças individuais, mas permitem a descrição das características associadas à maioria das crianças⁽¹⁰⁰⁾.

Em estudo para o dimensionamento de pessoal em uma unidade de pronto atendimento em São Paulo, foi mencionada a classificação de pacientes menores de seis anos nas categorias de cuidados mínimos e intermediários de forma subjetiva por dois enfermeiros que atribuíram maior autonomia da criança às suas origens sócio econômicas menos favorecidas⁽⁴⁾, entretanto, esta classificação não está fundamentada nos conceitos validados da literatura⁽⁶⁰⁾ e desconsidera as necessidades de segurança essencial para que uma criança cresça e se desenvolva⁽⁶²⁾.

Acredita-se que, o foco do Enfermeiro em serviço de urgência priorize ações diretas de cuidado para a resolução de problemas pontuais e imediatos, que não consideram ações e medidas de promoção da saúde e manutenção do

desenvolvimento, pois o estudo apontou que os enfermeiros consideraram que a classificação de pacientes menores de seis anos na categoria de cuidados intermediários seria possível por razões culturais que levariam a maior autonomia de cuidados pessoais⁽⁴⁾.

Destaca-se que, ainda que um dos principais objetivos da classificação de pacientes seja a fundamentação do dimensionamento de pessoal em enfermagem, o valor das tarefas de enfermagem não deve ser superior ao valor das necessidades do paciente pediátrico.

Com esses pressupostos, nas unidades onde o cuidado técnico-instrumental deva ser mais intenso que o afetivo-reflexivo por questões de sobrevivência e sustentabilidade, como na unidade de urgência citada⁽⁴⁾, são recomendados a utilização de sítios funcionais⁽⁵⁹⁾ e estudos para a adaptação de instrumentos de medida de carga de trabalho por tempo de cuidados diretos e indiretos para a pediatria seguida pela aplicação em fórmula de dimensionamento de pessoal de enfermagem⁽¹⁰¹⁾.

Essa recomendação reserva ao ICPP a função de identificar as necessidades de cuidado da clientela pediátrica, compor relatórios gerenciais que propiciem o planejamento estratégico de políticas de promoção da saúde para o cuidado integral do paciente pediátrico e sua família.

Como o instrumento foi construído por uma enfermeira, teve a validação de conteúdo realizada por enfermeiras, e as evidências de validade relacionada com critério deste estudo permitem afirmar que há sentido nas medidas do ICPP para os enfermeiros avaliadores, recomenda-se que, para assegurar a validade dos dados do instrumento, o mesmo deve ser aplicado por enfermeiros.

São recomendados novos estudos para quantificar o número de horas de assistência por categoria de cuidado em pediatria para compor o SCP pediátricos e assim, contribuir com a operacionalização do dimensionamento de pessoal em pediatria com maior segurança e confiabilidade.

A homogeneidade do ICPP foi comprovada por valores de Alfa maiores que 0,70⁽⁸²⁾ ou seja o ICPP-original apresentou $\alpha=0,76$, o ICPP-refinado apresentou $\alpha=0,78$ e o ICPP-revisado apresentou $\alpha= 0,77$.

Outra evidência da homogeneidade do instrumento se deve aos valores de alfa corrigidos pela padronização dos itens. Essa medida se deve porque o Alfa de Cronbach tem relação positiva com o número de itens na escala, ou seja, quanto maior o número de itens, maior o Alfa⁽⁸²⁾.

Como o instrumento é objetivo com apenas 11 indicadores, a técnica estatística que considera o limitado número de indicadores apresenta uma correção do valor de alfa destacando a homogeneidade da escala pelos valores corrigidos, de forma que o ICPP-original apresentou α corrigido igual a 0,89, o ICPP-refinado apresentou α corrigido igual a 0,94 e o ICPP-revisado apresentou α corrigido igual a 0,92.

A análise dos valores de Alfa da escala para uma suposta exclusão de itens é importante pois um número maior de indicadores interfere inflando o valor do alfa, com isso, busca-se identificar indicadores que, ao serem excluídos, ocasionariam diminuição do alfa na escala⁽⁸²⁾.

Nesse estudo pode ser verificado que em nenhuma das três fases a exclusão de algum indicador interferiria suficientemente na homogeneidade da escala para que o valor de alfa fosse menor que 0,7.

Na avaliação da consistência interna do instrumento original, verificou-se que todos os indicadores exceto Terapêutica medicamentosa e Integridade cutâneo mucosa apresentaram correlação item com total superiores ao recomendado para se considerar a consistência do ICPP. Apenas os referidos indicadores apresentaram baixas correlações item-item e item-total evidenciando seus baixos níveis de consistência interna. Considerando que a validade interfere na confiabilidade, após as modificações propiciadas pela validação do conteúdo, houve aumento dos níveis de correlação item-total para o instrumento.

Na segunda fase, ainda que o indicador Eliminações não tenha apresentado correlação maior que 0,3 com indicadores dos domínios Procedimentos terapêuticos e indicador Participação do acompanhante a consistência interna do instrumento refinado não pode ser considerada comprometida.

Na análise da consistência interna do ICPP revisado na terceira fase, verificou-se que os indicadores Terapêutica medicamentosa e Integridade cutâneo mucosa, do Domínio Procedimentos terapêuticos, obtiveram valores de correlação com o total, menores que 0,5 e baixa correlação com indicadores dos outros domínios. O indicador Rede de apoio e suporte familiar obteve baixas correlações com indicadores do domínio Paciente, por ter seu foco de avaliação mais voltado ao familiar.

A interpretação dos fatores extraídos da validação do construto, permitem inferir que as correlações inter itens menores que 0,3 entre indicadores de domínios diferentes não abala a evidência da consistência interna do ICPP revisado.

Esses achados permitem afirmar que o Instrumento de classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini possui confiabilidade no que se refere à homogeneidade e à consistência interna.

Ainda que o instrumento de classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini tenha passado por processo de validação, é necessário conduzir estudos para monitorar suas propriedades de validade e confiabilidade em diferentes unidades que tenham a intenção de utilizá-lo⁽³⁹⁾.

Recomenda-se estudos para a avaliação do ICPP quanto aos critérios considerados importantes para a eficiência de um instrumento de classificação de pacientes como: a simplicidade, a utilidade para embasar decisões relacionadas a recursos humanos e materiais, a objetividade e a aceitabilidade pelos enfermeiros de diferentes localidades⁽³⁹⁾.

Os dados provenientes do histórico, diagnóstico, prescrição e anotações de enfermagem devem fundamentar a classificação do paciente pelo ICPP e, assim como a Sistematização da Assistência de Enfermagem a classificação de pacientes deve considerar a família enquanto agente e objeto de cuidado.

Essa mudança no foco de visão dos cuidados em saúde pode devolver aos enfermeiros a satisfação com o trabalho de enfermagem, ao possibilitar o reconhecimento de sua obra como um todo⁽²³⁾, a retirada do foco na carga de

trabalho e na vitimização inerente do tenso ambiente das instituições hospitalares com objetivos de desenvolvimento profissional e pessoal⁽⁶⁷⁾.

Resgatar na enfermagem a esperança de atuar promovendo saúde desde o nascimento, em todas as crises situacionais vivenciadas pelas pessoas até a finalização do ciclo vital com promoção da morte digna, é um imperativo existencial na arte do cuidado.

6. Conclusão

Este estudo permitiu validar o instrumento de classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini para a classificação de pacientes pediátricos nas cinco categorias de cuidado: cuidados mínimos, intermediários, alta-dependência, semi-intensivo e intensivos.

A estrutura do ICPP com onze indicadores de cuidado e quatro situações de dependência para cada um dos indicadores, já validada em estudo anterior, foi preservada na validação do conteúdo.

O processo de validação de conteúdo do ICPP permitiu refinar a descrição dos indicadores e situações graduadas e também reorganizar o instrumento em uma sequência que propiciasse a avaliação ordenada do paciente enquanto membro de uma família, para o foco de suas necessidades, enquanto ser em desenvolvimento e, por último, para as necessidades de cuidado derivadas da patologia.

Os resultados da análise do construto do ICPP foram coerentes com os resultados da análise do conteúdo, encontrando três domínios com variância de explicação maior que 60% no total. O domínio Família engloba dois indicadores: “Participação do acompanhante” e “Rede de apoio e suporte familiar”; o domínio paciente contempla seis indicadores: “Atividade”, “Oxigenação”, “Mobilidade e Deambulação”, “Eliminações” e “Higiene e cuidado corporal”; e o domínio Procedimentos terapêuticos contempla três indicadores: “Intervalo de aferição de controles”, “Terapêutica medicamentosa” e “Integridade cutâneo mucosa”.

Foi encontrada correlação moderadamente negativa entre idade e a categoria de cuidado aferida pelo ICPP devido à maior concentração de cuidados diretos aos pacientes com menor idade.

A homogeneidade do ICPP foi comprovada por valores de Alfa maiores que 0,70 em todas as fases do estudo.

Na análise da consistência interna do ICPP foram encontradas correlações maiores que 0,5 para os indicadores com o total e maiores que 0,3 entre os indicadores de cada domínio o que apontam para a confiabilidade do instrumento.

7. Considerações Finais

A utilização do ICPP como referencial para a classificação de pacientes pediátricos permite estabelecer comparações quanto às necessidades de enfermagem em diferentes realidades, não se restringindo a comparações por diagnóstico médico, idade, sexo entre outros parâmetros objetivos.

Essas comparações abrem novas possibilidades de pesquisas para identificar o tempo de assistência dispendido entre categorias de cuidado semelhantes em realidades distintas e, assim, possibilitar pesquisas de dimensionamento de pessoal específicas para unidades pediátricas.

Embora a análise do construto tenha apontado até 74,97% de variância de explicação para os três domínios do ICPP proposto por Dini, são recomendadas novas análises com auxílio de técnicas estatísticas para a análise fatorial confirmatória.

Ainda que a hebiatria tenha se desenvolvido nas últimas décadas, a validação do instrumento não focou em nenhum momento nas características dos adolescentes dado que esses participaram da amostra enquanto pacientes hospitalizados em unidades pediátricas. São recomendados novos estudos especificamente para verificar a validade do instrumento para pacientes hebiátricos.

A lógica *fuzzy* pode ser indicada em estudos futuros para reavaliar a redistribuição dos escores da escala para confrontar as características de pacientes às categorias de cuidado.

Novos estudos são recomendados para associar a utilização do ICPP às tecnologias de informação que acrescentem praticidade e eliminem o re-trabalho

na classificação de pacientes. Recomenda-se, ainda, a realização de pesquisas que associem os custos e ressarcimentos de diárias hospitalares por categoria de cuidado de enfermagem para promover melhorias nas estruturas de atendimento.

A busca por instrumentos que mensurem de forma objetiva e prática o foco do trabalho de enfermagem tem aplicações incontestáveis na promoção de estratégias que possibilitem o equilíbrio entre a demanda e a oferta de assistência de enfermagem. No entanto, entendo que essa busca por instrumentos também reflete a necessidade dos enfermeiros em tornar concreto seu objeto de cuidado, nas ocasiões em que a teoria parece se distanciar da prática e surgem os conflitos internos decorrentes de pressões por produtividade e efetividade para a realização de tarefas e procedimentos de enfermagem em detrimento de um foco mais abrangente que seria a promoção da saúde para os familiares e pacientes pediátricos.

Destaca-se que, ainda que um dos principais objetivos da classificação de pacientes seja a fundamentação do dimensionamento de pessoal em enfermagem, o valor das tarefas de enfermagem não deve ser superior ao valor das necessidades do paciente pediátrico.

Sendo assim a promoção da saúde no trabalho de enfermagem deve se tornar um imperativo para que a enfermagem avance para um futuro com mais esperança e satisfação com o trabalho.

O processo de validação de um instrumento é complexo, contínuo e interminável, pois atribuir aos números a responsabilidade de traduzir a demanda de cuidados de enfermagem pediátrica impõe a necessidade de progredir constantemente junto com as tecnologias do cuidado.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dini AP. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de um instrumento. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2007.
2. Bochembuzio L. Avaliação do instrumento Nursing Activities Score (NAS) em neonatologia. [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
3. Fugulin FMT. Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares: análise da Resolução COFEN no293/04. [Tese –Livre Docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.
4. Rossetti AC. Carga de trabalho de profissionais de enfermagem em pronto socorro: proposta metodológica. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.
5. Gouveia MTO, Mendes MCS, Luz YPO, Silva GRF. Classificação de pacientes pediátricos em um hospital de ensino de Teresina. Rev Rene. 2010;11(especial): 160-8.
6. Dini AP, Paolis MIM, Higa R. Classificação de pacientes pediátricos em enfermarias. In: Carvalho SD (org). O enfermeiro e o cuidar multidisciplinar na saúde da criança e do adolescente. São Paulo: Atheneu; 2012. p.119-25.
7. Andrade S, Serrano SV, Nascimento MAS, Peres SV, Costa AM, Lima RAG. Avaliação de um instrumento para classificação de pacientes pediátricos oncológicos. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(4):816-21.

8. Lourenço E, Jinzenji MY. Ideais das crianças mineiras no século XX: mudanças e continuidades. *Psic Teor. e Pesq.* 2000; 16(1):41-8.
9. Enes, RM. Do arado à internet: como trabalharemos amanhã? *Rev FADOM.* 2003; 13 (1): 37-53.
10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care.* 2002; 14(1):5-13.
11. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am. enfermagem* 2005; 13(1):72-8.
12. Pinheiro RS, Escosteguy CC. Epidemiologia e serviços de saúde. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch, KV, Luiz, RR, Werneck, GL. *Epidemiologia.* São Paulo: Atheneu; 2003. p.361-9.
13. Rainio AK, Ohinmaa AE. Assessment of nursing management and utilization of nursing resourcer with the RAFAELA patient classification system- case study from the general wards of one central hospital. *J. Clinical nursing* 2005; 14:674-84.
14. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 2000; 51:1611-25.
15. Varkey P, Reller K, Resar RK. Basics of quality improvement in Health Care. *Mayo Clin. Proc.* 2007; 82(6):735-9.
16. Malloch K, Conovaloff A. Patient Classification Systems, part 1. The third generation. *JONA* 1999; 29(7/8):49-56.
17. Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino [Tese -

Doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

18. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction JAMA 2002; 288(16):1987-93.

19. Chiesa AM, Fracoli LA, Veríssimo MDOR, Lourdes E, Zoboli CP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde como base da promoção da saúde. Rev Esc Usp 2008; 43 (Esp2):1362-7.

20. Silva MJP. Comunicação como ferramenta de gestão. In. Harada MJCS (org.). Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2011. p.150-3

21. Bobroff MCC. Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivos no aluno de enfermagem: construção de Instrumentos. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.

22. Capelatto IR, Martins-Filho J. Cuidado afeto e limites: uma combinação possível. Campinas (SP): Papyrus; 2012. 155p.

23. Cortella, MS. Qual é a tua obra? Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. Petropolis (RJ): Vozes; 2010. 141p.

24. Harper K, McCully C. Acuity systems dialogue and patient classification system essentials. Nur. Adm. Q. 2007; 31(4):284-99.

25. Sancinetti TR, Soares AVN, Lima AFC, Santos NC, Melleiro MM, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. Rev. Esc. Enferm. USP 2011; 46(4):1007-12.
26. Cunha ICKO. Filosofia e política institucional e promoção da gestão do cuidado. Harada MJCS (org.). Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2011.
27. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, RJ: Abrasco; 2003. p.197-210.
28. Kurcgant P. Satisfação da equipe de enfermagem como indicador de qualidade na gestão. In. Harada MJCS (org.). Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2011.
29. Munhoz S. Gerenciamento dos custos da assistência de enfermagem. In. Harada MJCS (org.). Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2011.
30. Vesterinen S, Suhonen M, Isola A, Paasivaara L. Nurse managers' leadership styles in Finland. Nursing Research and Practice 2012: Article ID 605379, 8 pages doi:10.1155/2012/605379.
31. Gomes PC. A gestão e a visão holística. In. Harada MJCS (org.). Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2011.

32. Savory A. Butterfield J. Holistic management: a new framework for decision making. Washington DC: Island Press; 1998.641p.
33. Dossey BM, Keegan L. Holistic nursing: a handbook for practice. Mississauga, Ontario (Canada): Jones & Bartlett Learning; 2009. 785p.
34. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificar de pacientes. Rev Latino-Am. Enfermagem 2011; 19(1):58-66.
35. Giovannetti P. Understanding patient classification systems. J. Nurs. Adm. 1979; 9(2): 4-9.
36. Alward RR. Patient classification systems: the ideal vs. reality. J. Nurs. Adm. 1983; 13(2): 14-9.
37. Huber D. Staffing and scheduling. In: Huber D. (org). Leadership and nursing care management. Philadelphia: Saunders; 2000. p.573-90.
38. Hurst K. Relationships between patient dependency, nursing workload and quality. International Journal of Nursing Studies 2005; 42: 75-84
39. De Groot HA. Patient classification system evaluation Part 1: Essential system elements. J. Nurs. Adm. 1989; 19(6):30-5.
40. Trofino J. JCAHO nursing standards nursing care hours and LOS per DRG: Part I. Nurs. Manage. 1989;20(1): 29-32.
41. De Groot HA. Patient Classification System Evaluation: Part 2: System selection and implementation. JONA 1989; 19(7); 24-30.

42. Twigg D, Duffield C, Bremmer A, Rapley P, Finn J. Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of Advanced Nursing* 2012; 68(12), 2710-8. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05971.x
43. Mark BA, Harless DW, Berman WF. Nurse staffing and adverse events in hospitalized children. *Policy Politics Nursing Practice* 2007; 8:83. DOI 10,1177/1527154407303499
44. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing levels and the quality of care in hospitals. *N. Engl. J. Med.* 2002; 346(22): 1715-22.
45. Queijo AF, Padilha KG. Instrumento de medida da carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.). *Rev. Paul. Enfermagem* 2004; 23(2):114-22.
46. Perroca MG, EK AC. Utilization of patient classification systems in Swedish hospitals and the degree of satisfaction among nursing staff. *J. Nurs. Manage.* 2007; 15: 472-80.
47. Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. *Rev Med HU-USP.* 1994;4(1/2):63-8.
48. Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quarto grau de dependência do Cuidado de Enfermagem. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2000; 8 (2):74-82

49. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev. Esc. Enf. USP 1998;22(2):153-68.
50. Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
51. Santos F, Rogenski NMB, Baptista CMC, Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2007;15(5): 980-5.
52. Bochembuzio L, Gaidzinsk RR. Instrument for classification of neonates in according of dependence degree of nursing's care. Acta Paul Enferm. 2005; 18(4):382-9.
53. Yoxall CW, Cooke RWI, Shaw NJ, Subhedar NV, Weindling AM. Dependency level of babies on the neonatal unit: a comparison of two different classification systems. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2001; 85:173–6.
54. Martins PASF, Forcella HT. Patient system classification in psychiatric nursing. Acta Paul. Enferm. 2006; 19(1):62-9.
55. Kajsa BET, Berit MN, Per Nyberg, Bengt VS. Can care of elderly be measured? A method for estimating the individual care of recipients in community health care. BMC Geriatrics. 2006;6:14. Doi: 10.1186147-2318-6-14.

56. HyunSoo Oh, WhaSook Seo. Validity for the critical patients severity classification system developed by the Korean Clinical Nurse Association. Australian Journal of Advanced Nursing. 2008;25 (3):49-57.
57. Malloch K, Conovaloff A. Patient Classification Systems, part 1. The third generation. J. Nurs Adm 1999; 29 (7/8): 49-56.
58. Klauss SF, Dunton N, Gajewski B, Potter C. Reliability of the nursing care hour measure: a descriptive study. Int. J. Nurs. Stud. 2012; doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.012
59. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 293/2004. Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados [Publicação Digital]. Núcleo de documentação e informação [acesso em 21 de dezembro de 2012]; Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/RESOLUCAO2932004.PDF>
60. Dini AP, Fugulin FMT, Veríssimo MDLOR, Guirardello EB. Pediatric Patient Classification System: construction and validation of care categories. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(3):575-80.
61. Capelatto IR. Diálogos sobre a Afetividade- O nosso lugar de cuidar. Campinas (SP): Papyrus; 2008.126p.
62. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças. Porto Alegre: Artmed; 2002. 213 p..

63. Brasil. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília; 1990.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília; 2004. 80 p.
65. Sieben-Hein D, Steinmiller EA. Working with complex care patients. *Journal of Pediatric Nursing* 2005; 20(5): 389-95.
66. Elsen I, Patricio ZM. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas aplicações para a enfermagem. In: Schimtz EMR (org). *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo: Atheneu, 1989. P.169-81.
67. Small, D., Small, R., (May 31, 2011) "Patients First! Engaging the Hearts and Minds of Nurses with a Patient-Centered Practice Model" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 16 (2): DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man02
68. Faquinello P, Collet N. Vínculo afetivo mãe-filho na unidade de alojamento do conjunto pediátrico. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2003; 24(3):294-304.
69. Campos CJG, Murakami R. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. *Rev. Bras. Enferm.* 2011; 64(2):254-60.
70. Mello DF, Lima RAG. Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêuticas para o cuidado de enfermagem à criança. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(4): 580-5.
71. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMF. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev. Bras. Enferm* 2010;63(1): 132-5.

72. Hutchfield K. Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(5), 1178-87.
73. Hobson L, Noyes J. Fatherhood and children with complex healthcare needs: qualitative study of fathering, caring and parenting. *BMC Nursing* 2011; 10(5): doi:10.1186/1472-6955-10-5.
74. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15 (2):463-70.
75. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2007; 15(5):1048-9.
76. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(3):502-7.
77. Lobiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 330p.
78. Contandriopoulos A, Champagne F, Potvin L, Denis J, Boyle P. *Saber preparar uma pesquisa: Definição, estrutura, financiamento*. 3ª. Edição. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco; 1999. 215p.
79. McDowell I, Newell C. The theoretical and technical foundations of health measurement. In: *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford: Oxford University Press;1996. p.10-46.

80. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research* 1986; 35: 382-5
81. McGibbon G. How to make a questionnaire work. *Nurs Times* 1997; 92(23): 46-8.
82. Hair JF, Anderson RE; Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman; 2009. 688p.
83. Pasquali L. *Psicometria*. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009; 43(Esp):992-9.
84. Streiner DL, Norman G. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Great Britain: Oxford Medical Publications; 2001. 230 p.
85. Vet HCW, Terwee CB, Bouter LM. Current challenges in clinimetrics. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003; 56:1137-41.
86. Fagerström L, Rainio AK, Rauhala A, Nojonen K. Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(2):481-90.
87. Hospital de clínicas da UNICAMP. Institucional. [Publicação Digital]. [acesso em 21 de dezembro de 2012]; Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/institucional/institucional.shtml>
88. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(7): 3061-8.
89. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health* 2006; 29:489-97.

90. Figueiredo-Filho DB, Silva-Junior JÁ. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin.Publica* 2010; 16(1): 160-85.
91. Almeida FA, Kiche MT. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(2):125-30.
92. Bortolote GS, Brêtas JRS. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(3):422-9.
93. Winkelstein ML. Perspectivas da enfermagem pediátrica. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein. Elsevier, 2006. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. p.1-21
94. Weber FS. The influence of playful activities on children's anxiety during the preoperative period at the outpatient surgical center. *J Pediatr.* 2010;86(3):209-14.
95. Garro A, Thurman SK, Kerwin MLE, Ducette JP. Parent/Caregiver stress during pediatric hospitalization for chronic feeding problems. *Journal of Pediatric Nursing* 2005; 20(4): 268-71.
96. Vigotskii LS, Luria NA, Leontiev NA. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. São Paulo: Ícone, 2012. 227 p.
97. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(2):191-7.
98. Faquinello P, Hiragashi IH, Marcon SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto contexto Enferm* 2007; 16(4):609-16.

99. Schimtz EMR. A problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos.
In: Schimtz EMR et al. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo:
Atheneu, 1989. 181-96.
100. Wong DL. Influências do desenvolvimento na promoção à saúde da Criança.
In: Wong DL Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.
5ª. Edição Guanabara Koogan, 1999. p.73-92.
101. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal em enfermagem em instituições
hospitalares [Tese - Doutorado]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo;1998.

9. Anexos

ANEXO-1 Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos

Atividade: Possibilidade de manutenção de atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento, exercitando as habilidades pertinentes a cada idade e interagindo com acompanhante, equipe ou com outras crianças para sorrir, brincar, conversar, etc.	
1	Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária
2	Sonolento
3	Hipoativo ou Hiperativo ou Déficit no desenvolvimento
4	Inconsciente ou sedado ou coma vigil
Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.	
1	6/6 horas
2	4/4 horas
3	2/2 horas
4	Intervalo menor de 2 horas
Oxigenação: Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.	
1	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas
2	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro
3	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia
4	Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva)
Terapêutica Medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações.	
1	Não necessita de medicamentos
2	Necessidades de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral
3	Necessidades de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)
4	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos
Integridade Cutâneo Mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.	
1	Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea
2	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte
3	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou períneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte
4	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte
Alimentação e Hidratação: Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.	
1	Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo
2	Via oral com auxílio e paciente colaborativo

3	Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia)
4	Nutrição parenteral ou via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração
Eliminações: Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha, e/ou necessidade de uso de sondas.	
1	Vaso sanitário sem auxílio
2	Vaso sanitário com auxílio
3	Fraldas (necessidade de um profissional para a troca) ou sonda vesical de demora
4	Sonda vesical de alívio ou estomas ou uso de comadre ou urinol ou fraldas (necessidade de dois profissionais para a troca)
Higiene Corporal: Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.	
1	Banho de aspersão sem auxílio
2	Banho de aspersão com auxílio
3	Banho de imersão ou banho em cadeira
4	Banho no leito ou na incubadora ou necessidade de mais de um profissional da enfermagem para a realização de qualquer banho
Mobilidade e Deambulação: Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais	
1	Deambulação sem auxílio
2	Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio
3	Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio
4	Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito
Participação do Acompanhante: Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente	
1	Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las
2	Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico
3	Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e é resistente a buscar auxílio e a mudanças
4	Acompanhante parece não estar atento, nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e/ou desacompanhado
Rede de Apoio e Suporte: Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital.	
1	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo
2	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia
3	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia
4	Desacompanhado
11 - 17 pontos: <u>Cuidados mínimos</u> ; 18 - 23 pontos: <u>Cuidados intermediários</u> ; 24 - 30 pontos: <u>Cuidados de alta dependência</u> ; 31 - 37 pontos: <u>Cuidados semi-intensivos</u> 38 - 44 pontos: <u>Cuidados intensivos</u>	

ANEXO-2



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 27/07/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 646/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0501.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS: VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ariane Polidoro Dini

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 08/07/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/07/11 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II - OBJETIVOS

Avaliar a validade e a confiabilidade do ICPP, identificar quais situações graduadas determinam as categorias de cuidado, avaliar a consistência interna do ICPP e reestruturar o ICPP frente aos resultados da Análise Fatorial Exploratória.

III - SUMÁRIO

Estudo quantitativo, com delineamento metodológico. A coleta de dados ocorrerá na Unidade da Saúde da Criança e do Adolescente de um hospital universitário. O ICPP será aplicado pela pesquisadora em 540 voluntários. Os dados serão analisados por meio das técnicas de análise discriminante e análise fatorial exploratória.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto bem estruturado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pode ser dispensado uma vez que a classificação será feita mediante dados do prontuário.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, a dispensa do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

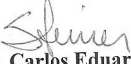
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de julho de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

10. APÊNDICES

APÊNDICE 1

Planilha de coleta de dados. Parecer CEP 646/2010

Motivo Internação	Predição categoria cuidado	Idade	Sexo	Atividade	Intervalo Aferição Controles	Oxigenação	Terapêutica Medicamentosa	Integridade Cutâneo Mucosa	Alimentação Hidratação	Eliminações	Higiene Corporal	Mobilidade Deambulação	Participação Acompanhante	Rede Apoio Suporte
	N													
	1													
	2													
	3													
	4													
	5													
	6													
	7													
	8													
	9													
	10													

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE 2

Levantamento possibilidades de melhoria do ICPP

Reflita e responda para cada indicador, quais modificações no Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos você sugere:

Colocaria ou retiraria indicador?

Alteraria pontuação, acrescentaria outro indicador, acrescentaria outra situação, retiraria ou colocaria outra pontuação?

Atividade: Possibilidade de manutenção de atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento, exercitando as habilidades pertinentes a cada idade e interagindo com acompanhante, equipe ou com outras crianças para sorrir, brincar, conversar, etc.	
1	Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária
2	Sonolento
3	Hipoativo ou Hiperativo ou Déficit no desenvolvimento
4	Inconsciente ou sedado ou coma vigil
Sugestões:	
Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.	
1	6/6 horas
2	4/4 horas
3	2/2 horas
4	Intervalo menor de 2 horas
Sugestões:	
Oxigenação: Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.	
1	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas
2	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro
3	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia
4	Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva)
Sugestões:	

Terapêutica Medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações.	
1	Não necessita de medicamentos
2	Necessidades de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral
3	Necessidades de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)
4	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos
Sugestões:	
Integridade Cutâneo Mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.	
1	Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea
2	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte
3	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou períneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte
4	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte
Sugestões:	
Alimentação e Hidratação: Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.	
1	Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo
2	Via oral com auxílio e paciente colaborativo
3	Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia)
4	Nutrição parenteral ou via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração
Sugestões:	
Eliminações: Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha, e/ou necessidade de uso de sondas.	
1	Vaso sanitário sem auxílio
2	Vaso sanitário com auxílio
3	Fraldas (necessidade de um profissional para a troca) ou sonda vesical de demora
4	Sonda vesical de alívio ou estomas ou uso de comadre ou urinol ou fraldas (necessidade de dois profissionais para a troca)
Sugestões:	

Higiene Corporal: Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.	
1	Banho de aspersão sem auxílio
2	Banho de aspersão com auxílio
3	Banho de imersão ou banho em cadeira
4	Banho no leito ou na incubadora ou necessidade de mais de um profissional da enfermagem para a realização de qualquer banho
Sugestões:	
Mobilidade e Deambulação: Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais	
1	Deambulação sem auxílio
2	Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio
3	Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio
4	Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito
Sugestões:	
Participação do Acompanhante: Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente	
1	Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las
2	Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico
3	Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e é resistente a buscar auxílio e a mudanças
4	Acompanhante parece não estar atento, nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e/ou desacompanhado
Sugestões:	
Rede de Apoio e Suporte: Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital.	
1	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo
2	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia
3	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia
4	Desacompanhado
Sugestões:	
Outras sugestões/colocações:	

APÊNDICE 3
VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS

Prezada Enfermeira,

Desenvolvo uma pesquisa, na condição de doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde pretendo proceder com o processo de validação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) construído em 2007.

Este instrumento tem como objetivo levantar a demanda de enfermagem com a finalidade de dimensionamento de recursos humanos e materiais. O ICPP foi estruturado em: 11 indicadores representantes das principais áreas de atuação da enfermagem pediátrica; e, para cada indicador, quatro situações graduadas de 1 a 4 pontos, de forma crescente quanto à demanda de enfermagem.

Esta versão foi reformulada com base nas sugestões de usuários do ICPP e análises estatísticas propiciaram algumas modificações em conceitos e situações graduadas. Desta forma, convido a você, por seu reconhecido expertise profissional para avaliar os indicadores propostos com suas respectivas situações graduadas.

Para isso, será apresentada cada proposta de indicador original seguida pela proposta de modificações. Pede-se que seja assinalado um X na alternativa que melhor descrever o seu julgamento.

Para julgar o instrumento, considere que a demanda de cuidado de enfermagem envolve a complexidade (necessidades de recursos tecnológicos), a severidade (risco de morte), a dependência e tempo dispendido em atividades de cuidado direto ou indireto de enfermagem.

Agradeço antecipadamente sua disponibilidade em compartilhar seu tempo e conhecimento com esta pesquisa, certa de que sua valiosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo.

Pesquisadora: Ariane Polidoro Dini- e-mail: aridini@fcm.unicamp.br

Versão original	<p>ATIVIDADE: Possibilidade de manutenção de atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento, exercitando as habilidades pertinentes a cada idade e interagindo com acompanhante, equipe ou com outras crianças para sorrir, brincar, conversar, etc.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária 2- Sonolento 3- Hipoativo ou Hiperativo ou Déficit no desenvolvimento 4- Inconsciente ou sedado ou coma vigil
Versão proposta	<p>ATIVIDADE: Possibilidade de realizar atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento e de interagir com meio ambiente, acompanhante, familiares, equipe multidisciplinar e/ou com outros pacientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Demonstração de interesse a estímulos, com realização de brincadeiras e atividades compatíveis com a faixa etária 2- Demonstração de interesse a estímulos, com limitação para a realização de brincadeiras e atividades compatíveis com a faixa etária 3- Hipoativo OU Hiperativo OU Déficit no desenvolvimento OU Prejuízo de acuidade visual ou auditiva OU desinteresse por estímulos 4- Coma vigil, Inconsciente OU Sedado <p>O indicador proposto é:</p> <p>() Não relevante ou representativo; () Precisa de grande revisão para ser representativo; () Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou () Item relevante e representativo</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____ _____ _____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <p>() Não relevantes ou representativas; () Precisam de grande revisão para se tornarem representativas; () Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou () Situações relevantes e representativas</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____ _____ _____</p>

Versão	<p>Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.</p> <p>1- 6/6 horas 2- 4/4 horas 3- 2/2 horas 4-Intervalo menor de 2 horas</p>
Versão proposta	<p>Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, saturação de O2, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.</p> <p>1- 6/6 horas 2- 4/4 horas 3- 2/2 horas 4-Intervalo menor de 2 horas ou monitorização</p> <p>O indicador proposto é: () Não relevante ou representativo; () Precisa de grande revisão para ser representativo; () Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou () Item relevante e representativo</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____ _____ _____</p> <p>As situações graduadas propostas são: () Não relevantes ou representativas; () Precisam de grande revisão para se tornarem representativas; () Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou () Situações relevantes e representativas</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____ _____ _____</p>

Versão original	<p>Oxigenação : Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas 2- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro 3- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia 4- Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva)
Versão proposta	<p>Oxigenação: Possibilidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas 2- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro 3- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia 4- Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva) <p>O indicador proposto é:</p> <p>() Não relevante ou representativo;</p> <p>() Precisa de grande revisão para ser representativo;</p> <p>() Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou</p> <p>() Item relevante e representativo</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <p>() Não relevantes ou representativas;</p> <p>() Precisam de grande revisão para se tornarem representativas;</p> <p>() Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou</p> <p>() Situações relevantes e representativas</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Versão original	<p>Terapêutica Medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações.</p> <p>1- Não necessita de medicamentos 2- Necessidades de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral 3- Necessidades de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso) 4- Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos</p>
Versão proposta	<p>Terapêutica Medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações.</p> <p>1- Não necessita de medicamentos 2- Medicamentos por via tópica, ocular e/ou oral com paciente colaborativo 3- Medicamentos por vias parenteral, enteral, inalatória, OU por via tópica, ocular ou oral com paciente não colaborativo 4- Terapêutica por hemoderivados, e/ou quimioterápicos e/ou Fármacos com indicação absoluta de Bomba de infusão</p> <p>O indicador proposto é:</p> <p><input type="checkbox"/> Não relevante ou representativo; <input type="checkbox"/> Precisa de grande revisão para ser representativo; <input type="checkbox"/> Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou <input type="checkbox"/> Item relevante e representativo</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____ _____ _____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <p><input type="checkbox"/> Não relevantes ou representativas; <input type="checkbox"/> Precisam de grande revisão para se tornarem representativas; <input type="checkbox"/> Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou <input type="checkbox"/> Situações relevantes e representativas</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____ _____ _____</p>

Versão original	<p>Alimentação e Hidratação: Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo 2- Via oral com auxílio e paciente colaborativo 3- Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia) 4- Nutrição parenteral ou via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração
Versão proposta	<p>Alimentação e Hidratação: Possibilidade da criança ou adolescente receber líquidos e nutrientes por ingestão ou por infusão enteral ou parenteral.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Via oral de forma independente 2- Via oral com auxílio e paciente colaborativo 3- Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia) ou via oral com paciente não colaborativo 4- Nutrição/Hidratação parenteral <p>O indicador proposto é:</p> <p>() Não relevante ou representativo;</p> <p>() Precisa de grande revisão para ser representativo;</p> <p>() Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou</p> <p>() Item relevante e representativo</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <p>() Não relevantes ou representativas;</p> <p>() Precisam de grande revisão para se tornarem representativas;</p> <p>() Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou</p> <p>() Situações relevantes e representativas</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Versão original	<p>Eliminações: Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha, e/ou necessidade de uso de sondas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Vaso sanitário sem auxílio 2- Vaso sanitário com auxílio 3- Fraldas (necessidade de um profissional para a troca) ou sonda vesical de demora 4- Sonda vesical de alívio ou estomas ou uso de comadre ou urinol ou fraldas (necessidade de dois profissionais para a troca)
Versão proposta	<p>Eliminações: Condições do paciente pediátrico para apresentar excreções urinária e intestinal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Vaso sanitário sem auxílio 2- Vaso sanitário com auxílio 3- Fraldas OU Comadre ou Urinol 4- Sonda vesical ou Clister ou Estomas ou Diálise <p>O indicador proposto é:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não relevante ou representativo; <input type="checkbox"/> Precisa de grande revisão para ser representativo; <input type="checkbox"/> Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou <input type="checkbox"/> Item relevante e representativo <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não relevantes ou representativas; <input type="checkbox"/> Precisam de grande revisão para se tornarem representativas; <input type="checkbox"/> Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou <input type="checkbox"/> Situações relevantes e representativas <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Versão original	<p>Higiene Corporal: Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Banho de aspersão sem auxílio 2- Banho de aspersão com auxílio 3- Banho de imersão ou banho em cadeira 4- Banho no leito ou na incubadora ou necessidade de mais de um profissional da enfermagem para a realização de qualquer banho
Versão proposta	<p>Higiene Corporal: Possibilidade do paciente pediátrico realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Banho de aspersão sem auxílio 2- Banho de aspersão com auxílio 3- Banho de imersão ou banho em cadeira 4- Banho no leito ou na Incubadora ou em Berço aquecido <p>O indicador proposto é:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não relevante ou representativo; <input type="checkbox"/> Precisa de grande revisão para ser representativo; <input type="checkbox"/> Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou <input type="checkbox"/> Item relevante e representativo <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não relevantes ou representativas; <input type="checkbox"/> Precisam de grande revisão para se tornarem representativas; <input type="checkbox"/> Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou <input type="checkbox"/> Situações relevantes e representativas <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Versão original	<p>Mobilidade e Deambulação: Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Deambulação sem auxílio 2- Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio 3- Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio 4- Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito
Versão proposta	<p>Mobilidade e Deambulação: Possibilidade do paciente pediátrico em mobilizar o corpo ou seguimentos corporais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Deambulação sem auxílio 2- Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio 3- Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio 4- Restrito no leito, totalmente dependente para se mobilizar <p>O indicador proposto é:</p> <p><input type="checkbox"/> Não relevante ou representativo;</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa de grande revisão para ser representativo;</p> <p><input type="checkbox"/> Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou</p> <p><input type="checkbox"/> Item relevante e representativo</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <p><input type="checkbox"/> Não relevantes ou representativas;</p> <p><input type="checkbox"/> Precisam de grande revisão para se tornarem representativas;</p> <p><input type="checkbox"/> Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou</p> <p><input type="checkbox"/> Situações relevantes e representativas</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Versão original	<p>Integridade Cutâneo Mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea 2- Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte 3- Presença de hiperemia (pontos de pressão ou períneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte 4- Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte
Versão proposta	<p>Integridade Cutâneo Mucosa: Necessidade de curativos ou cuidados com a pele, dermatite ou com ostomias.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea 2- Curativo ou cuidados de BAIXA complexidade 3- Curativo ou cuidados de MÉDIA complexidade 4- Curativo ou cuidados de ALTA complexidade <p>O indicador proposto é:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não relevante ou representativo; <input type="checkbox"/> Precisa de grande revisão para ser representativo; <input type="checkbox"/> Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou <input type="checkbox"/> Item relevante e representativo <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não relevantes ou representativas; <input type="checkbox"/> Precisam de grande revisão para se tornarem representativas; <input type="checkbox"/> Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou <input type="checkbox"/> Situações relevantes e representativas <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Versão original	<p>Participação do Acompanhante: Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las 2- Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico 3- Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e é resistente a buscar auxílio e a mudanças 4- Acompanhante parece não estar atento, nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e/ou desacompanhado
Versão proposta	<p>Participação do Acompanhante: Atitude e Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades do paciente pediátrico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente e consegue atendê-las totalmente 2- Acompanhante em busca de informações ou habilidades para atender necessidades do paciente E assume atitude pró-ativa 3- Acompanhante tem dificuldades em reconhecer ou atender algumas necessidades físicas e emocionais do paciente E/OU assume atitude reativa 4- Acompanhante não demonstra interesse em atender as necessidades do paciente OU Estado clínico do paciente não permite atuação efetiva do acompanhante OU Desacompanhado <p>O indicador proposto é:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Não relevante ou representativo; () Precisa de grande revisão para ser representativo; () Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou () Item relevante e representativo <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Não relevantes ou representativas; () Precisam de grande revisão para se tornarem representativas; () Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou () Situações relevantes e representativas <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p>

Versão original	<p>Rede de Apoio e Suporte: Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo 2- Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia 3- Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia 4- Desacompanhado
Versão proposta	<p>Rede de Apoio e Suporte Familiar: Possibilidade de incorporação dos conhecimentos, valores, crenças e cultura do familiar acompanhante no planejamento e na prestação de cuidados ao paciente pediátrico durante sua permanência no hospital.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Presença de um acompanhante orientado e envolvido na prestação e planejamento de cuidados ao paciente durante todo o tempo 2- Presença de um acompanhante orientado e envolvido na prestação e planejamento de cuidados ao paciente durante mais de 12 horas ao dia 3- Presença de um acompanhante orientado e envolvido na prestação e planejamento de cuidados ao paciente durante menos de 12 horas ao dia 4- Ausência de acompanhante OU Presença de acompanhante que demonstre estresse ou alienação da prestação de cuidados ao paciente OU Estado de saúde do paciente não permite intervenção efetiva de familiar <p>O indicador proposto é:</p> <p>() Não relevante ou representativo;</p> <p>() Precisa de grande revisão para ser representativo;</p> <p>() Item necessita de pequena revisão para ser representativo; ou</p> <p>() Item relevante e representativo</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>As situações graduadas propostas são:</p> <p>() Não relevantes ou representativas;</p> <p>() Precisam de grande revisão para se tornarem representativas;</p> <p>() Situações necessitam de pequena revisão para se tornarem representativas; ou</p> <p>() Situações relevantes e representativas</p> <p>CONSIDERAÇÕES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

APÊNDICE 4

VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Prezada Profissional de Letras,

Desenvolvo uma pesquisa, na condição de doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde pretendo proceder com o processo de validação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) construído em 2007.

Este instrumento tem como objetivo levantar a demanda de enfermagem com a finalidade de dimensionamento de recursos humanos e materiais. O ICPP foi estruturado em: 11 indicadores representantes das principais áreas de atuação da enfermagem pediátrica; e, para cada indicador, quatro situações graduadas de 1 a 4 pontos, de forma crescente quanto à demanda de enfermagem.

Esta versão foi reformulada com base nas sugestões de usuários do ICPP e análises estatísticas propiciaram algumas modificações em conceitos e situações graduadas. Desta forma, convido a você, por seu reconhecido expertise profissional para avaliar e corrigir a redação do indicador e situações graduadas quanto a:

- clareza, adequação semântica concordância verbal e nominal;
- redação é direta, objetiva, sem redundância ou circunlóquio.

Agradeço antecipadamente sua disponibilidade em compartilhar seu tempo e conhecimento com esta pesquisa, certa de que sua valiosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo.

Pesquisadora: Ariane Polidoro Dini- e-mail: aridini@fcm.unicamp.br

Atividade: Possibilidade de interagir com familiares, profissionais, ou pacientes e de realizar atividades compatíveis com o desenvolvimento esperado para a idade.

1- Demonstração de afeto com o familiar ou de interesse a objetos transicionais, estímulos ou atividades compatíveis com a faixa etária como: brincadeiras, jogos, acompanhamento do currículo escolar ou leitura.

2- Demonstração de afeto com o familiar ou de interesse a objetos transicionais e estímulos, com limitação para a realização de atividades compatíveis com a faixa etária, como: jogos, brincadeiras, acompanhamento do currículo escolar ou leitura.

3- Desinteresse a estímulos por dor, tristeza, raiva, agitação psicomotora ou apatia; dificuldades de linguagem; deficiência visual ou déficit no desenvolvimento.

4- Paralisia cerebral severa ou coma vigíl ou inconsciente ou totalmente sedado

Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, saturação de O₂, pressão venosa central, glicemia capilar, diálise peritoneal, balanço hídrico.

1- 6/6 horas

2- 4/4 horas

3- 2/2 horas

4-Intervalo menor de 2 horas ou monitorização contínua

Oxigenação: Possibilidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.

1- Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas.

2- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro.

3- Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia.

4-Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva).

Terapêutica Medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações.

1- Não necessita de medicamentos.

2- Medicamentos por via tópica, ocular e/ou oral com paciente colaborativo.

3- Medicamentos por vias parenteral, enteral, inalatória, OU por via tópica, ocular ou oral com paciente não colaborativo.

4- Hemoderivados e/ou quimioterápicos e/ou Indicação absoluta de uso de bomba de infusão.

Alimentação e Hidratação: Possibilidade da criança ou adolescente receber líquidos e nutrientes por ingestão ou por infusão enteral ou parenteral.

- 1- Via oral de forma independente ou amamentação eficaz.
- 2- Via oral com auxílio e paciente colaborativo.
- 3- Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia) ou via oral com paciente não colaborativo ou com risco de aspiração ou amamentação ineficaz.
- 4- Nutrição/ Hidratação parenteral.

Eliminações: Condições do paciente pediátrico para apresentar excreções urinária e intestinal.

- 1- Vaso sanitário sem auxílio.
- 2- Vaso sanitário com auxílio.
- 3- Treino de esfíncteres ou Fraldas OU Comadre ou Urinol.
- 4- Sonda vesical ou Estomas.

Higiene Corporal: Possibilidade paciente pediátrico realizar sozinho, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.

- 1- Banho de aspensão sem auxílio.
- 2- Banho de aspensão com auxílio parcial.
- 3- Banho de imersão ou de aspensão em cadeira ou com auxílio total.
- 4- Banho no leito ou na Incubadora ou em Berço aquecido

Mobilidade e Deambulação: Possibilidade do paciente pediátrico mobilizar o corpo ou seguimentos corporais.

- 1- Deambulação sem auxílio.
- 2- Repouso no leito e mobiliza-se sem auxílio.
- 3- Repouso no leito e mobiliza-se com auxílio Ou Deambula com supervisão direta.
- 4- Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito.

Integridade Cutâneo Mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.

- 1- Pele íntegra em toda a área corpórea
- 2- Necessidade de cuidados de BAIXA complexidade como: hidratação cutânea, tratamento de dermatites simples, renovação de fixação de cateter venoso periférico.
- 3- Necessidade de cuidados de MÉDIA complexidade como: curativos em feridas limitadas à derme, em inserções de drenos, traqueostomia, gastrostomia ou de cateter venoso central.
- 4- Necessidade de cuidados de ALTA complexidade como: desbridamentos, dermatites disseminadas, queimaduras extensas; feridas ou estomas complexos (visualização de fásia muscular, tecido ósseo, eviscerações).

Participação do Acompanhante: Atitude e desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender às necessidades do paciente pediátrico

1- Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente e consegue atendê-las

2- Acompanhante demonstra disponibilidade incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico

3- Acompanhante demonstra dificuldades ou indisponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico E/OU manifesta comportamentos de ansiedade e/ou medo e/ou raiva e/ou retraimento

4-Acompanhante ausente ou que demonstre indisponibilidade ou agressividade para cuidar do paciente e/ou Paciente requerendo cuidados técnicos de alta complexidade

Rede de Apoio e Suporte Familiar: Possibilidade de incorporação dos conhecimentos, valores, crenças e cultura do familiar acompanhante no planejamento e na prestação de cuidados ao paciente pediátrico durante sua permanência no hospital.

1- Presença de um acompanhante orientado e envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante todo o tempo

2- Presença de um acompanhante orientado e envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante mais de 12 horas ao dia

3- Presença de um acompanhante orientado e envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante menos de 12 horas ao dia

4- Ausência de acompanhante OU suspeita de Síndrome de Munchausen OU Presença de acompanhante que demonstre estresse ou alienação da prestação de cuidados ao paciente OU Estado de saúde do paciente exige cuidados técnicos de alta complexidade

11-17 pontos: Cuidados mínimos

18-23 pontos: Cuidados Intermediários

24-30 pontos: Alta dependência

31-36 pontos: Semi Intensivos

37-44 pontos: Cuidados Intensivos