

*ARIANE POLIDORO DINI*

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES  
PEDIÁTRICOS:**

Construção e validação de instrumento

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **Ariane Polidoro Dini**

  
**Profa. Dra. Edinéis de Brito Guirardello**  
Orientadora

**CAMPINAS**

**2007**



**ARIANE POLIDORO DINI**

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES  
PEDIÁTRICOS:**

Construção e validação de instrumento

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem,  
área de concentração em Enfermagem e Trabalho.*

***ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> EDINÊIS DE BRITO GUIRARDELLO***

**CAMPINAS**

**2007**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

D612s Dini, Ariane Polidoro  
Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de instrumento / Ariane Polidoro Dini. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador: Edinêis de Brito Guirardello  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação em enfermagem. 2. Enfermagem pediátrica. 3. Validação de método I. Guirardello, Edinêis de Brito. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Patient classification system for pediatrics: developing and validation of an instrument**

**Keywords:** • Nursing assessment  
• Pediatric nursing  
• Reproducibility of results

**Área de concentração : Enfermagem e trabalho**

**Titulação: Mestrado em Enfermagem**

**Banca examinadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edinêis de Brito Guirardello  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Maria Togeiro Fugulin  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciana de Lione Melo**

**Data da defesa: 27-02-2007**

## BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Edinêis de Brito Guirardello

Membros:

1. Profa. Dra. Edinêis de Brito Guirardello

Edinêis de Brito Guirardello

2. Profa. Dra. Fernanda Maria Togeiro Fugulin

Fernanda M. T. Fugulin

3. Profa. Dra. Luciana de Lione Melo

Luciana de Lione Melo

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

Data: 27/02/2007



## ***DEDICATÓRIA***

*A Deus, Senhor do Universo, responsável por todas minhas conquistas, as quais ocorrem como forma de culto a Ele mesmo.*

*Aos meus pais e irmã que, com muito amor, me ensinaram o que é cuidar.*

*À minha querida família que me motivou e apoiou na realização do Mestrado.*

*E, à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edinêis de Brito Guirardello, a qual munida de paciência e confiando em meu potencial, me adotou e me criou no início da minha vida acadêmica, corrigindo-me e guiando-me.*





**A** Deus, por tudo...

**À** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edinêis de Brito Guirardello pela atenção, confiança, compreensão, carinho, dedicação e paciência no decorrer do mestrado.

**Às** Professoras Dr<sup>a</sup> Izilda Esmênia Muglia de Araújo, Dr<sup>a</sup> Maria Inês Monteiro, Dr<sup>a</sup> Maria Filomena Ceolim, pelos conhecimentos compartilhados no curso das disciplinas.

**Aos** Professores Dr. José Luiz Tatagiba Lamas, Dr<sup>a</sup> Neusa Maria Costa Alexandre, Dr<sup>a</sup> Roberta Cunha Rodrigues Colombo pelas valiosas sugestões para o projeto no curso da disciplina Metodologia da Pesquisa I.

**Às** Professoras Dr<sup>a</sup> Fernanda Maria Togeiro Fugulin e Dr<sup>a</sup> Luciana de Lione Melo pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação e por toda atenção no decorrer do Mestrado.

**Às** queridas Professoras Dra. Irma Oliveira, Dra. Circéa Amália Ribeiro, Dra. Maria Del ò Ramallo Veríssimo, Maria Silvia Vergílio e Tânia Coelho Leite, pela delicadeza com a pesquisadora e pelo empréstimo de livros, artigos e teses.

**À** doutoranda Ana Raquel de Medeiros Beck, pela disponibilidade e colaboração na coleta de dados para o teste de confiabilidade.

**A** todos os pacientes dos quais cuidei, que me ensinaram infinitamente mais do que livros, artigos ou teses.

**A** todos os juízes, participantes do estudo, que compartilharam seus preciosos tempo e conhecimentos sem os quais não seria possível a viabilização do projeto.

**Ao** Enfermeiro Mestre Luiz Miguel Piccelli pelo auxílio e coleguismo, sobretudo no início do Mestrado.



À Enfermeira Maria Isabel Costa Melo, diretora de enfermagem em pediatria, pela colaboração e incentivo no desenvolvimento do instrumento.

À Cidinha e a toda equipe da Pediatria, pelos favores imensuráveis prestados nesses dois anos.

Ao Carlinhos e à Jane pela competência e dedicação com a qual desempenham suas atividades na Pós Graduação em Enfermagem.

Às Enfermeiras e amigas Carla Klava dos Reis e Renata Cristina Gasparino, companheiras mestrandas, por cada palavra de incentivo e pela amizade e companheirismo no decorrer do curso.

À Enfermeira Paula Cristine Figueiredo pela amizade, incentivo inicial ao projeto e disponibilidade durante todo o decorrer da pesquisa.

Às Enfermeiras Úrsula Zeller, Claudinéia Mutterle Logato, Elizabeth Dreyer e Mônica Malta pela compreensão e apoio nas trocas de plantão e aquisição de períodos livres para a viabilização do mestrado.

À Professora e amiga Ana Carolina Franzolin Araújo Rezende pela revisão do Abstract.

Ao Gabriel Dini Roscito e à Nádia Cristina Dini, meus primos, que me auxiliaram no preparo de slides e na correção ortográfica da dissertação.

Ao Randall, ao Reginaldo e ao Vinícios, operadores de fotocopiadoras, sem os quais nem o estudo, nem a avaliação da validade e da confiabilidade teriam ocorrido.

Ao Helder e à Virgínia Garcia pelo incentivo para o início do mestrado e pela revisão do primeiro questionário da técnica *Delphi*.

À Lídia, à “Dona” Edna, à Geneci, à Sônia e Soninha à Denízia, à Susana, e a todos os profissionais de enfermagem que me ensinaram a ser enfermeira...



Aos amigos Carlos Carvalho, Kelly Macedo, Juliana Porto, Elenice Carmona, Eliete Boaventura Bargas, entre outros, que me fizeram acreditar em mim mesma e por compartilharem suas inteligência e sensibilidade.

Às minhas eternas calouras Maria Gabriela Bortotto e Marília Estevam pelo apoio e auxílio no exame de qualificação.

Ao anjinho Franklin pela compreensão e carinho essenciais na fase final do mestrado.

A toda minha grande família, avós, avôs, primos, tios e tias queridos que me estimularam, alguns até sem entender o porquê da dedicação, mas abriram mãos de momentos festa pois acreditaram que estava feliz por fazer aquilo que gosto e preciso...

Ao meu pai Carlos, minha mãe Fátima e a minha irmãzinha Cintia pelos valores que tenho enquanto ser humano, por cada momento de carinho e pelo apoio incondicional em todas as fases da minha vida: cumprimos mais uma etapa!

A todos que, de alguma forma, participaram da minha caminhada, e, independentemente de estar escrito nessas páginas, estão gravados no livro da minha vida.



**Senhor:**

*Ainda que eu atravesse o vale escuro,  
nada temerei, pois sei que estais comigo*

**(Salmos 22,4)**

*Por isso, Paizinho:*

*Seja feita a sua Vontade (Lucas 11,2)*





	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xxix</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxxiii</i>
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	37
<b>1.1- Organizações de Saúde e Recursos Humanos em Enfermagem</b> .....	39
<b>1.2- Sistemas de Classificação de Pacientes</b> .....	41
<b>1.3- Panorama da Enfermagem Pediátrica e Justificativa para o Estudo</b> .....	44
<b>1.4- Considerações sobre a Construção de Instrumentos</b> .....	49
<b>2- OBJETIVOS</b> .....	53
<b>3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	57
<b>3.1- Delineamento do Estudo</b> .....	59
<b>3.2- Construção do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos</b> ..	59
3.2.1- Conceituação das Categorias de Cuidado em Pediatria.....	60
<b>3.3- Validade de Conteúdo do instrumento: Técnica Delphi</b> .....	61
3.3.1- Validação das Categorias de Cuidado em Pediatria.....	62
<b>3.4- Avaliação da Confiabilidade</b> .....	63
<b>3.5- Tratamento e Análise Estatística dos Dados</b> .....	64
<b>3.6- Aspectos éticos do estudo</b> .....	65
<b>4- RESULTADOS</b> .....	67
<b>4.1- Proposta inicial do instrumento</b> .....	69
<b>4.2- Avaliação da validade de conteúdo do instrumento</b> .....	72
4.2.1- Caracterização dos juízes.....	72
4.2.2- Primeira fase da técnica <i>Delphi</i> .....	74



4.2.3- Segunda fase da técnica <i>Delphi</i> .....	79
4.2.4- Terceira fase da técnica <i>Delphi</i> .....	82
4.2.5- Quarta fase da técnica <i>Delphi</i> .....	83
<b>4.3- Conceituação das Categorias de Cuidado em Pediatria</b> .....	84
4.3.1- Avaliação da validade das conceituações.....	85
<b>4.4- Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos: Versão Final</b> ....	87
<b>4.5- Análise da Confiabilidade do ICPP</b> .....	90
<b>5- DISCUSSÃO</b> .....	95
<b>6- CONCLUSÃO</b> .....	111
<b>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	115
<b>8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	119
<b>9- ANEXOS</b> .....	129
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	131
<b>10- APÊNDICES</b> .....	133
<b>Apêndice 1-</b> Caracterização de Juízes.....	135
<b>Apêndice 2-</b> Primeira fase da Técnica <i>Delphi</i> .....	137
<b>Apêndice 3-</b> Segunda fase da Técnica <i>Delphi</i> .....	143
<b>Apêndice 4-</b> Terceira fase da Técnica <i>Delphi</i> .....	155
<b>Apêndice 5-</b> Quarta fase da Técnica <i>Delphi</i> .....	159
<b>Apêndice 6-</b> Validação das Categorias de Cuidado - Primeira Etapa.....	161
<b>Apêndice 7-</b> Validação das Categorias de Cuidado - Segunda Etapa.....	165
<b>Apêndice 8-</b> Instrumento para Classificação de pacientes pediátricos – Análise da Confiabilidade.....	167
<b>Apêndice 9-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	169



## ***LISTA DE ABREVIATURAS***

---

<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>SCP</b>	Sistema de Classificação de Pacientes
<b>SIS</b>	Sistema de Informação em Saúde
<b>CCIH</b>	Centro de Controle de Infecção Hospitalar
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>k</b>	Coefficiente de Kappa
<b>ICPP</b>	Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>RN</b>	Recém-nascido
<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem



		<b>PÁG.</b>
<b>Tabela 1-</b>	Caracterização de juízes participantes da técnica <i>Delphi</i> .....	73
<b>Tabela 2-</b>	Avaliação dos juízes para os dez indicadores de demanda de enfermagem, na primeira fase da técnica <i>Delphi</i> .....	75
<b>Tabela 3-</b>	Avaliação de juízes quanto às situações graduadas para os dez indicadores de demanda de enfermagem, na primeira fase da técnica <i>Delphi</i> , (n=13), Campinas, 2005.....	77
<b>Tabela 4-</b>	Avaliação dos juízes para os onze indicadores de demanda de enfermagem, na segunda fase da técnica <i>Delphi</i> .....	79
<b>Tabela 5-</b>	Avaliação de juízes quanto às situações graduadas para os onze indicadores de demanda de enfermagem, na segunda fase da técnica <i>Delphi</i> .....	80
<b>Tabela 6-</b>	Avaliação de juízes quanto às situações graduadas para os cinco indicadores de demanda de enfermagem, na terceira fase da técnica <i>Delphi</i> .....	82
<b>Tabela 7-</b>	Avaliação de juízes quanto às situações graduadas para dois indicadores de demanda de enfermagem, na quarta fase da técnica <i>Delphi</i> .....	83
<b>Tabela 8-</b>	Avaliação da proposta de conceituação das categorias de cuidado em Pediatria.....	85
<b>Tabela 9-</b>	Avaliação da validade da conceituação das categorias de cuidado em Pediatria.....	87
<b>Tabela 10-</b>	Caracterização da amostra de pacientes classificados por meio do ICPP.....	91





	<b>PÁG.</b>
<b>Figura 1-</b> Distribuição da frequência relativa das internações na enfermaria de pediatria segundo faixa etária.....	64



	<i>PÁG.</i>
<b>Quadro 1-</b> Descrição da faixa etária e principais características do desenvolvimento infantil.....	45
<b>Quadro 2-</b> Proposta inicial dos indicadores de demanda de enfermagem do instrumento de classificação de pacientes pediátricos.....	69
<b>Quadro 3-</b> Graduação das situações de dependência de cuidado para cada indicador de demanda de enfermagem do instrumento de classificação de pacientes.....	70
<b>Quadro 4-</b> Conceituação inicial de categorias de pacientes pediátricos.....	84
<b>Quadro 5-</b> Conceituação das categorias de cuidados em pediatria.....	86
<b>Quadro 6-</b> Instrumento de Classificação de pacientes pediátricos.....	88
<b>Quadro 7-</b> Valores de Kappa para os indicadores de demanda de enfermagem do ICPP.....	92
<b>Quadro 8-</b> Valores de Kappa para o escore final do ICPP.....	93



*RESUMO*





A classificação de pacientes possibilita estimar a demanda de cuidados de enfermagem, sendo essencial para dimensionar pessoal, planejar custos e garantir o padrão de qualidade da assistência. Considerando a inexistência de instrumentos específicos para classificar pacientes pediátricos, o presente estudo, que se insere na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, teve como objetivos: a) construir um instrumento para classificação de pacientes pediátricos em categorias de cuidado; b) conceituar as categorias de cuidado em pediatria; c) avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento. Trata-se de uma pesquisa metodológica que, para a construção do instrumento e conceituação das categorias de cuidado, fundamentou-se em referências bibliográficas sobre desenvolvimento infantil, instrumentos de medida e sistemas de classificação de pacientes. Para a validade de conteúdo do instrumento utilizou-se a técnica *Delphi*. A validade das conceituações das categorias de cuidado foi avaliada por um grupo de juízes formado por docentes de enfermagem, enfermeiros assistenciais e gerencias. A confiabilidade foi avaliada quanto ao aspecto de equivalência, com a aplicação simultânea do instrumento por dois observadores e pôde ser interpretada por meio do coeficiente de concordância de Kappa (k). A versão final do instrumento, denominado Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos, foi obtida após quatro fases da técnica *Delphi* e ficou constituída de 11 indicadores: *Atividade, Intervalo de aferição de controles, Terapêutica medicamentosa, Oxigenação, Integridade cutâneo mucosa, Mobilidade e deambulação, Higiene corporal, Alimentação e hidratação, Eliminações, Participação do acompanhante e Rede de apoio e suporte.*

Para cada indicador estabeleceu-se quatro situações de dependência de cuidados, graduadas de um a quatro pontos, de forma crescente quanto à demanda de enfermagem; O paciente deve ser classificado em todos os indicadores na graduação que melhor corresponder a sua condição, em seguida somam-se os pontos obtidos e verifica-se a categoria de cuidado correspondente. Foram validadas cinco categorias de cuidados: *Mínimos, Intermediários, Alta-dependência, Semi-intensivos e Intensivos.* Quanto à confiabilidade obteve-se níveis de concordância ótima para os indicadores: *Oxigenação* (k= 0,86), *Terapêutica medicamentosa* (k= 0,84), *Eliminações* (k= 0,84), *Participação do acompanhante* (k= 0,82), *Rede de apoio e suporte* (k= 0,81); bons para: *Higiene corporal* (k= 0,67); *Mobilidade e deambulação* (k= 0,66), *Integridade cutâneo mucosa e Alimentação e*

*hidratação* (k= 0,60), *Intervalo de aferição de controles* (k= 0,41); tendo apenas o indicador *Atividade* com fraco nível de concordância (k= 0,38). O Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos revela-se prático e possui evidências positivas quanto à confiabilidade. Portanto, recomenda-se seu uso como ferramenta para tomada de decisão no processo gerencial em unidades de internação pediátrica, pois há evidências de que subsidia melhor alocação de recursos humanos favorecendo a melhoria da qualidade assistencial.

**PALAVRAS CHAVE:** Avaliação em Enfermagem, Enfermagem Pediátrica, Confiabilidade e Validade.

**LINHA DE PESQUISA:** Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem



*ABSTRACT*





Patients classification possibility the measurement of nursing effort required being essential to determination and assignment of nursing care personnel, plan costs and assure the quality standards.

Considering the inexistence of a specific instrument to classify pediatrics patient Classification System (PCS) specific for pediatrics, the present study, inserted in the Research Line “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”, aimed to: a) Develop an instrument to classify pediatrics patients; b) propose the conceptualization for the pediatrics care categories c) to evaluate the instrument’s validity and reliability. It’s a methodological research. The construction of the instrument and the conceptualization of patient care categories was based in bibliographical review about development of children, measurement scales and Patient Classification System. The content validation of the instrument was done by the *Delphi* technique. The validity of the concepts for pediatrics care categories was evaluated by a group of experts of nursing teachers, RN nurses and managers nurses. The reliability was evaluated by the equivalence, by using the instrument at the same time for two observers and it was interpreted by the Kappa coefficients. The final version of the instrument, called Pediatrics Patient Classification Instrument, was possible after four stages of the *Delphi* method, and it was constituted of 11 indicators of care: Activity, Interval of controls, Medication therapy, Oxygenation, Skin integrity, Mobility and Deambulation, Body hygiene, Feeding, Eliminations, Family participation and Support. Each indicator of care was pointed from one to four points, reflecting the increasing of nursing intensity.

One must be classified in each indicators in the situation that better reflects its state, than add the points and verify the care categorie. It has been considered five pediatrics care categories: “*Minimum, Intermediary, High- dependency, Semi-intensive and Intensive Care*”. The evaluation of reliability got levels of excellent agreement for the indicators: Oxygenation (k= 0,86), Medication therapy (k= 0,84), Eliminations (k= 0,84), Family participation (k= 0,82), Support (k= 0,81); good for: Body hygiene (k= 0,67); Mobility and Deambulation (k= 0,66), Skin integrity e Feeding (k= 0,60), Interval of controls (k= 0,41); and only the indicator Activity had weak level of agreement (k= 0,38). The Pediatrics Patient Classification Instrument, has demonstrated to be practice and shows positive

evidence of its reliability. Therefore, its use is recommendable like a helpful mean in decision making of management of Pediatrics units, because it has evidences that the patient classification subsidizes allocation of resource better providing the improvement of the assistance quality.

**KEYWORDS:** Nursing assessment, Pediatrics nursing, Allocation of resources, Reproducibility of results.

## *1- INTRODUÇÃO*



## **1.1- Organizações de Saúde e Recursos Humanos em Enfermagem**

Os serviços de saúde têm como principal objetivo a produção de impacto positivo na condição de saúde da população e, para a organização dos mesmos, é necessária a análise de questões como demanda, oferta e qualidade desses serviços (Pinheiro e Escosteguy, 2003).

As transformações ocorridas no cenário mundial, com a tecnologia e a disseminação dos meios de comunicação, têm exigido dos setores da indústria e de serviços um padrão de eficiência e qualidade para atender às exigências da clientela. Os serviços da saúde, inseridos neste cenário de transformação, têm passado por adaptações buscando melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados (Fugulin, 2002).

As necessidades cada vez mais complexas da clientela hospitalar, determinantes no incremento na demanda de atendimento, resultam em sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem, o que dificulta a implantação de qualquer medida que favoreça a qualidade da assistência (Gaidzinski et al., 2005).

A qualidade dos serviços de saúde, determinante para o funcionamento dos mesmos, é o conjunto da estrutura, do processo de trabalho e dos resultados das ações realizadas para melhorar a saúde da clientela (Campbell et al., 2000; Harada, 2002). Os serviços de saúde com estruturas apropriadas como: área física, recursos humanos e materiais adequados, favorecem melhores condições para prestar uma assistência de melhor qualidade.

A má alocação de recursos, as desigualdades nas condições de acesso, a ineficiência dos serviços e os custos crescentes têm sido os principais problemas enfrentados pelas organizações de saúde. Com isso, a busca da adequação de recursos alocados em uma empresa, como o hospital, é um fator crucial para sua sobrevivência. (Fugulin e Gaidzinski, 2000).

Nas instituições hospitalares, o serviço de enfermagem representa papel fundamental no processo assistencial e, por isso, o gerenciamento de recursos humanos deve receber especial atenção para equilibrar questões como custo, eficácia e qualidade da assistência hospitalar (Fugulin, 2002).

Os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos em enfermagem estão diretamente ligados à qualidade da assistência oferecida ao paciente (Tanos et al., 2000) e requer atenção dos administradores dos serviços de enfermagem, devido aos reflexos negativos que o dimensionamento inadequado desses recursos pode causar à assistência de enfermagem prestada à clientela (Gaidzinski e Kurcgant, 1998).

As chefias dos serviços de enfermagem devem recorrer a meios que possibilitem uma melhor gerência dos recursos humanos sob sua responsabilidade, buscando conhecimentos, habilidades e competências que lhes permitam realizar um melhor planejamento, alocação e controle do pessoal de enfermagem, assumindo posição importante na negociação do quadro de pessoal e no direcionamento das políticas de recursos humanos dentro das instituições de saúde (Fugulin, 2002).

O dimensionamento de pessoal é um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem, necessário para prover cuidados de forma a garantir a qualidade, previamente estabelecida, a um grupo de pacientes de acordo com a filosofia, singularidade e estrutura de cada organização (Gaidzinski et al., 2005).

Para o dimensionamento de pessoal em enfermagem é necessário realizar o diagnóstico situacional de cada unidade ou serviço, o qual envolve a caracterização epidemiológica da clientela, a consideração da filosofia, dos objetivos e das propostas assistenciais de cada instituição (Gaidzinsky, 1991; Huber, 2000; Rainio e Ohinmaa, 2005;).

Para a caracterização epidemiológica da clientela, a classificação de pacientes possibilita discriminar pacientes em grupos ou categorias de cuidado e quantificar a demanda de cuidado requerido por cada categoria (Trofino, 1989).

A adoção de um Sistema de Classificação de pacientes (SCP), como ferramenta para a prática administrativa de enfermagem, propicia a tomada de decisão em áreas relacionadas a dimensionamento de pessoal, qualidade e monitoramento de custos da assistência de enfermagem (Giovannetti, 1979; De Groot, 1989a; Rodrigues Filho, 1992; Ainio e Ohinmaa, 2005).



## **1.2- Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP)**

Durante séculos, os pacientes foram predominantemente classificados de acordo com seu diagnóstico médico, idade e sexo, no entanto, verificou-se que apenas essas variáveis não distinguem a necessidade de atenção a pacientes com diferentes necessidades de cuidados. A partir do século 20, nos hospitais americanos, os pacientes passaram a ser classificados de acordo com a severidade da doença e tipo de cuidado requerido, introduzindo o uso de SCPs (Giovannetti, 1979; Alward, 1983).

O SCP é um método para 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 (Giovannetti, 1979; Alward, 1983; Trofino, 1989; Rauner, 1995).

De Groot (1989a) considera um conceito mais amplo de SCP, de forma que não trata o SCP como apenas um instrumento para a classificação de pacientes, mas como um método que permite determinar, validar e monitorar a demanda de cuidado requerido por cada paciente, ao longo de um período, sendo esses dados essenciais para dimensionar pessoal, planejar custos com a assistência e manter os padrões de qualidade da mesma. Para Rainio e Ohinmaa (2005) os dados obtidos do uso de SCP devem ser usados para o gerenciamento de recursos humanos e consideram que a alocação pode ocorrer de forma mais justa.

A literatura destaca três modelos de SCP: avaliação protótipo, avaliação de fatores e avaliação informatizada.

Avaliação protótipo consiste na descrição de categorias de pacientes e a respectiva demanda de cuidado de cada categoria. Uma vez avaliado, o paciente é então classificado na categoria que melhor representar suas características e nível de dependência do cuidado de enfermagem (Giovannetti, 1979; Rauner, 1995; Huber 2000).

A avaliação de fatores consiste na identificação de elementos específicos ou indicadores de cuidado de enfermagem, de modo a classificar o paciente em cada um desses fatores ou indicadores. A cada um desses indicadores é atribuído um peso ou um

valor numérico e a soma de todos os indicadores resulta em uma pontuação que define o tipo de categoria de cuidado que cada paciente requer (Giovannetti, 1979; Rauner, 1995; Huber, 2000).

A avaliação de fatores é comumente chamada de forma objetiva, enquanto a avaliação protótipo de subjetiva, porém autores como Giovannetti (1979) e Rauner (1995) advertem que, ambos os sistemas de classificação são subjetivos, porque algum nível de subjetividade é inevitável em qualquer avaliação das exigências do cuidado de enfermagem.

A avaliação informatizada é descrita por alguns pesquisadores como uma nova geração de SCP, que tem como característica o uso de um software, no qual a classificação do paciente é automaticamente inserida no sistema, o que possibilita conhecer a demanda de cuidado de uma determinada enfermagem ou de todas as unidades de enfermagem de um serviço de saúde (Edwardson e Giovannetti, 1987; Edwardson et al., 1990; Giovannetti e Johnson, 1990; Rauner, 1995; Huber, 2000; Hokama e Serrano, 2003).

O SCP pode ser considerado um Sistema de Informação em Saúde (SIS), pois, de acordo com Sanches et al. (2003), é uma forma de organizar o conhecimento e tem a capacidade de agrupar, armazenar e recuperar um amplo número de informações, o que corresponde às funções de um banco de dados. Esse banco de dados permite a avaliação da demanda de cuidados de uma unidade como um todo, propiciando não apenas a alocação de recursos humanos, mas também a necessidade de recursos financeiros (Edwardson e Giovannetti, 1987).

Rainio e Ohinmaa (2005) colocam que os SCPs têm evoluído paralelamente à evolução de SIS, os quais facilitam o acesso de informações de pacientes e hospitais.

Na prática gerencial do enfermeiro, o SCP contribui para o aperfeiçoamento dos modelos utilizados na determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que possibilita evidenciar a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem, dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado (Fugulin et al., 2005).

Gaidzinski et al. (2005) enfatizam que, para conhecer a carga de trabalho de uma unidade, é necessário classificar pacientes por meio de um SCP pelo período de 30 dias, uma vez ao dia, para que se obtenha uma amostra representativa da população estudada. As autoras recomendam que, para a escolha do período dessa coleta, seja utilizado um mês típico, no qual a unidade não esteja exposta a qualquer tipo de ocorrência que possa influenciar a quantidade de pacientes assistidos ou tipo de atendimento realizado.

Como instrumento de medida, o SCP é válido para quantificar a dimensão do cuidado prestado à clientela, sem o objetivo de descrever a prática, mas para prever antecipadamente a demanda de cuidados de enfermagem, por meio da avaliação de indicadores previsíveis dos cuidados requeridos (Edwardson e Giovannetti, 1987).

De acordo com Carmona e Évora (2003) o uso de um SCP com características de simplicidade e praticidade de aplicação pode proporcionar um excelente planejamento e previsão dos custos da assistência de enfermagem, dimensionamento de recursos humanos e materiais e melhor distribuição de atividades entre os membros da equipe de enfermagem.

Williams (1988) alerta que o uso de SCP deve ser adaptado para cada Instituição e mesmo entre as unidades de uma mesma organização, devido às diferenças quanto à planta física, questões operacionais, padronização de técnicas e políticas de enfermagem, fatores que influenciam diretamente a assistência de enfermagem.

Fugulin et al (1994), destacam que, com a implantação de um SCP em um hospital universitário, pôde-se verificar a melhoria de alguns indicadores como: o decréscimo da média de permanência e do coeficiente de mortalidade dos pacientes, a racionalização de recursos materiais e equipamentos, maior satisfação e melhoria da competência da equipe de enfermagem para o atendimento diferenciado a cada grupo de pacientes.

No Brasil, têm sido desenvolvidos instrumentos para classificação de pacientes domiciliares (Dal Ben e Sousa, 2004) e hospitalizados (Fugulin et al. 1994; Perroca e Gaidzinski, 1998; Martins e Haddad, 2000; Fugulin et al 2005), no entanto, esses instrumentos são considerados adequados apenas para pacientes adultos e não possibilitam a classificação de pacientes neonatais e pediátricos.

### **1.3- Panorama da Enfermagem Pediátrica e Justificativa para o Estudo**

Frente ao adoecimento e hospitalização da criança, as necessidades de cuidado da mesma devem ser valorizadas tanto no que diz respeito à recuperação da saúde quanto na manutenção do seu desenvolvimento, o qual não pode ser interrompido durante a enfermidade.

Para cuidar da criança, é necessário definir o ser “criança”. De acordo com Veríssimo e Rezende (2004), a criança é uma pessoa com características singulares, com competências e vulnerabilidades compatíveis com cada fase de desenvolvimento, com direitos, corpo, mente, valores e espiritualidade próprias. Para as autoras, não se pode desconsiderar que a criança já é uma pessoa, tratando-a como “um projeto para o futuro”.

O crescimento e desenvolvimento infantil expressam o somatório de numerosas alterações que ocorrem durante a vida de um indivíduo, sendo que o crescimento é o aumento do número e tamanho das células; e o desenvolvimento corresponde à expansão e aprendizado de capacidades (Wong, 1999).

O desenvolvimento infantil é categorizado em estágios aproximados que descrevem os aspectos de um grupo etário. Os limites etários são arbitrários e não levam em consideração as diferenças individuais, mas permitem a descrição das características associadas à maioria das crianças nos períodos em que as alterações nítidas de desenvolvimento aparecem (Wong, 1999). A categorização das faixas etárias, bem como os limites etários e as principais características do desenvolvimento da criança estão apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1-** Descrição da faixa etária e principais características do desenvolvimento infantil, segundo Marlow (1977) e Wong (1999).

<b>Período etário</b>	<b>Idade cronológica</b>	<b>Principais características</b>
<b>Recém Nascido</b>	0 - 28 dias	Período de ajustes físicos à existência extra-uterina
<b>Lactentes</b>	28 dias até 12 meses	Desenvolvimento motor, cognitivo e social rápidos, por meio da mutualidade com a pessoa que fornece os cuidados (pai/mãe) estabelece confiança básica no mundo e os fundamentos para futuras relações interpessoais
<b>Infante ou Toddler</b>	De um a três anos	Reconhece-se como um ser autônomo, desenvolve o senso de autocontrole ou sente-se frustrado ou envergonhado. Desenvolve habilidades sensório-motoras como andar e escalar
<b>Pré-Escolar</b>	De três a seis anos	Período de imaginação intensa e desejo de aprender o que se pode fazer por si mesmo, explora o mundo com todos os sentidos e forças, imita o comportamento adulto, adquire linguagem e relacionamentos sociais mais amplos. Apresenta iniciativa e desenvolve o sentimento de culpa
<b>Escolar</b>	De seis a 12 anos	Período de desenvolvimento de habilidades e competências, e, fora do âmbito familiar, inicia o desenvolvimento moral e cooperação social. Busca atividades objetivas, estimulado por produtividade e motivado pela competição
<b>Adolescência</b>	De 12 a 19 anos	Período de transição que começa com a puberdade e se estende até o início da vida adulta, acompanhada de desordem física e emocional com a redefinição do auto-conceito

Para cuidar de uma criança adoecida é necessário não apenas conhecimento técnico e biológico, mas também disponibilidade individual, afetividade, flexibilidade e questões culturais, de forma a criar ou manter as condições favoráveis tanto para a recuperação da enfermidade quanto para o desenvolvimento.

A hospitalização é uma forma conflitiva de “estar no mundo”, trazendo transtornos em todas as fases da vida, os quais, particularmente na infância, são evidentes, com manifestações de insatisfação momentânea ou prejuízos que podem permanecer mesmo após a alta hospitalar (Neman, 2002; Leite, 2004).

Períodos prolongados de hospitalização podem levar a uma síndrome, conhecida como hospitalismo, na qual a criança mostra-se extremamente infeliz, pálida, apática, hiporreativa a estímulos e apresenta inapetência, déficit no ganho de peso, aceleração do trânsito intestinal, sono agitado, predisposição para surtos febris e prejuízo no desenvolvimento neuro-psicomotor (D’Andrea, 1962).

Para infantes e pré-escolares, devido ao pensamento fantasioso e egocêntrico dos mesmos, a hospitalização pode ser interpretada como uma punição a algum mau comportamento ou erro, principalmente quando necessitam de procedimentos terapêuticos como injeções, administração de medicamentos e outros (Wong, 1999).

Alguns transtornos temporários ou definitivos como problemas com a auto-estima, autonomia, incapacidade de relacionamento, prejuízo da capacidade intelectual, agressividade, delinquência, neuroses, ansiedade, erros de linguagem e comportamentos regressivos podem ser considerados como seqüelas da hospitalização (Schmitz, 1989).

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 (Elsen e Patrício, 1989).

Na *assistência centrada na patologia da criança* há supervalorização das intervenções terapêuticas, desconsiderado-se vínculos afetivos. A unidade de internação é caracterizada pela funcionalidade, com decoração desprovida de características próprias para a estimulação da criança. A família ocupa uma posição periférica, sendo tratada como visitante. O tratamento é decidido pelo médico e a comunicação ocorre de forma vertical, cabendo ao profissional de saúde decidir quando e o que informar à criança e aos familiares. Esse tipo de abordagem é adotado em muitas instituições devido ao baixo custo com profissionais e materiais (Elsen e Patrício, 1989).

A hospitalização, realizada para cuidar exclusivamente da doença da criança, sem considerar os aspectos emocionais, associados à separação da mãe e à rotina hospitalar, pode provocar nas crianças alterações de comportamento, negativismo, agressividade e dificuldade de relacionamento com outras pessoas (D'Andrea, 1962).

Na *assistência centrada na criança*, além de considerar as necessidades específicas da patologia pela qual está hospitalizada, a criança é vista como um ser integral em desenvolvimento, e o vínculo afetivo com a família e os profissionais é incentivado. A unidade é caracterizada por sonorização com músicas infantis e brinquedos, que amenizam o ambiente hospitalar. A família e a criança participam da assistência em procedimentos e cuidados e o tratamento é discutido por equipe de saúde multidisciplinar de maneira que os familiares sejam continuamente atualizados. Entretanto, para esse tipo de abordagem, há maior necessidade de recursos humanos e financeiros, com um maior preparo da equipe de enfermagem (Elsen e Patrício, 1989).

A participação de familiares na assistência, bem com a comunicação eficiente entre pais e enfermagem, pode minimizar a ansiedade, aumentar a aceitação da hospitalização e facilitar o regime de tratamento e o enfrentamento da doença (Sabatés e Borba, 2005).

Na *assistência centrada na criança e sua família* sem desconsiderar as necessidades específicas da patologia e encarar a criança como um ser integral em desenvolvimento, considera-se ainda todo o contexto familiar, sociocultural e econômico. A unidade é organizada de forma a possibilitar o convívio entre familiares-crianças-equipe.

A família, foco da assistência, participa desde a discussão do tratamento com a equipe multidisciplinar até a execução e avaliação da assistência. Há ênfase na continuidade da assistência em nível domiciliar, o que requer a inclusão na equipe de profissionais com visão em saúde comunitária. Para esse tipo de abordagem há maior necessidade de recursos humanos e financeiros, com um maior preparo de toda equipe multiprofissional (Elsen e Patrício, 1989).

A assistência *centrada na criança e sua família* pode tornar a hospitalização como uma oportunidade para que a criança recupere-se da enfermidade e, ainda, em conjunto com sua família encontre redes de apoio extra hospitalar na manutenção de sua saúde após a alta.

Por considerar que as ações de enfermagem devam corresponder às expectativas e necessidades de seus clientes, é preciso criar um contexto para a família ser família, de forma que a mesma ofereça suporte para o paciente e para a atuação profissional (Neman, 2002)

No contexto da hospitalização infantil, as famílias também possuem determinadas necessidades decorrentes da hospitalização, e cabe aos profissionais envolvidos sensibilizarem-se e compreenderem os diversos contextos para propor intervenções que auxiliem as famílias a lidar com essas necessidades (Pinto et al., 2005).

Para que os profissionais de enfermagem pediátrica possam atender às necessidades das crianças e seus familiares, é preciso muito mais que conhecimento, habilidade, valores e sensibilidade individual desses profissionais, porém, é necessário prover meios facilitadores para que os profissionais coloquem essas características em prática.

Uma estrutura física adequada às necessidades das crianças e dos familiares, uma equipe de enfermagem coesa, qualificada e atualizada em relação a aspectos humanos e científicos e um quantitativo de pessoal proporcional à demanda de cuidados são fatores determinantes na qualidade da assistência pediátrica.



A classificação de pacientes pediátricos, como ferramenta na identificação da demanda de cuidados, pode viabilizar um caminho efetivo para equilibrar as questões de demanda, oferta e qualidade em unidades de internação pediátrica.

Diante da inexistência de estudos que abordem instrumentos específicos para classificar pacientes pediátricos, faz-se necessária a construção e validação de um instrumento específico para essa clientela.

#### **1.4- Considerações sobre a Construção de Instrumentos**

Muitos dos fenômenos de interesse para a pesquisa e prática de enfermagem são intangíveis, e o reconhecimento da necessidade de medi-los, motiva o desenvolvimento de instrumentos de medidas para torná-los tangíveis (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

A motivação mais importante para desenvolver um novo instrumento é a crença do pesquisador de que escalas ou instrumentos prévios não cobrem o domínio de estudo (Streiner e Norman, 2001).

A mensuração possibilitada por instrumentos consiste na aplicação de uma escala para cada variável, conferindo escores numéricos que, combinados, conferem um escore geral que atribuem indiretamente aos números a tarefa de representar atributos (McDowel e Newell, 1996).

Para Pasquali (1999) a construção de instrumentos é dividida didaticamente em três grandes pólos: teórico, empírico e analítico.

Os *procedimentos do pólo teórico* consistem na reflexão, interesse, levantamento bibliográfico e análise por peritos (Pasquali, 1998).

Após a decisão de construir um novo instrumento o primeiro passo é realizar uma extensa revisão bibliográfica (Streiner e Norman, 2001), e em seguida, o pesquisador deve estabelecer a dimensionalidade do construto, definir os itens integrantes da dimensionalidade do instrumento e submeter à avaliação de especialistas da área na qual o instrumento será aplicado (Pasquali, 1998).

Após definir a dimensionalidade, é necessário definir os itens identificados tanto constitutivamente (definição de conceitos) quanto operacionais (especificando situações de cada fator), sendo que para finalizar os procedimentos teóricos os especialistas devem avaliar as definições tanto constitutivas quanto operacionais (Pasquali, 1998).

Os *procedimentos do pólo empírico* consistem na elaboração das instruções para a aplicação do instrumento, na decisão de quem irá aplicá-lo e na definição da população alvo (Pasquali, 1999).

Os *procedimentos do pólo analítico* consistem em análises estatísticas efetuadas sobre os dados para levar a um instrumento válido. Consiste na análise da confiabilidade e da validade do constructo. São procedimentos complexos, contínuos e intermináveis (Pasquali, 1999).

A **validade** é um fator crucial na seleção ou aplicação de um instrumento e possibilita comprovar se o mesmo mede com precisão o que se propõe a medir. Destaca-se três tipos principais de validade: *de constructo*, *relacionada a um critério* e *de conteúdo* (Lynn, 1986; Polit e Hungler, 1991; McGibbon, 1997; Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

A validade de *constructo* tem como pressuposto que um instrumento mede um construto teórico e com o objetivo de validar a teoria subjacente à medição. Este tipo de validade pode ser avaliado por meio de: *testagem de hipóteses*, quando utiliza a teoria ou conceito da ferramenta de medição para elaborar hipóteses relativas ao comportamento dos sujeitos; abordagem *convergente* ou abordagem *divergente*, quando instrumentos que medem o mesmo construto (convergente) ou construtos diferentes (divergentes) são aplicados simultaneamente; por abordagem de *grupos contrastados*, quando verifica-se a sensibilidade do instrumento ao aplicá-lo em grupos de características diversificadas; ou ainda, por abordagem *analítica de fator*, quando se avalia a relação entre as questões do instrumento para estabelecer sua dimensionalidade (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

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 *concorrente*, quando avalia o grau de correlação de

duas medidas do mesmo conceito aplicadas ao mesmo tempo, ou *predictiva*, quando avalia o grau de correlação entre a medida do conceito e uma medida futura do mesmo conceito (Streiner e Norman, 1995; Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

A *validade de conteúdo* verifica se os itens propostos no instrumento são representativos do domínio do conteúdo estudado, se a redação do conteúdo reflete o conceito que se deseja medir e se há legibilidade e clareza na conceituação. Esta avaliação é feita por meio da apreciação do instrumento por um grupo de juízes, especialistas na área do conceito a ser estudado (Lynn, 1986; Polit e Hungler, 1991; McGibbon, 1997; Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

Um método para a avaliação da validade de conteúdo é a Técnica *Delphi*, a qual consiste na realização de julgamentos por um grupo de juízes (especialistas na área) quanto ao conteúdo de um instrumento. Os julgamentos são realizados por meio de questionários, sendo que, após a resposta de todos os juízes, o pesquisador agrupa e analisa minuciosamente as opiniões para aprimorar a idéia inicial e realizar uma nova fase de questionamentos (aos mesmos juízes). Podem ser realizadas várias fases de questionamento, seguidas de modificações do instrumento, de forma a aperfeiçoá-lo, até que se obtenha o consenso entre o grupo de juízes quanto ao conteúdo do instrumento (Goodman, 1987; Polit e Hungler, 1991; Willians e Webb, 1994; Lo-Biondo-Wood e Haber, 2001).

A Técnica *Delphi* tem sido amplamente utilizada na construção e adaptação de instrumentos de medida, pois é caracterizada pela flexibilidade, onde o pesquisador responsável do estudo estabelece as regras quanto ao número de fases, número de especialistas e o nível de consenso para considerar o instrumento válido (Goodman, 1987; Willians e Webb, 1994).

O uso de questionários para o julgamento do instrumento, a ausência de reunião física entre os juízes e a garantia de anonimato aos mesmos, acrescem à técnica *Delphi*, vantagens sobre técnicas de avaliação de conteúdo que utilizam reuniões, pois pode estimular a sinceridade de cada juiz e possibilitar o agrupamento de opiniões de especialistas de diferentes localidades (Wright e Giovinazzo, 2000).

A **confiabilidade** é a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno e pode ser avaliada a partir de três aspectos: *homogeneidade*, *estabilidade* e *equivalência* ou *concordância* (Polit e Hungler, 1991; Contandriopoulos et al., 1999; Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

O método de avaliação da *homogeneidade* ou consistência interna mais comum é realizado comparando-se cada questão de uma escala com outra simultaneamente, interpretando-se por meio do coeficiente *Alfa de Cronbach* (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

A *estabilidade* do instrumento é verificada por meio de aplicação repetida do mesmo, sendo considerado confiável quando se obtêm mesmos resultados nas duas aplicações. Pode ser verificada por *teste-reteste*, por meio da aplicação do mesmo instrumento aos mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes em duas ou mais ocasiões; ou pela *confiabilidade de forma paralela*, realizada por meio de duas aplicações, sendo a segunda composta por questões redigidas de forma diferente, mas que preservem o conceito (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

A equivalência refere-se à *concordância interavaliadores* quando dois ou mais observadores apresentam concordância na aplicação do mesmo instrumento; ou à *coerência* quando a aplicação de formas alternadas de um mesmo instrumento produz alta correlação (Polit e Hungler, 1991; Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

Na construção, avaliação ou aplicação de um instrumento de medida, as questões de confiabilidade e validade são fatores cruciais que merecem atenção por parte de pesquisadores, de forma que tanto os instrumentos quanto estudos que os utilizem possam ser reconhecidos na comunidade científica.

## ***2- OBJETIVOS***



O presente estudo teve como objetivos:

- a) Construir um instrumento para classificação de pacientes pediátricos em graus de dependência da enfermagem;
- b) Conceituar as categorias de cuidado em pediatria;
- c) Avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento.





### *3- PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS*



### **3.1- Delineamento do Estudo**

O presente estudo é do tipo de pesquisa de desenvolvimento, ou seja, é uma estratégia de pesquisa que, utilizando sistematicamente conhecimentos existentes, objetiva elaborar um instrumento (Contandriopoulos et al., 1999).

Este tipo de pesquisa pode ser classificada ainda, como do tipo metodológica, descritiva e observacional (Polit e Hungler, 1991; Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

O desenvolvimento do estudo ocorreu em três etapas:

- a) Elaboração do instrumento para classificação de pacientes pediátricos e conceituação das categorias de cuidado em pediatria;
- b) Avaliação da validade do instrumento e das conceituações das categorias de cuidado em pediatria; e
- c) Avaliação da confiabilidade do instrumento de classificação de pacientes pediátricos.

### **3.2- Construção do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos**

A construção do instrumento foi fundamentada em referências bibliográficas que abordam as características de desenvolvimento infantil, instrumentos de medida e sistemas de classificação de pacientes (Marlow, 1977; Giovannetti, 1979; Alward, 1983; De Groot, 1989a; De Groot, 1989b; Trofino, 1989; Edwardson et al., 1990; Fugulin et al., 1994; Rauner, 1995; Elsen e Patrício, 1996; Mcdowel e Newell, 1996; Perroca, 1996; Veríssimo e Sigaud, 1996; Pasquali, 1998; Pasquali, 1999; Contandriopoulos et al., 1999; Wong, 1999; Huber, 2000; Streiner e Norman, 2001; Fugulin, 2002; Dal Ben e Souza, 2004).

Buscou-se construir um instrumento que possibilitasse a classificação de pacientes pediátricos em diferentes graus de dependência em relação à enfermagem. Para isso, identificou-se por meio de observação clínica e do levantamento bibliográfico citado

previamente as principais áreas de atuação da enfermagem na assistência ao paciente pediátrico.

Cada área de atuação de enfermagem representou um *indicador de demanda de enfermagem*.

A cada indicador de demanda de enfermagem foram atribuídas quatro situações de dependência, graduadas de um a quatro pontos, de forma que representassem de forma crescente, a demanda de enfermagem.

A identificação das situações de dependência também ocorreu por meio de levantamento bibliográfico e observação clínica e para a graduação das situações, considerou-se que a demanda de enfermagem é influenciada por: severidade da doença, complexidade de cuidados requeridos, dependência do paciente para a realização de atividades de vida diária e tempo despendido em atividades de cuidado direto e indireto (Huber, 2000).

### 3.2.1- Conceituação das Categorias de Cuidado em Pediatria

Para utilizar o instrumento com a finalidade de medir o grau de dependência do paciente pediátrico, verificou-se a necessidade de conceituar os diferentes graus de dependência do paciente pediátrico em relação à enfermagem, e de acordo com Pasquali (1999) a definição, a delimitação e a caracterização da população alvo de um instrumento, são fundamentais na construção do mesmo.

Com isso, cada grau de dependência de cuidado correspondeu a uma categoria de cuidado e para a conceituação das mesmas, apoiou-se em referências sobre desenvolvimento da criança (Marlow, 1977; Wong, 1999) e em conceitos existentes para pacientes adultos (Fugulin et al., 1994; Fugulin, 2002).

### 3.3- Validade de Conteúdo do instrumento: Técnica Delphi

A avaliação da validade de conteúdo para o instrumento consistiu em verificar se os indicadores propostos refletem a magnitude da dependência do cuidado de enfermagem, bem como se as situações graduadas refletem de forma crescente a demanda de enfermagem.

Para a validade de conteúdo do instrumento utilizou-se a Técnica *Delphi*, e estabeleceu-se como percentual mínimo, um nível de 70% de concordância entre juízes para estabelecer o consenso. Para isso foram necessárias quatro fases de coleta de dados.

Para a composição do grupo de juízes, optou-se por convidar enfermeiros que atuam no ensino, na pesquisa, na gerência ou na assistência direta ao paciente pediátrico, de forma a possibilitar oportunidades de análise da dependência da criança sob diferentes perspectivas, além de valorizar as contribuições tanto do conhecimento acadêmico quanto da prática profissional no cuidado direto ao paciente.

Como critério de inclusão do comitê de juízes, considerou-se:

- a) Ter experiência mínima de cinco anos em unidades de internação pediátrica ou possuir curso de especialização em pediatria; ou
- b) Ser docente da área de Pediatria; ou
- c) Ter experiência com pesquisas relacionadas à construção de instrumentos.

Os juízes foram identificados por meio de endereços eletrônicos presentes em artigos pesquisados e também por meio de contatos profissionais e acadêmicos da pesquisadora. O formulário para a caracterização de juízes está apresentado como Apêndice 1.

Em seguida, os juízes que atenderam aos critérios de inclusão, foram convidados a participar do estudo e considerou-se o seu consentimento na medida em que concordaram em participar do processo de avaliação. Também foram orientados no início, que essas avaliações usualmente requerem mais de uma fase para obter-se a versão desejada.

Os juízes receberam orientações específicas de como realizar as avaliações por escrito e foram solicitados a avaliar se:

- a) os indicadores representavam uma importante área de atuação da enfermagem;
- b) as situações de dependência atribuídas a cada indicador estavam organizadas de forma crescente quanto à demanda de enfermagem; e se
- c) havia clareza na redação dos mesmos.
- d) Ainda foram solicitados a tecer comentários, caso julgassem necessário.

Os questionários utilizados para a coleta de dados de cada uma das quatro fases estão apresentados nos Apêndices 2,3,4 e 5.

### 3.3.1- Validade das Conceituações das Categorias de Cuidado em Pediatria

A avaliação da validade de conteúdo das conceituações das categorias de cuidado consistiu em verificar se as mesmas distinguem grupos de pacientes, com características comuns, em relação às necessidades de cuidados.

As conceituações das categorias de cuidado foram submetidas à apreciação de um grupo de 11 juízes, sendo que os mesmos foram escolhidos entre os participantes da técnica *Delphi* por demonstrarem prontidão e compromisso com o estudo.

Também receberam por escrito instruções específicas de como realizar as avaliações por meio de questionário apresentado no Apêndice 6. Entretanto, três juízes solicitaram a presença da pesquisadora para esclarecimentos, de forma independente, pois justificaram ser muito complexo julgar, à distância, a conceituação de categorias de cuidado em pediatria.

Para atender a esta solicitação, foram realizadas duas reuniões, sendo a primeira com um juiz e a segunda com os outros dois juízes, sendo que, após a segunda reunião, as conceituações foram reformuladas e as mesmas foram submetidas à apreciação dos demais juízes por meio de novo questionário com instruções específicas, apresentado no Apêndice 7.

Para considerar as conceituações válidas, considerou-se que uma concordância maior de dois terços do grupo de juízes seria representativa, com isso, adotou-se o nível de concordância de 70% tanto no que se refere à definição, quanto à clareza da redação das categorias de cuidado.

### **3.4- Avaliação da Confiabilidade do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos**

Para o presente estudo, a confiabilidade foi avaliada quanto ao aspecto da equivalência ou concordância entre avaliadores.

Esta avaliação consistiu na comparação dos resultados obtidos na aplicação simultânea do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (Apêndice 8) por dois observadores diferentes: a pesquisadora e uma enfermeira com experiência e doutoranda em pediatria.

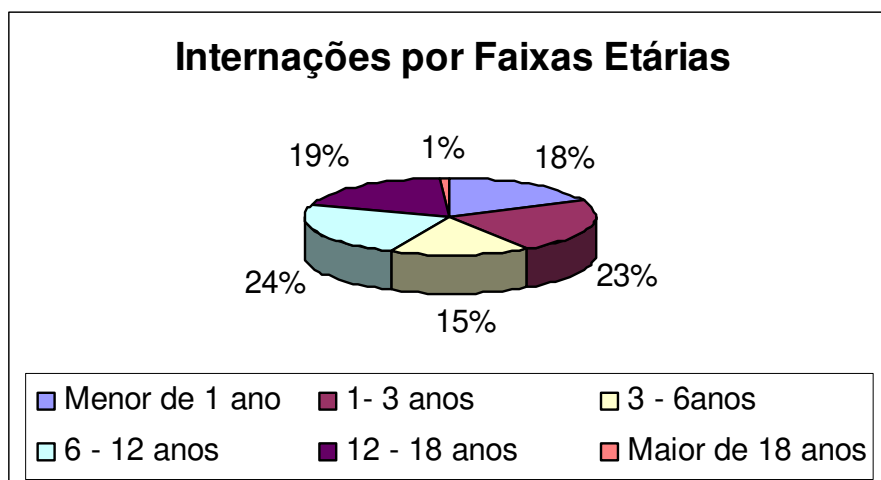
A coleta de dados ocorreu no dia 10 de agosto de 2006, no horário das 13:30h às 17:30h, em uma enfermaria de pediatria de um hospital de atendimento terciário, com 400 leitos, no interior do estado de São Paulo.

A Unidade de Internação Pediátrica localiza-se no quarto andar, com capacidade de atendimento para 48 leitos de enfermaria e dez leitos de terapia intensiva.

Os 48 leitos de enfermaria são divididos em três postos de enfermagem. Usualmente, no Posto Dois são internados pacientes da cirurgia pediátrica, no Posto Três são internados pacientes para a realização de procedimentos, com expectativa de baixa permanência e pacientes nefrológicos para a realização de diálise peritoneal; e no Posto Quatro são internados pacientes clínicos e em geral, é o posto com maior frequência de pacientes com patologias crônicas.

Segundo informações do serviço de estatística da instituição, no período de julho de 2004 a junho de 2005, houve 2093 internações na unidade de pediatria, cuja média de permanência foi de 10,7 dias.

A distribuição de internações por faixas etárias estão apresentadas na Figura 1.



**Figura 1-** Distribuição da frequência relativa das internações na Enfermaria de pediatria segundo faixa etária. Campinas, 2005.

A amostra de pacientes foi constituída por todos os pacientes hospitalizados nos leitos de enfermaria da Unidade de Internação Pediátrica, e presentes no leito no momento da avaliação, exceto aqueles cujos familiares não deram consentimento para participar as pesquisa.

### 3.5- Tratamento e Análise Estatística dos Dados

Os dados obtidos após cada fase da Técnica *Delphi* foram tabulados em uma planilha do programa de computador Microsoft EXCEL® e verificado o grau de concordância entre os juízes.

Os dados resultantes da avaliação entre observadores foram tabulados em uma planilha do programa de computador Microsoft EXCEL®, e analisados sob a orientação do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp.



O programa computacional utilizado para a análise estatística dos dados foi *The SAS System for Windows (Statistical Analysis System)*, versão 8.02 *SAS Institute Inc, 199-2001, Cary, NC, USA*.

Para avaliar a concordância entre observadores, foi utilizado o coeficiente Kappa e de acordo com Fleiss (1981), considera-se uma ótima confiabilidade quando os valores de *Kappa* atingirem valores maiores que 0,75, uma boa confiabilidade para valores de *Kappa* entre 0,40 a 0,75 e, uma fraca confiabilidade para valores de *Kappa* abaixo de 0,40.

### **3.6- Aspectos Éticos do Estudo**

O projeto para o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (sob o número 1441.0.146.000-05), e recebeu o parecer favorável n.º 533/2005, homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de outubro de 2005 (ANEXO).

Os pais ou responsáveis de crianças internadas que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 9) e receberam uma cópia do mesmo.



## ***4- RESULTADOS***



#### 4.1- Proposta Inicial do Instrumento

Para a proposta inicial do instrumento, foram identificados dez indicadores de demanda de enfermagem e a definição conceitual para cada um (Quadro 2):

**Quadro 2-** Proposta inicial dos indicadores de demanda de enfermagem do instrumento de classificação de pacientes pediátricos. Campinas, 2005.

<b>Indicador de demanda de enfermagem</b>	<b>Definição conceitual</b>
<i>Atividade</i>	Estado geral da criança, considerando a interatividade e o desenvolvimento neuro-psico-motor
Aferição de sinais vitais	Necessidade de controle de dados vitais, sendo que, quanto mais instável estiver a criança ou adolescente, menor será o intervalo de tempo para aferir sinais vitais
Oxigenação	Capacidade da criança manter a oxigenação adequada, com vias aéreas desobstruídas
Terapêutica Medicamentosa	Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas
Integridade Cutâneo Mucosa	Manutenção da integridade da pele, maior órgão do corpo humano, responsável pela proteção primária do organismo (defesa inespecífica)
Alimentação	Capacidade de ingerir alimentos e líquidos, sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral
Eliminações	A capacidade de apresentar eliminações urinária e intestinal sozinho, com ou sem controle de esfíncter (conforme idade) e/ou necessidade de uso de sondas
Mobilidade	Capacidade da criança mover-se independentemente ou com necessidade de auxílio
Higiene Corporal	Capacidade de realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal
Educação ao familiar	A presença de um acompanhante com a criança em tempo integral é garantida por Lei <sup>1</sup> , necessidade do familiar obter informações em relação ao cuidado da criança até que possa reassumir sua função com segurança
<sup>1</sup> Lei 8069/90 Estatuto da Criança e do Adolescente	

Aos indicadores foram atribuídas situações de dependência de cuidado, graduadas de um a quatro pontos, de acordo com o aumento da demanda de enfermagem (Quadro 3)

**Quadro 3-** Graduação das situações de dependência de cuidado para cada indicador de demanda de enfermagem do instrumento de classificação de pacientes. Campinas 2005.

<b>Graduação</b>	<b>Situações de dependência de cuidado</b>
<i>Atividade</i>	
<b>01 ponto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adolescente orientado em tempo, espaço e pessoa</li> <li>▪ Lactente acompanhado pela mãe, tranquilo</li> </ul>
<b>02 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar: choro a procedimentos invasivos</li> <li>▪ Adolescente assustado ou rebelde</li> </ul>
<b>03 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactente ou infante ou pré escolar ou escolar ou adolescente: continuamente assustado ou irritado ou apático</li> <li>▪ Criança com alteração do desenvolvimento neuro-psico-motor</li> </ul>
<b>04 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactente ou infante ou pré escolar ou escolar ou adolescente: inconsciente ou sedado</li> </ul>
<i>Aferição de Sinais Vitais</i>	
<b>01 ponto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A cada 6 horas</li> </ul>
<b>02 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A cada 4 horas</li> </ul>
<b>03 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A cada 2 horas</li> </ul>
<b>04 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervalo menor de 2 horas ou necessidade de monitorização</li> </ul>
<i>Oxigenação</i>	
<b>01 ponto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: respiração espontânea, sem necessidade de suplementação de oxigênio ou desobstrução de Vias Aéreas</li> </ul>
<b>02 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escolar ou adolescente: respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de Vias Aéreas</li> </ul>
<b>03 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactente ou infante ou pré-escolar com necessidade de suplementação de oxigênio ou desobstrução e Vias Aéreas ou ambos</li> <li>▪ Escolar ou adolescente: respiração espontânea, com necessidade de suplementação de oxigênio</li> </ul>
<b>04 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactente ou infante ou pré escolar ou escolar ou adolescente: com Ventilação mecânica invasiva ou não invasiva (BIPAP)</li> </ul>
<i>Terapêutica Medicamentosa</i>	
<b>01 ponto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: NÃO necessitando de medicamentos</li> <li>▪ Adolescente ou escolar aceitando tomar medicamentos VO</li> </ul>
<b>02 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adolescente aceitando receber medicamentos via parenteral tranquilamente</li> </ul>
<b>03 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes crônicos recebendo medicação por Sondas ou cateter Venoso</li> </ul>
<b>04 pontos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: agitando-se para receber medicamentos por qualquer via</li> </ul>

<i>Higiene corporal</i>	
<b>01 ponto</b>	▪ Adolescente ou Escolar: Banho de aspersão sem auxílio
<b>02 pontos</b>	▪ Pré-escolar ou escolar ou adolescente: Banho de aspersão com supervisão
<b>03 pontos</b>	▪ Pré-escolar ou escolar ou adolescente: Cadeira de Banho
<b>04 pontos</b>	▪ Lactente ou infante: Banho de imersão ▪ Pré-escolar ou escolar ou adolescente: Banho de leito
<i>Integridade Cutâneo Mucosa</i>	
<b>01 ponto</b>	▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: apresentando pele integralmente íntegra, sem sinais de hiperemia ou escoriações
<b>02 pontos</b>	▪ Lactente ou infante: apresentando hiperemia na região da fralda ▪ Pré-escolar ou escolar ou adolescente: hiperemia em proeminências ósseas
<b>03 pontos</b>	▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: apresentando escoriações ou lesão superficial ▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: apresentando ferida operatória superficial sem sinais flogísticos
<b>04 pontos</b>	▪ Lactente ou infante ou pré -escolar ou escolar ou adolescente: apresentando lesão profunda ou lesão infectada ou com tecido necrótico ▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: apresentando ferida operatória profunda ou infectada
<i>Alimentação</i>	
<b>01 ponto</b>	▪ Adolescente ou Escolar: Alimentando-se VO sem auxílio ▪ Lactente amamentado pela mãe
<b>02 pontos</b>	▪ Pré-escolar: alimentando-se VO com auxílio ▪ Pré-escolar ou escolar ou adolescente: Alimentação VO com auxílio
<b>03 pontos</b>	▪ Lactente ou infante: mamando em mamadeira ▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: Alimentação por sondas, gastrostomia
<b>04 pontos</b>	▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: Nutrição Parenteral ▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: Jejum VO
<i>Eliminações</i>	
<b>01 ponto</b>	▪ Escolar ou adolescente: Eliminações em W.C.
<b>02 pontos</b>	▪ Pré-escolar: eliminações em W.C.
<b>03 pontos</b>	▪ Lactente ou infante: eliminações em fralda ▪ Pré-escolar ou escolar ou adolescente: Eliminações em Comadre ou Fralda
<b>04 pontos</b>	▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: eliminações por sondas ou ostomias
<i>Mobilidade</i>	
<b>01 ponto</b>	▪ Infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente sem restrições de movimento
<b>02 pontos</b>	▪ Pré-escolar ou escolar ou adolescente: com restrição de movimento por venóclise
<b>03 pontos</b>	▪ Infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: dependendo parcialmente da enfermagem para mudança de decúbito
<b>04 pontos</b>	▪ Lactente ou infante ou pré-escolar ou escolar ou adolescente: dependendo totalmente da enfermagem para mudança de decúbito
<i>Educação ao familiar</i>	
<b>01 ponto</b>	▪ Familiar esclarecido quanto ao estado clínico da criança e seguro para a realização de cuidados com a mesma
<b>02 pontos</b>	▪ Familiar com algumas dúvidas quanto ao estado clínico ou à realização de cuidados com a mesma
<b>03 pontos</b>	▪ Familiar em treinamento para alta hospitalar ▪ Familiar de paciente crônico
<b>04 pontos</b>	▪ Familiar com tempo de escolaridade inferior a quatro anos ▪ Familiar de criança internada em Unidade de Terapia Intensiva

## **4.2- Avaliação da Validade de conteúdo do instrumento: Técnica Delphi**

Foram realizadas quatro fases da técnica *Delphi*, de forma que o conteúdo do instrumento foi modificado três vezes, para que os juízes chegassem ao consenso quanto ao conteúdo de cada indicador e respectivas situações graduadas.

### 4.2.1- Caracterização dos juízes participantes da Técnica Delphi

Foram identificados 25 enfermeiros que atendiam aos critérios de inclusão para participar da avaliação do instrumento, na técnica *Delphi*. Todos foram convidados, e 19 juízes participaram efetivamente em pelo menos uma das fases da técnica *Delphi*. Participaram de todas as fases realizadas 12 juízes.

O grupo de juízes variou no decorrer da técnica *Delphi*, sendo que alguns juízes participaram apenas da primeira ou da segunda fase e alguns participaram da segunda fase em diante. Nas terceira e quarta fases, o grupo de juízes se manteve. Por efeito de praticidade e ausência de implicações na pesquisa, optou-se por caracterizar todos os juízes que retornaram questionários de uma forma geral, sem especificação por fases (Tabela 1).



**Tabela 1-** Caracterização dos dezanove juízes participantes da Técnica Delphi, Campinas, 2006.

<b>Caracterização dos juízes</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	19	100
Masculino	0	0
<b>Idade (anos)</b>		
26-30	2	11
31-40	4	21
≥ 40	13	68
<b>Tempo de formação (anos)</b>		
Menor de 5 anos	1	5
5-15 anos	4	21
≥15 anos	14	74
<b>Qualificação profissional</b>		
Graduação	4	21
Especialização	6	31,5
Mestrado	3	16
Doutorado	6	31,5
<b>Área de Atuação</b>		
Assistência		
Assistência direta	6	31,5
Assistência indireta (gerência)	5	26
Ensino	2	11
Pesquisa	6	31,5

Participaram como juízes 19 enfermeiras, com idades entre 26 a 48 anos e com tempo de formação entre cinco a 23 anos.

No que concerne a áreas de atuação profissional, o grupo foi heterogêneo, com enfermeiras envolvidas com assistência direta, atividades gerenciais, ensino e pesquisa. É necessário destacar que, nesta pesquisa, todos os juízes envolvidos com pesquisa, também estavam envolvidos com ensino.

Quanto à trajetória profissional, as experiências relatadas livremente pelo grupo foram bem diversificadas, sendo citadas: UTI neonatal, UTI pediátrica, UTI adulto, CCIH, Clínica médica, Clínica cirúrgica, diálise peritoneal, atividades de ensino, Pronto Socorro adulto e pediátrico, cargos de gerência.

Desses 19 enfermeiros, quatro relataram possuir apenas o curso de graduação em enfermagem. Cinco relataram possuir título de especialista em áreas como: Saúde mental infantil; Urgência, emergência e Terapia intensiva pediátrica e neonatal; Saúde pública e administração; Administração de serviços de saúde e Administração hospitalar. Nove enfermeiras relataram ter realizado curso de pós-graduação *stricto sensu*, sendo três Mestrado e seis Doutorado. As áreas de concentração relacionadas foram: Enfermagem pediátrica; Trabalho e Educação em saúde; Saúde mental e uma em Administração de serviços de enfermagem.

#### 4.2.2- Primeira Fase da Técnica Delphi

Foram entregues 23 questionários (Apêndice 2) sendo 14 impressos e os demais por correio eletrônico, com retorno dos mesmos por 14 juízes. Desses, três foram recebidos por e-mail e 11 em mãos pela pesquisadora, o que correspondeu a 61% de retorno dos instrumentos.

Para análise, considerou-se 13 questionários, pois um dos juízes julgou apenas a validade de face do instrumento, com sugestões de alterações do *layout* do mesmo com discriminação de faixas etárias. O nível de concordância entre juízes para cada um dos dez indicadores está apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2-** Avaliação dos juízes para os dez indicadores de demanda de enfermagem, na primeira fase da técnica *Delphi*, (n=13). Campinas, 2005.

Indicadores de demanda de enfermagem	Concordância		Clareza	
	n	%	n	%
Intervalo de aferição de sinais vitais	13	100	6	46
Oxigenação	13	100	7	54
Higiene corporal	13	100	8	62
Eliminações	12	92	9	69
Alimentação e hidratação	12	92	6	46
Integridade cutâneo mucosa	12	92	7	54
Terapêutica medicamentosa	12	92	11	85
Mobilidade	11	85	8	62
Atividade	10	77	8	62
Educação ao familiar	10	77	8	62

De acordo com a Tabela 2, verifica-se uma concordância entre os juízes de 77 a 100% quanto aos indicadores propostos. Porém, a clareza da conceituação variou de 46 a 85%, de forma que, apenas o indicador *Terapêutica medicamentosa* (85%) atingiu o consenso mínimo estabelecido.

Os juízes propuseram sugestões para a modificação dos indicadores e respectivas definições conceituais, as quais foram analisadas e, aquelas julgadas pertinentes foram acatadas.

Dois juízes sugeriram que fossem contemplados controles, como glicemia capilar e glicosúria, para o indicador *Intervalo de aferição de sinais vitais*, pois tais controles podem ser indicados em tempo menor ao intervalo necessário para aferição de sinais vitais e referem-se da mesma forma à demanda de enfermagem. Com isso o indicador foi renomeado para “*Intervalo de aferição de controles*”.

Na definição do indicador *Oxigenação*, dois juízes recomendaram que fosse considerada a permeabilidade das vias aéreas e, com isso foi acrescentada também a necessidade de desobstrução de vias aéreas nas graduações.

Dois juízes sugeriram excluir da definição conceitual do indicador *Integridade Cutâneo Mucosa*, a irrelevante informação “o maior órgão do corpo humano, a pele”.

Um juiz sugeriu exclusão do termo “sozinho ou com auxílio” da definição conceitual dos indicadores *Eliminações* e *Alimentação*, por considerar contraditório.

Quanto à definição conceitual do indicador *Mobilidade*, três juízes colocaram que a mesma não esclarecia o que o indicador de fato avaliaria. Com isso, esse indicador foi renomeado para *Mobilização e deambulação* alterando-se também a sua definição conceitual.

Um dos juízes colocou que, a definição conceitual do indicador *Atividade*, estava incompreensível, pois parecia “incompleta” e sugeriu uma nova conceituação, a qual foi acatada.

Para o indicador *Educação ao familiar*, dois juízes colocaram que a conceituação gerou dúvidas em relação a o quê avaliar, pois estavam agrupados dois conceitos: participação do familiar e a rede de suporte que a criança tem ao permanecer internada. Com isso, o indicador foi excluído e foram propostos dois novos indicadores: *Participação do acompanhante* e *Rede de Apoio e suporte*.

A concordância entre juízes para as situações graduadas quanto à demanda de enfermagem de cada indicador, está apresentada na Tabela 3:

**Tabela 3-** Avaliação de juízes quanto às situações graduadas para os dez indicadores de demanda de enfermagem, na primeira fase da técnica *Delphi*, (n=13), Campinas, 2005.

Situações graduadas para o indicador de demanda de enfermagem	Concordância		Clareza	
	n	%	n	%
Intervalo de aferição de sinais vitais	12	92	11	85
Oxigenação	12	92	8	62
Integridade cutâneo mucosa	10	77	9	69
Terapêutica medicamentosa	10	77	9	69
Mobilidade	10	77	6	43
Higiene corporal	7	54	7	54
Eliminações	6	46	9	69
Atividade	6	46	7	54
Educação ao familiar	6	46	5	38
Alimentação	3	23	6	46

Verifica-se grande amplitude tanto quanto à concordância (23-92%), quanto à clareza (38-85%) das situações graduadas, de forma que o grupo de juízes apresentou muitas sugestões para a reformulação das mesmas.

Para a reformulação das situações graduadas do indicador *Atividade* considerou-se as sugestões: a) substituição do termo “rebelde” por “não colaborativo” e a exclusão de situações ambíguas como “tranquilo e chora a procedimentos invasivos” (dois juízes); b) não atribuir a mesma pontuação a um lactente, ainda que tranquilo, e a um adolescente orientado, pois o último verbaliza dúvidas, intercorrências ou qualquer necessidade (um juiz); c) desconsiderar a presença do acompanhante para a graduação das situações (dois juízes); e d) diferenciar os níveis de comprometimento no desenvolvimento e atribuir “quatro pontos” para “neuropatas acamados”.

As situações graduadas do indicador *Mobilidade*, foram reformuladas segundo as sugestões: a mudança de decúbito para adolescentes e escolares deve ser pontuada como “quatro pontos”, devido a necessidade de dois profissionais para a tarefa (dois juízes); e desconsiderar a presença de venóclise (um juiz).

Para a reformulação das situações graduadas do indicador *Terapêutica Medicamentosa*, considerou-se a sugestão de um juiz para incluir as classes de medicamentos vasoativos e quimioterápicos.

Em relação às situações graduadas do indicador *Higiene corporal*, foram consideradas para a reformulação, as sugestões: a) incluir banho de aspersão com supervisão para o infante (um juiz); b) incluir banho de imersão para pré-escolares e escolares hipodesenvolvidos por qualquer patologia crônica (um juiz); e c) diferenciar a demanda de enfermagem entre banho de aspersão em cadeira de pacientes colaborativos (três pontos) e não colaborativos (quatro pontos), por um juiz, o qual definiu como paciente não colaborativo “pacientes neuropatas, ou com restrição de movimentos por medo e atitude anti-álgica”.

Para a reformulação das situações graduadas do indicador *Eliminações*, foram consideradas as sugestões: a) incluir “a necessidade de controle de volume urinário, por meio de peso de fraldas ou de saco coletor (um juiz)”; b) atribuir “quatro pontos” a adolescentes e escolares que necessitem de fraldas, com a justificativa da necessidade de dois profissionais para esta tarefa (dois juizes); c) substituir “W.C.” por “vaso sanitário” (um juiz).

Em relação à reformulação das situações graduadas do indicador *Alimentação e Hidratação* foram consideradas as colocações:

- a) os pré-escolares e escolares que se alimentem sozinhos, sem auxílio, devem ser incluídos na primeira gradação (dois juizes); b) um lactente deve pontuar a partir de “três pontos” ao ser alimentado por mamadeiras, pois o mesmo não pode segurá-la sozinho (um juiz); c) Pacientes com “Risco para aspiração” devem pontuar como “quatro pontos” (três juizes); d) o jejum, por não acarretar “trabalho” direto deve ser considerado como “um ponto” (um juiz).

Após essas análises, o instrumento foi completamente modificado quanto ao conteúdo inicial e também quanto ao *layout* de forma que, as situações graduadas foram discriminadas em diferentes faixas etárias para os indicadores: *Atividade, Alimentação e hidratação, Eliminações, Mobilidade e deambulação e Higiene Corporal*.

O questionário para a segunda fase da técnica *Delphi*, com as modificações do conteúdo do instrumento, e, instruções para o julgamento do mesmo, está apresentado no Apêndice 3.

#### 4.2.3- Segunda Fase da Técnica *Delphi*

Nesta fase, foram entregues 22 questionários (Apêndice 3) sendo 15 impressos e os demais por correio eletrônico, com retorno do mesmo por 14 juízes sendo dois retornos por e-mail e 12 retornos em mãos pela pesquisadora, o que correspondeu a 64% de retorno dos instrumentos. Em relação à primeira fase, não foram entregues questionários a duas enfermeiras que estavam em licença maternidade, e foram incluídas duas enfermeiras indicadas por outra juíza e que atendiam aos critérios de inclusão.

Para a análise, considerou-se 13 questionários, pois um juiz colocou algumas sugestões para apreciação, mas absteve-se de concordar ou discordar de todos indicadores.

O nível de concordância, entre os 13 juízes, para os onze indicadores de demanda de enfermagem estão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4-** Avaliação dos juízes para os onze indicadores de demanda de enfermagem, na segunda fase da técnica *Delphi*, (n=13), Campinas, 2006.

Indicadores de demanda de enfermagem	Concordância		Clareza	
	n	%	n	%
<i>Oxigenação</i>	13	100	13	100
<i>Terapêutica Medicamentosa</i>	13	100	13	100
<i>Mobilidade e Deambulação</i>	13	100	13	100
<i>Eliminações</i>	13	100	13	100
<i>Integridade Cutâneo Mucosa</i>	13	100	13	100
<i>Rede de Apoio e Suporte</i>	13	100	12	92
<i>Participação do Acompanhante</i>	13	100	12	92
<i>Alimentação e Hidratação</i>	12	92	13	100
<i>Intervalo de aferição de controles</i>	12	92	12	92
<i>Atividade</i>	12	92	12	92
<i>Higiene Corporal</i>	12	92	12	92

Verifica-se que, o nível de concordância variou entre 92-100% tanto em relação à conceituação quanto à clareza. Com isso, não foram realizadas novas alterações para a definição e conceituação dos indicadores de demanda de enfermagem.

A Tabela 5 exibe a concordância entre juízes quanto às situações graduadas de cada indicador:

**Tabela 5-** Avaliação de juízes quanto às situações graduadas para os onze indicadores de demanda de enfermagem, na segunda fase da técnica *Delphi*, (n=13), Campinas, 2006.

Situações graduadas para o indicador de demanda de enfermagem	Concordância		Clareza	
	n	%	n	%
Integridade Cutâneo Mucosa	13	100	13	100
Oxigenação	13	100	13	100
Intervalo Aferição de Controles	12	92	12	92
Participação do Acompanhante	12	92	11	85
Terapêutica Medicamentosa	11	85	13	100
Rede de Apoio e Suporte	10	77	11	85
Eliminações	9	69	10	69
Atividade	8	62	9	69
Alimentação e hidratação	7	54	11	85
Mobilidade e deambulação	7	54	9	69
Higiene Corporal	6	46	11	85

De acordo com a Tabela 5, os indicadores *Integridade cutâneo mucosa*, *Oxigenação*, *Intervalo de aferição de controles*, *Participação do acompanhante*, *Terapêutica medicamentosa* e *Rede de apoio e suporte* apresentaram concordância entre 77 a 100% quanto a graduação atribuída e entre 85 e 100% quanto à clareza, de forma que não foram mais modificados.



As críticas consideradas para a reformulação nas graduações das situações de cada indicador de demanda de enfermagem foram:

A inviabilidade da avaliação de situações de interatividade como “correr, andar, brincar”, devido à falta de estrutura dos hospitais e, à falta de clareza entre as situações foram colocadas por três juízes para o indicador *Atividade*.

Foi sugerido por três juízes ignorar a divisão de faixas etárias entre as situações graduadas do indicador *Higiene Corporal* e, considerar como “três pontos” o banho de imersão e como “quatro pontos” o banho no leito ou incubadora. Foi mantida a pontuação de “quatro pontos” para quaisquer tipo de banho, com necessidade de dois profissionais.

Três juízes sugeriram que a mudança de decúbito, contemplada no indicador *Mobilidade e Deambulação*, deve sempre ser pontuada como “quatro pontos”, independente da faixa etária.

Para a modificação das situações graduadas do indicador *Eliminações* foi recomendado: a) excluir o termo “controle de volume urinário por pesagem de fraldas” (três juízes); b) padronizar como “três pontos” as eliminações em vaso sanitário com auxílio e em fraldas, independente da faixa etária, quando for necessário apenas um profissional para o auxílio ou troca (dois juízes); e c) padronizar como “quatro pontos”, a eliminação em fraldas, com a necessidade de dois profissionais para realizar a troca (dois juízes).

Quanto ao indicador *Alimentação e Hidratação*, três juízes consideraram “difícil de julgar” devido à confusão do instrumento quanto ao “amontoado de faixas etárias”, além disso, verificaram a ausência de uma pontuação específica para contemplar Nutrição Parenteral para os lactentes e recém-nascidos.

Para a terceira fase de avaliação (Apêndice 4), alterou-se novamente o *layout* (considerado por sete juízes como oneroso e obscuro) e as situações graduadas dos indicadores: *Eliminações, Atividade, Alimentação e hidratação, Mobilidade e deambulação e Higiene Corporal*, desconsiderando-se a discriminação de faixas etárias das mesmas.

#### 4.2.4- Terceira Fase da Técnica *Delphi*

Para a realização da terceira fase da técnica *Delphi*, foram entregues 14 questionários (Apêndice 4), de forma que, apenas considerou-se os juízes que participaram de uma das duas fases precedentes. Houve retorno de todos os questionários, sendo 11 em mãos e três por correio eletrônico.

A Tabela 6 exhibe a concordância quanto às situações graduadas dos indicadores modificados para a terceira fase da técnica *Delphi*.

**Tabela 6-** Avaliação de juízes quanto às situações graduadas para os cinco indicadores de demanda de enfermagem, na terceira fase da técnica *Delphi*, (n=14), Campinas, 2006.

Situações graduadas para o indicador de demanda de enfermagem	Concordância		Clareza	
	n	%	n	%
Higiene Corporal	13	93	12	86
Alimentação e Hidratação	11	79	12	86
Eliminações	10	71	12	86
Atividade	8	57	10	71
Mobilidade e Deambulação	8	57	13	93

Conforme demonstrado na Tabela 6, obteve-se um nível de concordância de 71 a 93% quanto às situações graduadas e 86% de clareza para os indicadores *Higiene Corporal*, *Alimentação e Hidratação* e *Eliminações*, para os quais não realizou-se novas modificações.

Para reformular a graduação do indicador *Atividade*, foi considerada a colocação de três juízes de que tanto a hiperatividade quanto a hipoatividade podem ser uma reação à hospitalização e, por isso, os pacientes hipoativos e hiperativos devem ser graduados como “três pontos”.

Quanto ao indicador *Mobilidade e Deambulação*, cinco juízes colocaram que seria interessante inverter as pontuações das situações graduadas: de pacientes em “repouso no leito” para “dois pontos” e paciente “deambulando com auxílio” para “três pontos”, de forma que a sugestão foi acatada.

O questionário para a quarta fase da técnica *Delphi*, com as modificações para a graduação dos dois indicadores, e, instruções para o julgamento, está apresentado no Apêndice 5.

#### 4.2.5- Quarta Fase da Técnica *Delphi*

Nesta fase, foram encaminhados 14 questionários (Apêndice 5) sendo 11 impressos e três por correio eletrônico, para os juízes participantes da terceira fase, e novamente, obteve-se retorno de 100% dos mesmos. O nível de concordância entre os 14 juízes para a graduação dos indicadores *Mobilidade e Deambulação* e *Atividade* está apresentado na Tabela 7.

**Tabela 7-** Avaliação de juízes quanto às situações graduadas para dois indicadores de demanda de enfermagem, na quarta fase da técnica *Delphi*, (n=14), Campinas, 2006

Situações graduadas para o indicador de demanda de enfermagem	Concordância		Clareza	
	n	%	n	%
Mobilidade e deambulação	12	86	11	79
Atividade	10	71	10	71

Destaca-se que finalmente, as situações graduadas dos dois indicadores *Mobilidade e deambulação* e *Atividade*, atingiram o consenso estabelecido, de forma que apresentaram concordância entre 71 e 86% e clareza entre 71 e 79%, sendo esta fase decisiva para a versão final do instrumento.

### 4.3- Conceituação das Categorias de Cuidado em Pediatria

Foram identificadas cinco categorias de cuidado na literatura (Fugulin et al. 1994) e apoiado em referência sobre o desenvolvimento infantil (Wong, 1999), foram propostas as seguintes conceituações (Quadro 4):

**Quadro 4-** Conceituação inicial de categorias de pacientes pediátricos. Campinas, 2006.

<i>Cuidados Mínimos</i>
Lactente ou toddler, estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado pela mãe ou responsável, em período integral, com o acompanhante executando atividades de alimentação, higiene e conforto, independente da enfermagem.
Pré-escolar ou escolar estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado por uma pessoa de confiança em período integral, em conjunto com a qual realizam ações de auto cuidado, independente da enfermagem.
Adolescente estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante em período integral, colabora com o tratamento e realiza ações de auto-cuidado sob a supervisão do enfermeiro.
<i>Cuidados Intermediários</i>
Lactente ou toddler, estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado pela mãe ou responsável, em período integral, com o acompanhante executando atividades de alimentação, higiene e conforto, mas requer orientações do enfermeiro para essas atividades.
Pré-escolar ou escolar estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado por uma pessoa de confiança em período integral, em conjunto com a qual realizam ações de auto cuidado, mas requer orientações do enfermeiro para essas atividades.
Adolescente estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante em período integral, colabora com o tratamento e realiza ações de auto-cuidado, mas requer orientações do enfermeiro para essas atividades.
<i>Cuidados de Alta dependência</i>
Lactente ou toddler ou pré-escolar ou escolar estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, portador ou não de alguma patologia crônica que, mesmo com acompanhante em período integral, precisa de auxílio nas atividades de alimentação, higiene e conforto e/ou outros cuidados específicos de enfermagem.
Adolescente estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, portador ou não de alguma patologia crônica, que independente da presença do acompanhante, não colabora com o tratamento e/ou precisa de auxílio nas atividades de alimentação, higiene e conforto ou outros cuidados específicos de enfermagem.
<i>Cuidados Semi-Intensivos</i>
Paciente pediátrico (RN, lactente, pré-escolar, escolar ou adolescente) sujeito a instabilidade de sinais vitais ou de níveis glicêmicos, sem risco iminente de morte, que, independente de ter um acompanhante necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada
<i>Cuidados intensivos</i>
Paciente pediátrico (RN, lactente, pré-escolar, escolar ou adolescente) em estado grave, sujeito a instabilidade das funções vitais, com risco iminente de morte, e que necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada

#### 4.3.1- Avaliação da Validade das Conceituações

As conceituações foram submetidas à avaliação de onze juízes, por meio de questionário com instruções específicas. Apenas um juiz não retornou algum tipo de avaliação.

Com isso, participaram desta etapa metodológica dez juízes, todas enfermeiras, com idades entre 26 a 48 anos e com tempo de formação entre cinco a 23 anos. Em relação às áreas de atuação profissional das componentes do grupo de juízes, uma atua na assistência direta, quatro atuam na gerência, duas no ensino e três em ensino e pesquisa. No que concerne à qualificação, três juízes possuem título de especialista, quatro possuem Mestrado e três Doutorado.

Três juízes consideraram a avaliação da conceituação como uma atividade muito importante e complexa para ser realizada simplesmente por meio de questionário e solicitaram uma reunião com a pesquisadora para aprimorar a conceituação.

A avaliação do demais sete juízes, quanto à conceituação das categorias de cuidado em pediatria, está apresentada na Tabela 8.

**Tabela 8-** Avaliação da proposta de conceituações das categorias de cuidado em Pediatria, (n= 7). Campinas, 2006.

Categorias de Cuidado	Concordância		Clareza	
	n	%	n	%
<b><i>Cuidados Mínimos</i></b>				
RN, Lactente	2	29	4	57
Pré-Escolar/Escolar	3	43	4	57
Adolescente	5	71	5	71
<b><i>Intermediários</i></b>				
Lactente/ Toddler	4	57	3	43
Pré-Escolar/ Escolar	4	57	3	43
Adolescente	5	71	4	57
<b><i>Alta Dependência</i></b>				
Lactente/Toddler/ Pré-escolar/ EscEscolar	5	71	4	57
Adolescente	5	71	4	57
<b><i>Semi-intensivos</i></b>				
	5	71	5	71
<b><i>Intensivos</i></b>				
	5	71	5	71

Verifica-se um nível de concordância menor que 70% quanto às categorias de *Cuidados Mínimos* e *Intermediários* para as faixas etárias: RN, lactentes, pré-escolares e escolares e quanto à clareza de todas as categorias exceto para *Cuidados Semi-intensivos e Intensivos*, as quais apresentaram concordância e clareza limítrofe (71%) com o nível estabelecido para este estudo.

Desta forma, verificou-se que, a reunião sugerida previamente pelos três juízes que abstiveram-se de preencher o questionário, seria fundamental para orientar a reformulação das conceituações das categorias de cuidado em pediatria.

Para modificar a conceituações das categorias de cuidado, foram realizadas duas reuniões com os juízes solicitantes, sendo que a primeira ocorreu entre a pesquisadora e um juiz e a segunda ocorreu entre a pesquisadora e dois juízes concomitantemente.

Durante a segunda reunião, foram reformuladas as conceituações de todas as categorias de cuidado, em conjunto com dois juízes.

O Quadro 5 exibe as conceituações reformuladas:

**Quadro 5-** Conceituação das categorias de cuidados em pediatria. Campinas, 2006.

<i>CUIDADOS MÍNIMOS</i> : Paciente pediátrico a partir de 12 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, realizando todas as ações de auto-cuidado sob supervisão da enfermagem.
<i>CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS</i> : Paciente pediátrico a partir de 7 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, que necessite de auxílio da enfermagem para seu auto-cuidado e/ou apoio para o enfrentamento da situação de doença e hospitalização.
<i>CUIDADOS DE ALTA DEPENDÊNCIA</i> : Paciente pediátrico (de qualquer idade), estável sob o ponto de vista clínico, que dependa da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas/físicas, emocionais e sociais.
<i>CUIDADOS SEMI-INTENSIVOS</i> : Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, sem risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
<i>CUIDADOS INTENSIVOS</i> : Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, com risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

As conceituações reformuladas (Quadro 5) foram submetidas à apreciação dos demais oito juízes que não participaram da segunda reunião, os quais foram novamente solicitados a avaliar a conceituação e clareza por meio de novo questionário (Apêndice 7).

Cabe ressaltar que foram enviados oito questionários com retorno de sete (87,5%). A avaliação dos sete juízes, quanto às novas conceituações, para as cinco categorias de cuidado está apresentada na Tabela 9:

**Tabela 9-** Avaliação de sete juízes quanto a validade das conceituações de cinco categorias de cuidado em Pediatria, (n= 7), Campinas, 2006.

Categorias de Cuidado	Concordância		Clareza	
	n	%	n	%
Mínimos	6	85	6	85
Intermediários	6	85	5	85
Alta dependência	6	85	6	85
Semi intensivo	7	100	7	100
Intensivos	7	100	7	100

Destaca-se que todas as categorias de cuidado obtiveram excelente concordância (de 85 a100%), tanto no que diz respeito à conceituação, quanto para a clareza, garantido-se a validade do conteúdo das mesmas.

#### **4.4- Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos: Versão Final**

A versão final do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) foi composta por onze indicadores de demanda de enfermagem. A cada indicador foram atribuídas quatro situações de dependência de cuidado graduadas com um valor numérico de um a quatro pontos, de forma que, um ponto representa uma menor demanda de enfermagem e quatro pontos representa a maior demanda de enfermagem. Para a determinação do escore final, a amplitude foi dividida em cinco intervalos, onde cada intervalo representa uma categoria de cuidado.

A classificação de um paciente consiste na avaliação do mesmo em relação a cada um dos onze indicadores e escolha da situação que melhor descrever sua condição. Em seguida procede-se com a soma do número de pontos obtido em cada indicador.

O escore mínimo possível é de 11 pontos e o máximo é de 44 pontos, desta forma a pontuação entre 11 e 19 corresponde à categoria de *Cuidados Mínimos*, entre 17 e 23 pontos de *Cuidados Intermediários*, entre 24 e 30 pontos de *Alta Dependência*, entre 31-36 pontos de cuidados *Semi Intensivos* e de 37 a 44 pontos corresponde à categoria de *Cuidados Intensivos*.

A versão final do instrumento está apresentada no Quadro 6.

**Quadro 6-** Instrumento de Classificação de pacientes pediátricos. Campinas, 2006.

<b>ATIVIDADE:</b> 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.	
<b>01 ponto</b>	Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária
<b>02 pontos</b>	Sonolento
<b>03 pontos</b>	Hipoativo <b>ou</b> Hiperativo <b>ou</b> Déficit no desenvolvimento
<b>04 pontos</b>	Inconsciente ou sedado ou coma vigil
<b>INTERVALO DE AFERIÇÃO DE CONTROLES:</b> Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.	
<b>01 ponto</b>	6/6 horas
<b>02 pontos</b>	4/4 horas
<b>03 pontos</b>	2/2 horas
<b>04 pontos</b>	Intervalo menor 2 horas
<b>OXIGENAÇÃO:</b> Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.	
<b>01 ponto</b>	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas
<b>02 pontos</b>	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro
<b>03 pontos</b>	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções <b>e/ou</b> necessidade de oxigenoterapia
<b>04 pontos</b>	Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva)



<b>TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:</b> Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas.	
<b>01 ponto</b>	Não necessita de medicamentos
<b>02 pontos</b>	Necessidades de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral
<b>03 pontos</b>	Necessidades de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)
<b>04 pontos</b>	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos
<b>INTEGRIDADE CUTÂNEO MUCOSA:</b> Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.	
<b>01 ponto</b>	Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea
<b>02 pontos</b>	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte
<b>03 pontos</b>	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou períneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte
<b>04 pontos</b>	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte
<b>ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO:</b> Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.	
<b>01 ponto</b>	Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo
<b>02 pontos</b>	Via oral com auxílio e paciente colaborativo
<b>03 pontos</b>	Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia)
<b>04 pontos</b>	Nutrição parenteral <b>ou</b> via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração
<b>ELIMINAÇÕES:</b> Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha, e/ou necessidade de uso de sondas.	
<b>01 ponto</b>	Vaso sanitário sem auxílio
<b>02 pontos</b>	Vaso sanitário com auxílio
<b>03 pontos</b>	Fraldas (necessidade de <b>um</b> profissional para a troca) <b>ou</b> sonda vesical de demora
<b>04 pontos</b>	Sonda vesical de alívio <b>ou</b> estomas <b>ou</b> uso de comadre <b>ou</b> urinol <b>ou</b> fraldas (necessidade de <b>dois</b> profissionais para a troca)
<b>HIGIENE CORPORAL:</b> Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.	
<b>01 ponto</b>	Banho de aspersão sem auxílio
<b>02 pontos</b>	Banho de aspersão com auxílio
<b>03 pontos</b>	Banho de imersão ou banho em cadeira
<b>04 pontos</b>	Banho no leito ou na incubadora <b>ou</b> necessidade de mais de um profissional da enfermagem para a realização de qualquer banho

<b>MOBILIDADE E DEAMBULAÇÃO:</b> Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais	
<b>01 ponto</b>	Deambulação sem auxílio
<b>02 pontos</b>	Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio
<b>03 pontos</b>	Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio <b>ou</b> deambula com auxílio
<b>04 pontos</b>	Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito
<b>PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE:</b> Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente	
<b>01 ponto</b>	Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las
<b>02 pontos</b>	Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico
<b>03 pontos</b>	Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico, e é resistente a buscar auxílio e a mudanças
<b>04 pontos</b>	Acompanhante parece não estar atento nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico <b>e/ou</b> desacompanhado
<b>REDE DE APOIO E SUPORTE:</b> Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital.	
<b>01 ponto</b>	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo
<b>02 pontos</b>	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia
<b>03 pontos</b>	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia
<b>04 pontos</b>	Desacompanhado
11 - 17 pontos = <i>Cuidados mínimos</i> 18 - 23 pontos = <i>Cuidados intermediários</i> 24 - 30 pontos = <i>Alta dependência</i> 31 - 36 pontos = <i>Cuidados Semi Intensivos</i> 37 a 44 pontos = <i>Cuidados intensivos</i>	

#### 4.5- Análise da confiabilidade do ICPP

Para a avaliação da confiabilidade, verificou-se a equivalência por meio da aplicação simultânea do ICPP (Apêndice 8), por dois observadores, representados pela pesquisadora e por uma enfermeira colaboradora, com experiência prática na enfermagem de Pediatria do campo de estudo.

O ICPP foi utilizado para avaliar pacientes hospitalizados na Enfermaria de Pediatria, no dia 11 de agosto de 2006, no período de 13:30 às 17:30, quando foram avaliados 42 pacientes, totalizando 87,5% do número de leitos disponíveis, distribuídos entre os três postos (P2, P3 e P4). A caracterização da amostra de pacientes classificados está ilustrada na tabela 10.

**Tabela 10-** Caracterização da amostra de pacientes classificados por meio do ICPP, (n=42), Campinas, 2006.

<b>Caracterização de Pacientes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
0-1	6	14
1-3	16	38
3-6	5	12
6-12	8	19
≥12	7	17
<b>Tipo de Patologia</b>		
Respiratória	12	29
Neurológica	9	21
Gastrointestinal	8	19
Uro/ Nefrológica	7	17
Hematológica	3	7
Parasitária	1	2
Traumas/Fraturas	1	2
Cardiopatía	1	2

Verifica-se a predominância de crianças entre um e três anos, com homogeneidade na distribuição de internações para as demais faixas etárias.

Quanto ao tipo de patologia, observa-se predomínio de Afecções respiratórias, seguida por neurológicas, gastrointestinais e uro/nefrológicas.

Foram calculados os valores de *Kappa* (k) para cada indicador de demanda de enfermagem e para o escore final, determinante da categoria de cuidado.

Os valores de Kappa para cada indicador, estão apresentados no Quadro 7:

**Quadro 7-** Valores de Kappa para cada um dos 11 indicadores de demanda de enfermagem do ICPP, (n=42), Campinas, 2006.

Indicadores de demanda de enfermagem	Níveis de Confiabilidade		
	Fraca $k \leq 0,40$	Boa $0,41 \leq k \leq 0,74$	Ótima $\geq 0,75$
Atividade	0,38		
Intervalo de aferição de controles		0,41	
Terapêutica medicamentosa			0,84
Oxigenação			0,86
Integridade cutâneo mucosa		0,60	
Mobilidade e deambulação		0,66	
Higiene corporal		0,67	
Alimentação e hidratação		0,60	
Eliminações			0,84
Participação do acompanhante			0,82
Rede de apoio e suporte			0,81

Verifica-se que os indicadores de demanda de enfermagem: *Terapêutica Medicamentosa*, *Oxigenação*, *Eliminações*, *Participação do Acompanhante* e *Rede de Apoio e Suporte*; apresentam valores de k entre 0,78 e 0,84, considerados níveis de ótima confiabilidade interavaliadores (Fleiss, 1981).

Para os indicadores *Intervalo de Aferição de Controles*, *Integridade Cutâneo Mucosa*, *Mobilidade e Deambulação*, *Higiene Corporal*, *Alimentação e Hidratação* constata-se bons níveis de confiabilidade com valores de k entre 0,41 e 0,74 (Fleiss, 1981). Apenas o indicador *Atividade*, apresenta fraca confiabilidade, com k igual a 0,38.

A aplicação do instrumento gerou um escore final, o qual é determinante na atribuição das categorias de cuidado, e também foi calculado o k para o escore final da amostra como um todo (k Geral), e para os Postos P2 (kP2), P3 (kP3) e P4 (kP4).

**Quadro 8-** Valores de Kappa para o escore final do ICPP, para a amostra(n=42), e para os subconjuntos da amostra P2 (n= 16), P3 (n=8), P4 (18). Campinas, 2006.

<b>Local</b>	<b>Níveis de Confiabilidade Kappa</b>		
	<b>Fraca (≤0,40)</b>	<b>Boa (0,41 a 0,74)</b>	<b>Ótima (≥0,75)</b>
<i>Geral</i>		0,56	
kP2	0,36		
kP3			0,85
kP4		0,51	

Verifica-se que a aplicação simultânea do instrumento apresenta diferentes níveis de confiabilidade para o Escore final entre os subconjuntos da amostra, de forma que encontrou-se um ótimo nível de confiabilidade interavaliadores no Posto Três; seguido de bom nível de confiabilidade na amostra como um todo e no Posto Quatro, mas apresenta fraco nível de confiabilidade interavaliadores no Posto Dois.



## *5- DISCUSSÃO*





A motivação mais importante para desenvolver um novo instrumento é a crença do pesquisador de que escalas prévias são inadequadas ou não cobrem o domínio de estudo (Streiner e Norman, 2001).

A construção de instrumentos para a classificação de pacientes e identificação da demanda de enfermagem que serão utilizadas para a alocação de recursos e para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem, e, a constatação da lacuna na literatura sobre instrumentos para classificar pacientes pediátricos, foi a motivação para a construção do ICPP.

Streiner e Norman (2001) colocam que após a decisão de construir um novo instrumento, o primeiro passo deve ser “olhar para o que outros fizeram”, pois raramente o instrumento “floresce de dentro do pesquisador”.

Encontrou-se na literatura vários modelos de sistemas de classificação de pacientes, tanto na forma *Protótipo*, quanto na forma de *Avaliação de fatores*. Para a construção do instrumento, optou-se pela forma de *Avaliação de fatores*, pois este tipo de instrumento torna a avaliação de pacientes mais objetiva e padronizada, ainda que, pelo fato da avaliação ser influenciada por valores, crenças e formação acadêmica do avaliador, um certo nível de subjetividade seja inevitável em qualquer avaliação de pacientes (Giovannetti, 1979; Rauner, 1995).

Outra preocupação considerada para construção do instrumento foi a tentativa de evitar vieses na avaliação do paciente pediátrico, com isso, optou-se por elencar apenas quatro situações graduadas para cada indicador, de forma a evitar o que a literatura denomina de “ponto neutro”.

O ponto neutro existe em escalas com um número ímpar de situações, sendo que um avaliador que não esteja muito atento ou muito envolvido com a importância de sua avaliação apresenta a tendência de apontar a característica do meio, ou seja, um ponto neutro. Como exemplo, em uma escala de cinco pontos, o ponto neutro corresponde ao número três (Lynn, 1986; Streiner e Norman, 2001).

A construção do ICPP foi dificultada pela diversidade de características entre os pacientes pediátricos em relação às diferenças anatômicas e comportamentais inerentes às faixas etárias, e, graças à participação consciente e comprometida de juízes da Técnica Delphi, foi possível não ater-se apenas a essas diferenças, mas atentar-se a características que influenciam a demanda de cuidado de enfermagem.

A opção pelo uso da técnica *Delphi* ocorreu pelo pressuposto de que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é superior à opinião de um só indivíduo (Wright e Giovinazzo, 2000).

O grupo de juízes participante da técnica *Delphi* neste estudo demonstrou comprometimento, competência e habilidades no processo de julgamento, tendo participado das quatro fases 12 especialistas.

Quanto ao número de juízes participantes do estudo, a literatura consultada, não estabelece um padrão, sendo que Willians e Webb (1994) afirmam que entre os relatos de estudos que utilizam a técnica *Delphi*, o número de especialistas variou de dez a 1685. Com isso, fica a cargo do pesquisador decidir e, para este estudo, foram identificados 25 profissionais que atendiam aos critérios de inclusão, sendo que todos foram convidados para participar do grupo de juízes.

O uso de questionários como forma de coleta de dados, possibilitou o agrupamento de opiniões de profissionais de diferentes localidades e experiências profissionais, dando ensejo a uma abundante exposição de experiências, atitudes e visões, as quais foram essenciais para a configuração do instrumento de acordo com a realidade prático-administrativa de unidades pediátricas, além de enriquecer o saber da pesquisadora, com uma diversidade de temas inatingíveis tanto por estudos quanto por toda uma vida laboral.

Acredita-se que o anonimato preservado pelo uso dos questionários e o fato de não haver uma reunião física, atenuaram a influência de comportamentos como a timidez e a insegurança, permitindo que cada participante do grupo de juízes apresentasse opiniões

sinceras, sem ser persuadido por outros participantes com maior titulação acadêmica ou em cargos de gerência, corroborando com as considerações de Williams e Webb (1994).

A diversidade entre os juízes do grupo quanto à idade, à qualificação e à área de atuação possibilitou que a avaliação do instrumento ocorresse sob diferentes perspectivas, com vistas a valorizar a ampla variedade de características e habilidades dos profissionais de enfermagem, pois de acordo com Malloch e Conovaloff (1999), assim como os pacientes são incrivelmente diferentes entre si, da mesma forma são os cuidadores, e este aspecto não pode ser subestimado no desenvolvimento de SCP.

De acordo com Wright e Giovinazzo (2000), as desvantagens da utilização da técnica *Delphi* são ser dispendiosa em relação a tempo e a alta exigência de habilidade escrita por parte do pesquisador.

A elaboração e distribuição dos questionários, o preenchimento dos mesmos pelos juízes, a análise e compreensão das informações obtidas para as quatro fases da técnica *Delphi* exigiram intensa dedicação da pesquisadora e do grupo de juízes em relação a tempo, sendo que a primeira fase da técnica ocorreu em outubro de 2005 e a quarta e última fase ocorreu em julho de 2006.

Além disso, a elaboração dos questionários, bem como a análise das respostas, exigiram da pesquisadora uma habilidade escrita e de interpretação, que a mesma pode não ter conseguido expender nos questionários nem extrair a totalidade de informações possíveis.

Outro aspecto a ser considerado é que, ao atingir o consenso para cada indicador e respectivas situações de dependência de cuidado, nem todas as questões puderam ser esgotadas, principalmente visões extremistas e talvez relevantes para a configuração do instrumento.

O instrumento inicial, composto por dez indicadores de demanda assistencial, foi drasticamente modificado no decorrer das quatro fases da técnica *Delphi*, sendo que a exclusão de um indicador e o acréscimo de dois novos, bem como alterações de layout e das situações graduadas foram realizadas de acordo com a opinião do grupo de juízes.

Na primeira fase, a falta de clareza foi identificada como problema principal e, para a reformulação do instrumento, alguns dos indicadores foram renomeados, outros tiveram suas definições conceituais reformuladas; o indicador *Educação ao familiar* foi substituído por *Rede de apoio e suporte* e *Participação do acompanhante*; foram modificadas as situações graduadas de acordo com a nova definição dos respectivos indicadores; e ainda, foi alterado o *layout*, com a discriminação de faixas etárias.

Na segunda fase, o *layout* do instrumento foi considerado desordenado e oneroso por 54% do grupo de juízes, devido à discriminação em faixas etárias, sendo que as mesmas foram suprimidas para a reformulação.

Nesta fase, com as modificações nas definições conceituais dos indicadores de demanda de enfermagem, o nível de clareza dos mesmos foi altamente elevado, e todos considerados validados.

A avaliação das situações graduadas dos indicadores *Integridade Cutâneo Mucosa*, *Oxigenação*, *Intervalo de aferição de controles*, *Participação do acompanhante*, *Terapêutica Medicamentosa* e *Rede de apoio e suporte*, obtiveram concordância entre 77 a 100% quanto à graduação e entre 85 e 100% quanto à clareza, de forma que não foram mais modificados.

Verificou-se ainda que os cinco demais indicadores (*Eliminações*, *Atividade*, *Alimentação e hidratação*, *Mobilidade e deambulação* e *Higiene Corporal*), que apresentaram baixo nível de concordância quanto às situações graduadas, foram justamente aqueles para os quais as condições de dependência estavam discriminadas em faixas etárias. Com isso, para a terceira fase, esses indicadores foram alterados, acatando-se as sugestões dos juízes e suprimindo-se as divisões de faixas etárias.

Na terceira fase, as graduações dos indicadores *Alimentação e Hidratação*, *Higiene Corporal* e *Eliminações* foram aprovadas, mas a realização da quarta fase foi impelida para avaliar a graduação dos indicadores: *Atividade* e *Mobilidade e deambulação*.

A quarta fase da Técnica *Delphi*, foi decisiva, de forma que foi obtida a concordância entre 71 e 86% quanto às situações graduadas dos indicadores *Atividade* e *Mobilidade e deambulação* atingindo-se o nível de consenso desejado.

A preocupação com o *layout*, demonstrada pelos juízes principalmente nas primeira e segunda fases da técnica *Delphi*, é consoante à colocação de McGibbon (1997), o qual coloca que o instrumento não pode ser muito longo e recomenda que o *layout* deve ser o mais agradável possível, de forma a aumentar a aceitação e o uso do instrumento.

Um juiz colocou como sugestão quanto às situações graduadas do indicador *Terapêutica Medicamentosa* na segunda fase, para considerar o tipo de cateter pelo qual a criança recebe o medicamento e o uso de bombas de infusão. O mesmo estimou que a dificuldade na punção venosa periférica de crianças e as iatrogenias inerentes à terapêutica medicamentosa (como complicações metabólicas, circulatórias e vasculares) ocorridas devido ao manuseio inadequado de bombas de infusão (Pedreira, 1999; Peterlini, 2003), são fatores de aumento na demanda de enfermagem; no entanto, embora julgue-se relevante esta sugestão, a mesma não pôde ser acatada, pois o consenso quanto às situações graduadas já fora estabelecido.

Os indicadores *Rede de Apoio e Suporte e Participação do Acompanhante* derivaram do indicador *Educação ao Acompanhante*, pois os juízes consideraram que o mesmo agrupava os dois conceitos. Quanto à graduação dos indicadores considerou que, caso a criança tenha no acompanhante uma relação de apoio e confiança, a demanda da enfermagem é menor, bem como quando o acompanhante deseja e executa ações em prol da criança.

Um juiz considerou que esses dois indicadores poderiam mascarar a demanda de enfermagem, na ocorrência de pacientes acompanhados em período integral por uma pessoa que realiza os cuidados com o mesmo, pois o familiar não pode ser contado como diminuidor da demanda de enfermagem.

O mesmo juiz, reportou-se aos tipos de abordagem à criança hospitalizada (Elsen e Patrício, 1989) e fez essas considerações por afirmar que o ICPP poderia ser mais atualizado e adequado caso considerasse a assistência de enfermagem centrada na família, considerando-a como foco de cuidado.

De acordo com o mesmo juiz, seria interessante excluir os dois indicadores *Participação do acompanhante* e *Rede de apoio e suporte* substituindo-os por outro que considerasse a “demanda de familiares” na ocasião da hospitalização infantil.

Três juízes consideraram que, a presença de acompanhantes deveria ser considerada como variável na graduação de indicadores como: *Alimentação e Hidratação*, *Eliminações*, *Higiene Corporal e Mobilidade e Deambulação*. No entanto, a assistência ao paciente pediátrico durante toda a internação é de TOTAL responsabilidade da Enfermagem, sendo que o acompanhante ou familiar também é sujeito de atenção da enfermagem, ainda que possa realizar cuidados com o paciente.

Pinto et al. (2005) colocam que a percepção da equipe de “contar com a família” na realização dos cuidados com a criança hospitalizada, bem como a postura em não permitir a ausência do familiar por alguns períodos, traduz uma errática e retrógrada mudança de pensamento de forma que, ter um acompanhante deixa de ser um direito da criança para se tornar um dever da família.

Sieben-Hein e Steinmiller (2005) colocam que em uma típica relação entre enfermagem-paciente, tanto a família quanto a Enfermagem têm atribuições específicas no cuidado ao paciente, sendo que à família compete amar, proteger e ensinar a criança; enquanto à enfermagem compete a previsão de recursos ao paciente. Em uma relação terapêutica, a enfermagem atua provendo recursos ao familiar e ao paciente, distinguindo os sentimentos e necessidades do paciente e da família.

Uma sugestão de indiscutível importância prática foi colocada por três juízes, quanto à discriminação das situações graduadas do indicador *Alimentação e Hidratação*. Os mesmos juízes identificaram que as condições representantes do paciente pediátrico com diagnóstico de enfermagem “Alto Risco de Aspiração” deveria ser contemplada como “quatro pontos”, com isso engloba-se situações de pacientes que apresentem deglutição prejudicada, nível de consciência reduzido, o esfíncter do cárdia mais relaxado, presença de via aérea artificial, mobilidade gastrointestinal e reflexos de tosse e vômito diminuídos (NANDA, 2004).

Outra colocação para a graduação do indicador *Alimentação e Hidratação* foi realizada por um juiz para considerar lactentes exclusivamente amamentados, mas cujas mães necessitam de algum tipo de assistência de enfermagem para amamentar. Esta colocação não contemplada (pois fora realizada após o consenso ter sido atingido) é pertinente, pois de acordo com Tamez (2002), a amamentação é uma habilidade a ser aprendida tanto pela mãe, quanto pelo bebê e uma equipe de enfermagem preparada pode auxiliar os mesmos na amamentação.

A modificação da graduação do indicador *Eliminações* quanto à colocação do termo “controle de volume urinário por pesagem de fraldas”, sugerida por um juiz na primeira fase, foi veemente criticada por três juízes na segunda fase, devido à ausência de concordância semântica entre “pesagem e volume” e, principalmente por considerarem esta técnica ultrapassada e fonte de disseminação de infecção hospitalar.

Além disso, para estabelecer a graduação das situações do indicador *Eliminações*, o grupo apresentou dúvidas e divergência quanto ao uso de sondas e suscitou a questão da complexidade de cuidados requeridos versus a dependência de cuidados, fatores determinantes quanto à demanda de enfermagem, pois alguns juízes consideraram que o uso de sonda de demora, poderia diminuir a dependência de enfermagem em atividades de cuidado direto, no entanto, como o objetivo do indicador é verificar a demanda de enfermagem, a qual também é influenciada pela complexidade (Huber, 2000), considerou-se que um paciente com sondas e estomas, por apresentar maior complexidade ou severidade da doença, deverá ter garantido uma graduação mais alta.

A dificuldade para atingir o consenso quanto às graduações do indicador *Atividade* ocorreu, na primeira fase, por limitação da clareza da definição conceitual e pela discordância em relação à demanda de enfermagem gerada por pacientes hipoativos, hiperativos, inconscientes, sedados e em coma.

Considerou-se a princípio, pacientes hipoativos com demanda de enfermagem menor aos hiperativos. No entanto, três juízes colocaram que um paciente hipoativo pode assim se comportar devido à perturbação resultante da hospitalização, corroborando com autores como D’Andrea (1962), Schimitz (1995); Rezende (1996); Wong (1999) e

necessitam de tanta atenção e estímulo quanto os pacientes que reagem à internação de forma agressiva.

Três juízes colocaram que pacientes sedados ou em coma requerem menos tempo de enfermagem em relação àquelas crianças hiperativas e sugeriram a inversão da pontuação. Entretanto, esta sugestão não foi acatada por considerar que a demanda de enfermagem é influenciada também pela severidade da doença (Huber, 2000). Assim, pacientes sedados, inconscientes ou em coma estão sujeitos a instabilidades de quadro clínico e deve-se garantir a assistência de enfermagem aos mesmos.

Quanto à dificuldade da validação do indicador *Mobilidade e Deambulação* e respectivas situações graduadas, deveu-se à: na primeira fase o grupo considerou que não era possível entender o que o indicador de fato avaliaria; na segunda fase, considerou a graduação confusa devido à discriminação de faixas etárias; e, na terceira fase, foi sugerido inverter as graduações “repouso no leito” para dois pontos e paciente “deambulando com auxílio” para três pontos, devido à necessidade de auxílio e acompanhamento integral do paciente pediátrico quando o mesmo deambula pelo hospital.

A preocupação colocada pelo grupo de juízes, quanto à necessidade de acompanhamento integral ao paciente pediátrico que deambula, é fundamentada por Souza e Barroso (1999); Brazelton e Greenspan (2002), os quais consideram que, para se desenvolver, as crianças engatinham, correm, pulam, levam objetos à boca entre outras atitudes que podem levar a acidentes e, no ambiente hospitalar, a doenças infecciosas. Com isso, Brazelton e Greenspan (2002) identificam a necessidade de segurança e proteção física como essencial na infância e colocam como estratégia a supervisão constante e ininterrupta de todas as atividades das mesmas.

Na proposta do instrumento todos os indicadores foram tratados com uniformidade de importância, mas acredita-se que, na prática, alguns indicadores (como *Oxigenação*) possam ser considerados mais determinantes na avaliação do grau de complexidade do paciente e outros (como *Higiene corporal*) possam ser considerados mais determinantes para avaliar o grau de dependência do paciente. Na convicção que ambos são



geradores da demanda de enfermagem, acredita-se que a avaliação dos dois tipos de indicadores possam traduzir de forma mais real a prática.

Com as modificações possibilitadas pelo uso da técnica *Delphi*, o ICPP ficou constituído de 11 indicadores de demanda de enfermagem, com respectivas definições conceituais e a cada indicador foram estabelecidas quatro situações graduadas de um a quatro pontos, de forma crescente quanto à demanda de enfermagem.

Com a aplicação do instrumento, possibilita-se aferir um número de pontos e, para classificar o paciente pediátrico em graus de dependência da enfermagem, a amplitude do escore final foi dividida em cinco intervalos, representantes de cinco graus de dependências de cuidado de enfermagem.

Cada grau de dependência foi conceituado como uma categoria de cuidado, e, para isso, apoiou-se em Fugulin et al.(1994), a qual identifica as categorias de cuidados: *Mínimos, Intermediários, de Alta dependência, Semi Intensivos e Intensivos*.

Foram propostas as conceituações para cada categoria de cuidado e, para verificar a veracidade do conceito, bem como a legibilidade e a clareza, as conceituações foram submetidas a avaliação da validade (Lo Biondo-Wood e Haber, 2001). Participaram da avaliação dez juízes, um subgrupo participante da Técnica *Delphi*, composto por enfermeiras que atuam na assistência direta (10%), na gerência (40%) e em ensino e/ou pesquisa (50%).

A validade das conceituações foi garantida após dois momentos de contato entre a pesquisadora e cada juiz, de forma que foi necessária a realização de duas reuniões e reformulação considerável das conceituações. Após a reformulação, a concordância do grupo para as novas conceituações ficou entre 85 e 100%.

Quanto à proposta inicial da conceituação, os juízes colocaram como questões críticas e inaceitáveis o pressuposto de que o acompanhante seria responsável pelos cuidados do paciente internado e a possibilidade de considerar lactentes, pré-escolares e escolares nas categorias de *Cuidados Mínimos*.

A opinião do grupo de juízes convergiu com a literatura quanto à realização de cuidados pelos familiares, sendo que autores como Elsen e Patrício (1989); Bezerra e Fraga (1996); Pinto et al. (2005) colocam que a família é foco de cuidado na assistência pediátrica; assim, o familiar pode executar todos os cuidados com o paciente hospitalizado, desde que queira e sinta-se hábil, mas, durante todo o período de internação todos os cuidados são de responsabilidade TOTAL da enfermagem.

A preocupação do grupo de juízes, quanto à possibilidade de classificação de lactentes na categoria de *Cuidados Mínimos*, justifica-se pelo fato de que o COFEN (2004) estabelece parâmetros quantitativos e qualitativos para o dimensionamento de enfermagem de acordo com as categorias de cuidado, ou seja, atribui um número de horas de enfermagem a cada categoria de cuidado.

A representatividade do grupo de juízes, quanto a enfermeiras gerenciais (40%) e enfermeiras engajadas em ensino e pesquisa, foi fundamental para a identificação do potencial impacto negativo que a classificação de lactentes em *Cuidados Mínimos* poderia causar na assistência, pois o COFEN (2004) estabelece 3,8 horas de enfermagem para esta categoria.

Destaca-se como ponto positivo a conceituação da categoria de *Alta Dependência*, pois esta categoria está estreitamente ligada às características inerentes aos pacientes pediátricos.

A decisão de conceituar a categoria de *Alta dependência*, identificada por Fugulin et al. (1994) e desconsiderada pelas resoluções COFEN 189/96 e 293/2004, ocorreu por acreditar que independente da gravidade da doença pela qual uma criança é hospitalizada, a mesma depende de adultos em atividades básicas do dia a dia, além de necessitar de supervisão contínua de modo a garantir sua segurança (Souza e Barroso, 1999; Brazelton e Greenspan, 2002).

Cabe ressaltar que a consideração da categoria de cuidado de *Alta dependência* pode subsidiar a argumentação do incremento de números de horas de enfermagem para o cuidado dos mesmos, de forma que o COFEN (2004) recomenda que os pacientes com

características compatíveis com esta categoria podem ser classificados como “Semi intensivos”, para a qual garante-se 9,4 horas de enfermagem.

Após a configuração final do ICPP, houve a preocupação em verificar a confiabilidade do mesmo, pois a determinação da confiabilidade de instrumentos como SCPs são consideradas de extrema importância por Giovannetti (1979); Giovannetti e Mayer, 1984; Trofino (1989); De Groot, 1989a; De Groot, 1989a; De Groot, 1989b; Hokama e Serrano (2003) antes da adoção do mesmo na prática.

Para este estudo, o ICPP foi aplicado por dois observadores simultaneamente em 87,5% dos leitos de uma enfermaria de pediatria, possibilitando a análise da confiabilidade quanto ao aspecto de equivalência. Os resultados foram encaminhados ao serviço de estatística, e foi calculado o coeficiente k, e para interpretar os resultados, considerou-se que valores de k maiores que 0,75 representam *ótima* concordância; valores entre 0,40 e 0,75 representam *boa* concordância e valores menores que 0,40 representam *fraca* concordância de acordo com Fleiss (1981).

Foram calculados e analisados os valores de K para cada indicador de demanda de enfermagem e para o escore final, determinante na identificação da categoria de cuidado de cada paciente.

A aplicação do instrumento apresentou uma boa confiabilidade quanto ao escore final na amostra como um todo, com k igual a 0,56, no entanto, apresentou diversidade nos níveis de confiabilidade para a determinação da categoria de cuidado entre os postos de enfermagem da mesma enfermaria, de forma que, no Posto *Três*, a confiabilidade foi ótima com k igual a 0,85, no Posto *Quatro* a confiabilidade foi considerada Boa, com k igual a 0,51; e, no Posto *Dois* obteve-se k igual a 0,33, valor considerado de fraca confiabilidade.

Um motivo para justificar essas significativas diferenças de níveis de confiabilidade entre os subconjuntos da amostra, pode ser atribuído ao tamanho das sub-amostras. Considerando-se que o coeficiente k refere-se à concordância entre observadores (Fleiss, 1981), o Posto *três*, no qual obteve-se o maior nível de confiabilidade, foi

justamente o posto de menor representatividade (oito pacientes classificados), onde os erros de classificação por parte dos observadores podem ter sido diminuídos. No entanto, não se pode relacionar a mesma razão para a diferença de k entre os postos Dois (n=16) e Quatro (n=18), onde o tamanho da amostra é semelhante.

Os indicadores que obtiveram ótimos níveis de confiabilidade entre observadores foram: *Oxigenação* (k=0,86), *Terapêutica medicamentosa* (k=0,84), *Eliminações* (k=0,84), *Participação do acompanhante* (k=0,82), *Rede de apoio e suporte* (k=0,81). Os indicadores *Higiene corporal* (k=0,67); *Mobilidade e deambulação* (k=0,66), *Integridade cutâneo mucosa* e *Alimentação e hidratação* (k=0,60) e *Intervalo de aferição de controles* (k=0,41) obtiveram bons níveis de confiabilidade entre observadores. Apenas o indicador *Atividade* apresentou nível de confiabilidade entre observadores considerado fraco (k =0,38).

Outro aspecto a ser considerado como limitação à verificação da confiabilidade refere-se à dificuldade na coleta de alguns dados devido à impossibilidade de realizar exame físico em cada paciente, pois havia crianças dormindo e familiares que apenas consentiram no estudo com a condição de que ninguém tocaria na criança.

Com isso, algumas informações acerca do estado da criança foram obtidas com o próprio familiar ou com integrantes da equipe de enfermagem e, como não se contava com essa dificuldade na coleta de dados, não foi padronizado previamente pelos avaliadores, a quem seria questionado as informações do paciente, se aos familiares ou à equipe. Desta forma, acredita-se que a avaliação de alguns indicadores pode ter sido realizada sob diferentes perspectivas.

Os indicadores de demanda de enfermagem mais prejudicados quanto à avaliação foram: *Atividade*, *Integridade cutâneo mucosa*, *Rede de Apoio e Suporte*, *Participação do Acompanhante* e *Mobilidade e deambulação* os quais apenas poderiam ser avaliados de forma irrepreensível por enfermeiros em consonância com a prática assistencial na enfermaria do estudo.

Além disso, a representatividade de familiares que permaneciam em tempo integral e cuidavam efetivamente de suas crianças, na amostra, devido à necessidade de consentimento para o estudo, pode ter influenciado e superestimado o nível de confiabilidade para os indicadores *Rede de Apoio e Suporte* e *Participação do Acompanhante*.

Mesmo com essas limitações, há evidências positivas quanto à confiabilidade do ICPP e a primeira aplicação do mesmo acrescentou experiências positivas à pesquisadora, pois o instrumento mostrou-se de fácil e prática aplicabilidade.



## ***6- CONCLUSÃO***





Os dados obtidos no presente estudo permitiram as seguintes conclusões:

- Foi desenvolvido um instrumento denominado “Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos”, composto por 11 indicadores de demanda de enfermagem. A cada indicador foram atribuídas quatro situações de dependência de cuidado, graduadas de forma crescente quanto à demanda de enfermagem, com um valor numérico de um a quatro pontos. A classificação de um paciente consiste na avaliação do mesmo em relação a cada um dos onze indicadores e escolha da situação que melhor descrever sua condição. Em seguida procede-se com a soma do número de pontos obtido em cada indicador. O escore mínimo possível é de 11 pontos e o máximo é de 44 pontos e, para aferir um grau de dependência ao paciente pediátrico, a amplitude (33 pontos) foi dividida em cinco intervalos, de forma que cada intervalo corresponde a uma categoria de cuidado.
- Foram conceituadas cinco Categorias de Cuidado em Pediatria: *Cuidados mínimos, Cuidados Intermediários, Cuidados de Alta Dependência, Cuidados Semi Intensivos e Cuidados Intensivos.*
- A avaliação da validade de conteúdo do instrumento e respectivas categorias de cuidado por grupo de juízes envolvidos na assistência direta e gerência de unidades pediátricas, bem como em ensino e pesquisas, subsidiou modificações para que os mesmos se adequassem à realidade prática.
- O instrumento ficou constituído por onze indicadores de demanda de enfermagem: *Atividade, Intervalo de aferição de controles, Oxigenação, Terapêutica medicamentosa, Alimentação e hidratação, Eliminações, Higiene corporal, Integridade cutâneo mucosa, Mobilidade e deambulação, Rede de apoio e suporte e Participação do acompanhante.*

- A confiabilidade interavaliadores foi avaliada para o escore final e para cada indicador do instrumento e demonstrada pelo coeficiente Kappa, de forma que:
  - O escore final apresentou bom nível de confiabilidade.
  - Os indicadores: *Oxigenação, Terapêutica medicamentosa, Eliminações, Participação do acompanhante e Rede de apoio e suporte* apresentaram ótimos níveis de confiabilidade;
  - Os indicadores: *Higiene corporal, Mobilidade e deambulação, Integridade cutâneo mucosa, Alimentação e hidratação e Intervalo de aferição de controles* apresentaram bons níveis de confiabilidade;
  - Apenas o indicador *Atividade* apresentou fraco nível de confiabilidade interavaliadores.
- Com isso, verifica-se que o ICPP apresenta evidências de confiabilidade e recomenda-se o seu uso na prática diária, como ferramenta para tomada de decisões, no que se refere à gerência de recursos humanos e materiais em unidades de atendimento pediátrico.

## ***7- CONSIDERAÇÕES FINAIS***



O presente estudo desenvolveu um instrumento, para a classificação de pacientes pediátricos, em cinco categorias de cuidado.

O uso do ICPP pode ser adotado como ferramenta no gerenciamento de recursos humanos e materiais para garantir ou melhorar a qualidade da assistência de enfermagem pediátrica.

Embora o presente estudo tenha mantido a preocupação de estabelecer a validade de conteúdo do ICPP e das categorias de cuidado, apenas a prática diária poderá ser conclusiva quanto à validade dos mesmos.

A aplicação do ICPP mostrou que o mesmo apresenta evidências de confiabilidade quanto ao aspecto de equivalência, no entanto, recomenda-se novos estudos para que este instrumento seja aplicado em outras populações e por enfermeiros em consonância com a prática assistencial.

O ICPP tem como características a simplicidade e a objetividade na aplicação, no entanto, os enfermeiros podem demonstrar competências e visões distintas para aplicá-lo, o que pode resultar em registros diferentes entre si. Com isso, acredita-se que, a elaboração de um guia de preenchimento para o ICPP em pesquisas posteriores, poderá tornar a avaliação de pacientes mais padronizada para enfermeiros com diferentes formações e experiências, tornando o uso do instrumento mais confiável.

A avaliação da validade e a confiabilidade devem ser processos contínuos e intermináveis na aplicação de qualquer instrumento de medida, de forma que, verifique-se precocemente necessidades de adaptação ou reformulação do instrumento, de acordo com diferentes realidades, novas tecnologias e tratamentos.

A classificação de pacientes em categorias de cuidado cria subsídios para a aferição da variação do tempo médio de enfermagem nas diferentes categorias de cuidado, no entanto, recomenda-se que sejam realizados estudos para quantificar o número de horas de enfermagem para cada categoria de cuidado em pediatria, em diferentes realidades.

Adverte-se que a classificação diária de pacientes deve ser utilizada como um banco de dados, para a avaliação da demanda de cuidados de uma unidade como um todo, porém não deve ser considerada como uma descrição da prática de enfermagem, pois não reconhece toda complexidade de interações emocionais, físicas, sociais, éticas, e financeiras que interferem na assistência de enfermagem. Assim, cabe ao gerente de enfermagem estar sensível e atento a fatores que possam estar interferindo na demanda de enfermagem da unidade sob sua responsabilidade.

A apreciação das informações obtidas por meio do uso responsável e consciente do ICPP pode incorporar ao gerente de enfermagem uma postura respeitável perante a administração hospitalar, na negociação de recursos e promoção da melhoria da qualidade assistencial.

## *8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*





Alward RR. Patient classification systems: the ideal vs. reality. J Nurs Adm 1983; 13(2): 14-9.

Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 213.

Bezerra LFR, Fraga MNO. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. Rev Bras Enferm 1996, 49(4): 611-24.

Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Social Science & Medicine 2000; 51:1611-25.

Carmona LMP, Évora YDM. Grau de dependência do paciente em relação a enfermagem: análise de prontuários. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(4): 468-73.

Contadriopoulos A, Champagne F, Potvin L, Denis J, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa: Definição, Estrutura Financiamento. 3ªed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco; 1999. 215p.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 189/96. Estabelece Parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde [publicação digital] Biblioteca virtual de enfermagem [acesso em 31 de janeiro de 2007]; Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materias.asp?ArticleID=1195&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>

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 31 de janeiro de 2007]; Disponível em: [http://www.saude.sap.sp.gov.br/legislacoes/arquivos\\_legislacao/resolucao/resolucoes\\_cofen/resolucao\\_cofen\\_293\\_de\\_2004.pdf](http://www.saude.sap.sp.gov.br/legislacoes/arquivos_legislacao/resolucao/resolucoes_cofen/resolucao_cofen_293_de_2004.pdf)

D'Andrea FF. Aspectos psicológicos da hospitalização infantil. Rev Bras Enf 1962; 15(3): 417-23.

Dal Ben LW, Sousa RMC. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(1): 80-9.

De Groot HA. Patient classification system evaluation Part 1: Essential System Elements. *J Nurs Adm* 1989a; 19(6): 30-5.

De Groot HA. Patient classification system evaluation. Part two: System Selection and Implementation. *J Nurs Adm* 1989b; 19(7): 24-30.

Edwardson S, Bahr J, Serote M. Patient classification and management information systems as adjuncts to patient care delivery. In: Mayer GG, Madden MJ, Lawrenz, E. Patient care delivery models. Maryland : Aspen; 1990. p. 293-313.

Edwardson SR, Giovannetti P. A review of cost-accounting methods for nursing services. *Nurs Economics* 1987; 5(3): 107-17.

Elsen I, Patrício ZM. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas aplicações para a Enfermagem. In: Schimtz EMR et al. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu, 1989. p.169-81.

Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2ªed. New York: John Wiley e Sons; 1981. 321p.

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.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Horas de Assistência de Enfermagem: Análise Comparativa de Parâmetros. *Nursing* 2000; 3(23):30-4.

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.

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.

Gaidzinski RR, Kurcgant P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. *Rev Nursing* 1998; 2: 28-34.

Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal em enfermagem em instituições hospitalares [Tese - Doutorado]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;1998.

Gaidzinski RR.Dimensionamento de pessoal em enfermagem. In: Kurcgant P coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991; p.91-6.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.125-37.

Giovannetti P. Understanding patient classification systems. J Nurs Adm 1979; 9(2): 4-9.

Giovannetti P, Johnson JM. A new generation patient classification system. J Nurs Adm1990; 20(5): 33-40.

Giovannetti P, Mayer GG. Building Confidence in Patient Classification Systems. Nurs manage 1984; 15(8):31-4.

Goodman CM. The Delphi Technique: a critique. J Adv Nurs 1987; 12:729-34.

Harada MJCS. Ocorrências adversas da prática de enfermagem em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Hokama CSM, Serrano CDBH. Sistema de Classificação de Pacientes. In: Bork AMT. Enfermagem de excelência: de visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.101-10.

Huber D. Staffing and Scheduling. In: Huber D. Leadership and nursing care management. Philadelphia: Saunders; 2000. p.573-90.

Leite TMC. Produção acadêmica de enfermeiros brasileiros sobre a utilização do brinquedo no hospital. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 330p.

Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Research1986; 35(6):382-5.

Malloch K, Conovaloff A. Patient Classification Systems, part 1. The third generation. *J Nurs Adm* 1999; 29 (7/8): 49-56.

Marlow DR. Growth and development of children. In: Marlow DR. *Textbook of pediatric nursing*. 5<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1977. p.23-50.

McDowell I, Newell C. The theoretical and technical foundations of health measurement. In: *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2<sup>a</sup>. ed. Oxford: Oxford University Press;1996. p.10-46.

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.

McGibbon G. How to make a questionnaire work. *Nurs Times*1997; 92 (23): 46-8.

Neman F. *Experenciando a hospitalização com a família: Cuidando com conforto*. São Paulo: Fiúza Editores; 2000. 140p.

North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004*. Porto Alegre: ArtMed; 2004. 300p.

Pasquali L. Princípio de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiq Clin* 25(5)206-213, 1998.

Pasquali L . Testes Referentes a contrato: Teoria e Modelo de Construção. In: Pasquali L.(organizador) *Instrumentos psicológicos: Manual Prático de elaboração*. Brasília: LabPam; 1999. p.37-71.

Pedreira MLG. *Uso de Bombas de infusão na terapia intravenosa em crianças assistidas em unidades de cuidados intensivos pediátricos: Contribuições para estudos clínicos e técnicos* [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 1999.

Perroca MG. *Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento*[Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.

Perroca MG, Gaidzinski RR *Sistema de classificação de Pacientes: Construção e Validação de um instrumento*.*Rev Esc Enf USP*1998; 22(2): 153-68.

Peterlini MAS. Incompatibilidade no preparo e administração de terapia intravenosa em crianças: Associação entre fármacos, soluções e materiais dos cateteres e acessórios [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 2003.

Pinheiro RS, Escosteguy CC. Epidemiologia e Serviços de Saúde. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch, KV, Luiz, RR, Werneck, GL. Epidemiologia. São Paulo: Ed Atheneu; 2003 p. 361-9.

Pinto JP, Ribeiro CA, Silva CV. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da Criança hospitalizada: a experiência da família. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(6): 974-81.

Polit DF, Hungler BP. Designs for nursing research. In: Nursing research: principle and methods. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia:J.B. Lippincott Company; 1991. p.178-9.

Polit DF, Hungler BP.. Measurement and Data Collection. In: Nursing research: principle and methods. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia:J.B. Lippincott Company; 1991. p.225-345.

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.

Rauner ME. Patient classification, staffing and scheduling. In.: Wise PSY. Leading and managing in nursing. New York: Mosby Year Book; 1995. p.437-58.

Rezende MA. A valorização do ser humano criança como referencial na prevenção de iatrogenias. Mundo Saúde 1998; 22(6):341-3.

Rodrigues Filho J. Sistema de classificação de pacientes – parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem. Rev Esc Enf USP 1992; 4: 395-404.

Sabatés AL, Borba RIH. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(6):968-73.

SancheS KRB, Júnior KRC, Coeli CM, Cascão, A.M. Sistemas de informação em saúde In.: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 337-60.

Schimtz EMR. A problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos. In: Schimtz EMR et al. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu, 1989. p.181-196.

Sieben-Hein D, Steinmiller EA. Working with complex care patients. Journal of pediatric Nursing 2005; 20(5):389-95.

Souza LJEX, Barroso MGT. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. Rev Esc Enf USP1999; 33(2):107-12.

Streiner DL, Norman G. Health Measurement Scales: A practical Guide to their development and use. 2<sup>nd</sup> edition. Great Britain: Oxford Medical Publications; 2001. 230 p.

Tamez RN. Atuação de enfermagem In.:Carvalho MR, Tamez RN. Bases Científicas para a Prática Profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 115-130.

Tanos MAA, Massarollo MCKB, Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. Rev Esc Enf USP 2000; 34(4):376-82.

Tetelbon M, Falceto OG, Gazal CH, Shansis F, Wolf AL. A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial. J Pediatria1993; 69 (1):5-11.

Trofino J. JCAHO nursing standards nursing care hours and LOS per DRG: Part I. Nurs Manage1989; 20(1): 29-32.

Veríssimo MDLOR, Rezende MA. O Cuidado da criança na creche e pré-escola. In: Santos LES. (Org.). Creche e Pré-Escola: uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 71-8.

Veríssimo MDLOR, Sigaud CHS. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. In: Sigaud CHS, Veríssimo MDLOR. Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU, 1996. p.137-162.

Williams MA. When you don't develop your own : validation methods for patient classification systems. Nurs Manage1988; 19 (03):90-6.

Williams PL, Webb C. The delphi technique: a methodological discussion. J Advanced Nurs1994; 19:180-6.

Wong DL. Influências do Desenvolvimento na promoção da Saúde da Criança. In: Wong DL Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª. Ed. Guanabara Koogan, 1999. p.73-92.

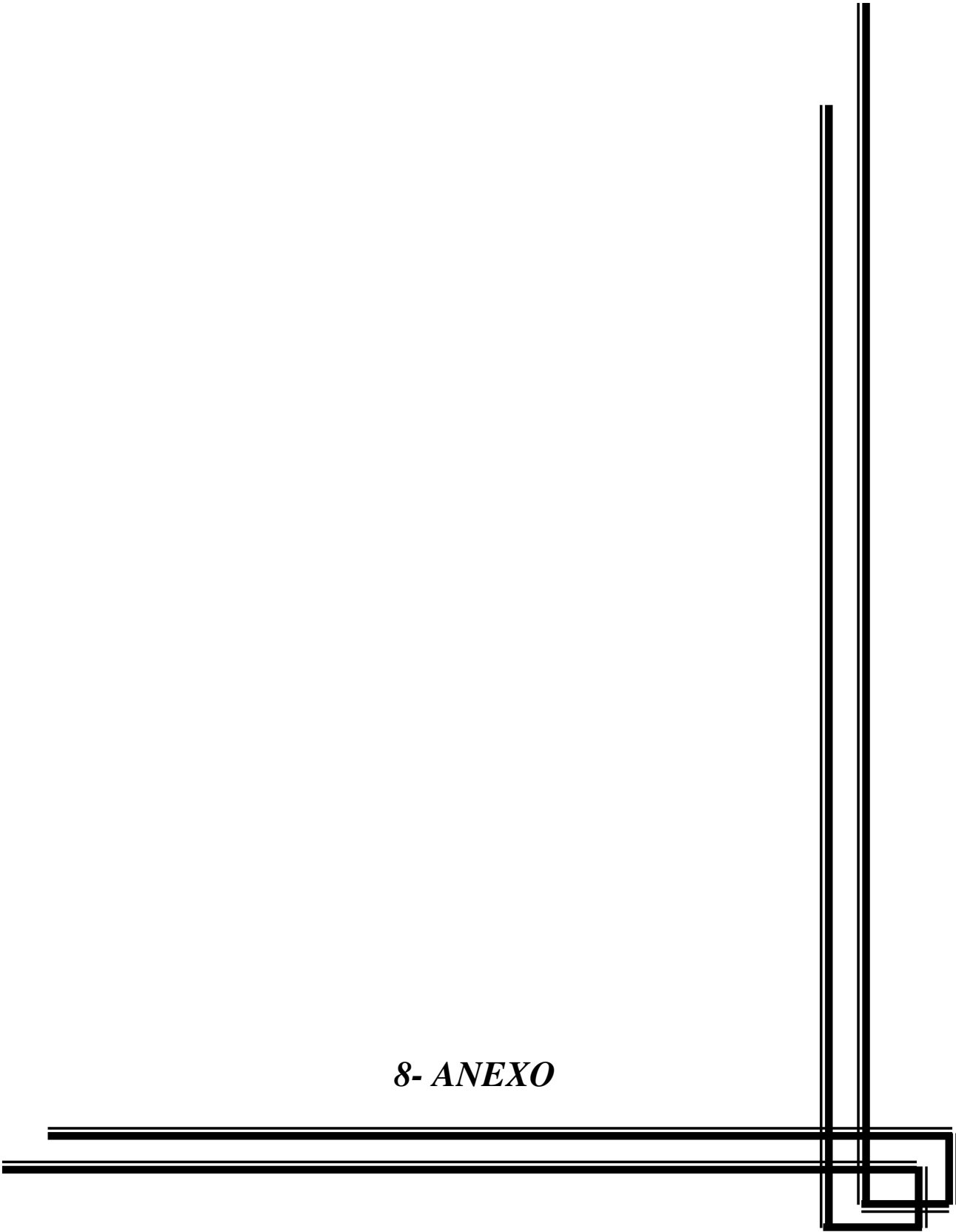
Wright J, Giovinazzo R. Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Caderno de Pesquisa em Administração 2000; 01(12):54-65.

Wrona-Sexton S. Patient classification systems: another perspective. Nurs Manage 1992; 23(12):38-9.





**8- ANEXO**





**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP  
☎ (0\_19) 3788-8936  
FAX (0\_19) 3788-8925  
🌐 [www.fcm.unicamp.br/pesquisa/ctica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/ctica/index.html)  
📧 [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

CEP, 18/11/05.  
(Grupo III)

**PARECER PROJETO: Nº 533/2005**  
**CAAE: 1441.0.146.000-05**

### **I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: “CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A CLASSIFICAÇÃO DE CRIANÇAS EM GRAUS DE DEPENDÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM”**  
**PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ariane Polidoro Dini**  
**INSTITUIÇÃO: FCM-UNICAMP**  
**APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/09/2005**  
**APRESENTAR RELATÓRIO EM: 25/10/06**

### **II - OBJETIVOS**

O estudo tem por finalidade construir um instrumento de classificação de crianças em graus de dependência de cuidado de enfermagem e avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento.

### **III - SUMÁRIO**

Estudo descritivo e observacional, sem intervenções diretas com pacientes, dividido em 3 etapas: elaboração do instrumento, validação do conteúdo do instrumento, avaliação da confiabilidade do instrumento.

### **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

Trata-se de um projeto de pesquisa para a tese de mestrado bem estruturado e elaborado. Apresenta uma metodologia adequada. Os termos de consentimentos livres e esclarecidos estão claros. Apresenta orçamento e currículo da pesquisadora.

### **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, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

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.

## **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 X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de outubro de 2005.

  
**Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

*9- APÊNDICES*



## APÊNDICE 1

### CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Nome: \_\_\_\_\_

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

Escola em que se graduou: \_\_\_\_\_

Ano de graduação: \_\_\_\_\_

Área de atuação:  Assistência  Ensino  Pesquisa

Local de trabalho atual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trajetória profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Especialização:

Especialista em: \_\_\_\_\_

Em qual escola? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Mestrado:

Área: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Em qual escola? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Doutorado:

Área: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Em qual escola? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_





## APÊNDICE 2

### PRIMEIRA FASE COLETA DE DADOS TÉCNICA DELPHI

Prezada Sra: \_\_\_\_\_

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de mestranda do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde pretendo construir um instrumento para a classificação de pacientes pediátricos em graus de dependência do cuidado de enfermagem.

A classificação de pacientes constitui em uma ferramenta gerencial para o enfermeiro, sendo indispensável ao processo de tomada de decisão em áreas relacionadas ao dimensionamento de pessoal e custos dos serviços de enfermagem. Considerando que a literatura não dispõe de instrumentos específicos para avaliar o grau de dependência de crianças hospitalizadas, o presente projeto tem como objetivo construir e avaliar a validade e confiabilidade de um instrumento específico para pediatria.

Baseado nas características do desenvolvimento infantil normal e sistemas de classificação de pacientes levantados na literatura, foram identificados dez indicadores de dependência do cuidado de enfermagem, os quais devem refletir as principais ações ou áreas de atuação da enfermagem no cuidado com as crianças hospitalizadas.

Em cada indicador foram descritas situações que representam diferentes demandas de cuidado exigidas pela criança, a qual deverá ser avaliada em cada indicador seguindo quatro graus de dependência de cuidado considerando-se que, algumas situações são específicas para cada estágio de desenvolvimento da criança, sendo excludentes entre si.

Para cada **indicador**, você deverá selecionar uma das opções: **Concordo** ou **Discordo** com o indicador e sua respectiva conceituação. Além disso, terá oportunidade de utilizar os espaços discriminados para sugestões e comentários.

Para cada **condição** ou **atividade de dependência de cuidado**, você deverá opinar se **Concorda** ou **Discorda** com cada uma das condições de dependência de cuidado e avaliar o **nível de pontuação** quanto a **relevância** e **clareza**. Poderá também utilizar os espaços disponíveis para sugestões e comentários.

Com isso, a sua participação será importante para avaliar o instrumento quanto à:

- a) Clareza e conceituação de cada indicador;
- b) Avaliar o conteúdo de cada situação bem como a sua pontuação. Lembrar que quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência e quanto menor a pontuação, menor o grau de dependência de cuidado, e
- c) Acréscimo de novos indicadores, caso julgue necessário.

Desde já agradeço a sua valiosa contribuição, a qual em muito ampliará as possibilidades deste estudo, colocando-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Pesquisadora: Ariane Polidoro Dini

e-mail: [aridini@yahoo.com.br](mailto:aridini@yahoo.com.br)

Tel: 979717171 (19)38714728

**1. Atividade:** Estado geral da criança ou adolescente, considerando a interatividade e o desenvolvimento neuropsicomotor

( ) Concordo

( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

<b>1a. Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Adolescente orientado em tempo, espaço e pessoa	01 ponto
Lactente acompanhado pela <b>mãe</b> , tranqüilo	01 ponto
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré-escolar <b>ou</b> escolar: <b>choro à procedimentos invasivos</b>	02 pontos
Adolescente assustado ou rebelde	02 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>continuamente assustado ou irritado ou apático</b>	03 pontos
Criança com alteração do desenvolvimento neuropsico motor	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>inconsciente ou sedado</b>	04 pontos

( ) Concordo

( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

**2. Mobilidade:** Capacidade da criança ou adolescente mover-se independentemente ou com necessidade de auxílio.

( ) Concordo

( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

<b>2a. Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente <b>sem restrições de movimento</b>	01 ponto
Pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>com restrição de movimento por venóclise</b>	02 pontos
Infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>dependendo parcialmente da enfermagem para mudança de decúbito</b>	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>dependendo totalmente da enfermagem para mudança de decúbito</b>	04 pontos

( ) Concordo

( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

**3. Higiene Corporal:** Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.

( ) Concordo

( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

---

---

<b>3a. Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Adolescente <b>ou</b> Escolar: <b>Banho de aspersão sem auxílio</b>	01 ponto
Pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>Banho de aspersão com supervisão</b>	02 pontos
Pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>Cadeira de Banho</b>	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante: <b>Banho de imersão</b>	04 pontos
Pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>Banho de leito</b>	04 pontos

( ) Concordo

( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

---

**4. Eliminações:** A capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha, com ou sem controle de esfíncter (conforme idade) e/ou necessidade de uso de sondas.

( ) Concordo

( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

---

<b>4a. Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Escolar <b>ou</b> adolescente: Eliminações em <b>W.C.</b>	01 ponto
Pré escolar: eliminações em <b>W.C</b>	02 pontos
Lactente <b>ou</b> infante: eliminações em <b>fralda</b>	03 pontos
Pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: Eliminações em <b>Comadre ou Fralda</b>	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: eliminações por <b>sondas ou ostomias</b>	04 pontos

( ) Concordo

( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

---

**5. Alimentação e hidratação:** Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos e líquidos, sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.

( ) Concordo

( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

---

<b>5a. Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Adolescente <b>ou</b> Escolar: Alimentando-se <b>VO sem auxílio</b>	01 ponto
Lactente <b>amamentado</b> pela mãe	01 ponto
Pré escolar: alimentando-se <b>VO com auxílio</b>	02 pontos
Pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: Alimentação <b>VO com auxílio</b>	02 pontos
Lactente <b>ou</b> infante: mamando em <b>mamadeira</b>	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>Alimentação por sondas, gastrostomia</b>	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>Nutrição Parenteral</b>	04 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>Jejum VO</b>	04 pontos

( ) Concordo ( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

**6. Educação ao Familiar:** Considerando a presença de um acompanhante com a criança em tempo integral é garantida por Lei, necessidade do familiar obter informações em relação ao cuidado da criança para que possa reassumir sua função com segurança.

( ) Concordo ( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

<b>6a. Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Familiar esclarecido quanto ao estado clínico da criança e seguro para a realização de cuidados com a mesma	01 ponto
Familiar com algumas dúvidas quanto ao estado clínico <b>ou</b> à realização de cuidados com a mesma	02 pontos
Familiar em treinamento para alta hospitalar	03 pontos
Familiar de paciente crônico	03 pontos
Familiar com tempo de escolaridade inferior a quatro anos	04 pontos
Familiar de criança internada em Unidade de Terapia Intensiva	04 pontos

( ) Concordo ( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

**7. Intervalo de Aferição de Sinais Vitais:** Necessidade de controle de dados vitais, sendo que, quanto mais instável estiver a criança ou adolescente, menor será o intervalo de tempo para aferir sinais vitais

( ) Concordo ( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

<b>7a. Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
A cada 6 horas	01 ponto
A cada 4 horas	02 pontos
A cada 2 horas	03 pontos
Intervalo menor de 2 horas <b>ou</b> necessidade de monitorização	04 pontos

( ) Concordo ( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

**8. Integridade Cutâneo Mucosa:** Necessidade de Manutenção ou restauração da integridade do maior órgão do corpo humano (pele).

( ) Concordo ( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

<b>8a. Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: apresentando pele integralmente íntegra, <b>sem sinais de hiperemia ou escoriações</b>	01 ponto
Lactente <b>ou</b> infante: apresentando <b>hiperemia na região da fralda</b>	02 pontos
Pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>hiperemia em proeminências ósseas</b>	02 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: apresentando <b>escoriações ou lesão superficial</b>	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: apresentando <b>ferida operatória superficial sem sinais flogísticos</b>	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: apresentando <b>lesão profunda ou lesão infectada ou com tecido necrótico</b>	04 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: apresentando <b>ferida operatória profunda ou infectada</b>	04 pontos

( ) Concordo ( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

**9. Oxigenação:** Capacidade da criança ou adolescente manter a oxigenação adequada, com vias aéreas desobstruídas.

( ) Concordo ( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

<b>9a. Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>respiração espontânea, sem necessidade de suplementação de oxigênio ou desobstrução de Vias Aéreas</b>	01 ponto
Escolar <b>ou</b> adolescente: <b>respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de Vias Aéreas</b>	02 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar com <b>necessidade de suplementação de oxigênio ou desobstrução e Vias Aéreas ou ambos</b>	03 pontos
Escolar <b>ou</b> adolescente: <b>respiração espontânea, com necessidade de suplementação de oxigênio</b>	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: com <b>Ventilação mecânica invasiva ou não invasiva (BIPAP)</b>	04 pontos

( ) Concordo ( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

**10. Terapêutica Medicamentosa:** Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas

( ) Concordo ( ) Discordo

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

<b>10a . Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>NÃO necessitando de medicamentos</b>	01 ponto
Adolescente <b>ou</b> escolar aceitando tomar <b>medicamentos VO</b>	01 pontos
<b>Adolescente</b> aceitando receber medicamentos <b>via parenteral tranquilamente</b>	02 pontos
<b>Pacientes crônicos</b> recebendo medicação <b>por Sondas ou catéter Venoso</b>	03 pontos
Lactente <b>ou</b> infante <b>ou</b> pré escolar <b>ou</b> escolar <b>ou</b> adolescente: <b>agitando-se para receber medicamentos por qualquer via</b>	04 pontos

( ) Concordo ( ) Discordo

Nível de pontuação: **Relevante?** ( ) Sim ( ) Não

**Claro?** ( ) Sim ( ) Não

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

**11. Sugestões:**

**11a.Outros indicadores:** \_\_\_\_\_

**11b. Condições de dependência de cuidado:**

<b>Condição de dependência de cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
	01 ponto
	02 pontos
	03 pontos
	04 pontos

## APÊNDICE 3

### COLETA DE DADOS TÉCNICA DELPHI: FASE 2

Prezada Colega Enfermeira:

Dando continuidade à pesquisa da construção do instrumento para a classificação de pacientes pediátricos em graus de dependência do cuidado de enfermagem, estamos entregando a você um segundo questionário para continuar o processo de validação do instrumento.

De acordo com as opiniões e sugestões obtidas na primeira fase, foi realizado tanto alterações no layout quanto nos indicadores e no conteúdo do instrumento, de forma a contemplar a visão da maioria do grupo de juízes.

Desta forma, nessa fase a sua participação será importante para:

1. Realizar leitura dos 11 indicadores apresentados.
2. Apreciar sobre a pertinência e clareza de cada indicador
3. Apreciar a gradação e o conteúdo de cada situação e julgar se os mesmos obedecem a uma gradação crescente de demanda de enfermagem

Lembramos que os indicadores de dependência do cuidado de enfermagem devem refletir as principais ações ou áreas de atuação da enfermagem no cuidado com os pacientes e, a cada indicador de dependência, é atribuída uma gradação de 1 a 4 pontos, apontando a intensidade crescente de demanda de enfermagem.

É necessário colocar que a demanda de enfermagem refere-se à necessidade de cuidados de enfermagem exigidos pelos pacientes, sendo influenciada pela severidade da doença, pela complexidade de cuidados requeridos, pela dependência do cliente para realização de atividades de vida diária e pelo tempo despendido em atividades de cuidado direto e indireto.

Faz-se necessário ainda esclarecer que, nos indicadores como mobilidade, higiene corporal e alimentação embora alguns juízes tenham sugerido a discriminação de situações nas quais a atividade seria desempenhada pelo acompanhante ou pela enfermagem, foi considerado que, durante a internação, a responsabilidade da execução dos cuidados é atribuição da enfermagem, mas reconhecendo que a presença de um acompanhante pode ser um fator de diminuição da demanda de enfermagem, foi acrescido um novo indicador denominado “Participação do Acompanhante”, no qual considera-se de forma geral se o mesmo presta cuidados ao paciente pediátrico.

Reiteramos nossos agradecimentos por sua disponibilidade em compartilhar seu tempo e conhecimentos com nossa pesquisa certa de que sua valiosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo.

Colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Pesquisadora: Ariane Polidoro Dini

e-mail: [aridini@yahoo.com.br](mailto:aridini@yahoo.com.br)

Tel: 97971717/ (19)38714728

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>	<b>RN e Lactente</b>	<b>Toddler</b>	<b>Pré escolar</b>	<b>Escolar</b>	<b>Adolescente</b>
<b>Atividade</b> 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.	<b>1 ponto</b>	Não se aplica	Não se aplica	Brinca quando acordado, verbalizando sentimentos, queixas e necessidades	Brinca quando acordado, verbalizando sentimentos, queixas e necessidades	Colaborativo com o tratamento, verbalizando sentimentos, queixas, dúvidas e necessidades
	<b>2 pontos</b>	Segue ciclo vigília-sono; Sorriso social	Brinca quando acordado, demonstra interesse por brincadeiras	Brinca quando acordado no entanto com dificuldades para verbalizar sentimentos, queixas e necessidades	Brinca quando acordado no entanto com dificuldades para verbalizar sentimentos, queixas e necessidades	Colaborativo com o tratamento, com dificuldades para verbalizar sentimentos, queixas e necessidades
	<b>3 pontos</b>	Hipoativo ou Hiperativo	Hipoativo ou Hiperativo	Retardo no desenvolvimento com comprometimento das atividades normais para a idade: andar, falar, brincar	Retardo no desenvolvimento com comprometimento das atividades normais para a idade: aprender, falar, brincar	Retardo no desenvolvimento com comprometimento das atividades normais para a idade: aprender Ou Não colaborativo com o tratamento
	<b>4 pontos</b>	Inconsciente ou sedado	Inconsciente ou sedado ou com paralisia cerebral restrito ao leito	Inconsciente ou sedado ou com paralisia cerebral restrito ao leito	Inconsciente ou sedado ou com paralisia cerebral restrito ao leito	Inconsciente ou sedado ou com paralisia cerebral restrito ao leito

Concorda com a conceituação do indicador? ( ) SIM ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM ( ) NÃO

Há clareza? ( ) SIM ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>	<b>RN e Lactente</b>	<b>Toddler</b>	<b>Pré escolar</b>	<b>Escolar</b>	<b>Adolescente</b>
<b>Mobilidade e Deambulação</b> Capacidade da criança ou adolescente mobilizar voluntariamente o corpo ou segmentos corporais	<b>1 ponto</b>	Não se aplica		Paciente deambulando sem auxílio		
	<b>2 pontos</b>	Não se aplica	Toddler não necessita de auxílio para mudança de decúbito	Paciente necessitando de auxílio para deambular		
	<b>3 pontos</b>	Paciente restrito em leito dependente da enfermagem para mobilização de segmentos corporais ou mudança de decúbito		Paciente restrito no leito porém mobilizando-se sem auxílio		
	<b>4 pontos</b>	Não se aplica	Toddler aprendendo a andar ou engatinhar	Paciente restrito em leito totalmente dependente para mobilização de segmentos corporais e/ou mudança de decúbito		

Concorda com a conceituação do indicador?      ( ) SIM      ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM      ( ) NÃO

Há clareza?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>	<b>RN e Lactente</b>	<b>Toddler</b>	<b>Pré escolar</b>	<b>Escolar</b>	<b>Adolescente</b>
<b>Higiene Corporal</b>  Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.	<b>1 ponto</b>	-	-	-	Banho de aspersão sem auxílio	
	<b>2 pontos</b>	Banho de imersão	Banho de aspersão	Banho de aspersão	Banho de cadeira com paciente colaborativo	Banho de aspersão com auxílio
	<b>3 pontos</b>	Banho de leito ou incubadora	Banho de imersão ou Banho de leito	Banho de imersão (neuropatas hipodesenvolvidos)	Banho de imersão (neuropatas hipodesenvolvidos)	Banho de cadeira com paciente colaborativo
	<b>4 pontos</b>	-	-	Banho de leito	Banho de leito ou banho de cadeira com paciente não colaborativo	Banho de leito ou banho de cadeira com paciente não colaborativo

Concorda com a conceituação do indicador?      ( ) SIM      ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM      ( ) NÃO

Há clareza?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Indicador	Pontuação	RN e Lactente	Toddler	Pré escolar	Escolar	Adolescente
Eliminações Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha, e/ou necessidade de uso de sondas	1 ponto	-	-	-	Vaso sanitário sem auxílio	
	2 pontos	-	-	Vaso sanitário com auxílio		
	3 pontos	Fralda	Fralda ou Vaso sanitário com auxílio	Fralda	Sondas e ostomias	Sondas e ostomias
	4 pontos	Sondas e ostomias ou necessidade de controle de volume de diurese por coletores ou pesagem de fraldas			Fralda ou Comadre ou necessidade de controle volume urinário	

Concorda com a conceituação do indicador?      ( ) SIM      ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM      ( ) NÃO

Há clareza?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>	<b>RN e Lactente</b>	<b>Toddler</b>	<b>Pré escolar</b>	<b>Escolar</b>	<b>Adolescente</b>
<b>Alimentação e Hidratação</b> Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.	<b>1 ponto</b>	jejum	jejum	jejum	VO sem auxílio ou jejum	VO sem auxílio ou jejum
	<b>2 pontos</b>	Amamentação exclusiva	VO com paciente colaborativo			
	<b>3 pontos</b>	Alimentação por sondas				
	<b>4 pontos</b>	VO (mamadeira ou papas)	VO com paciente apresentando risco para aspiração ou dificuldade de deglutição. Nutrição Parenteral			

Concorda com a conceituação do indicador?      ( ) SIM      ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM      ( ) NÃO

Há clareza?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Indicador	Pontuação	RN e Lactente	Toddler	Pré escolar	Escolar	Adolescente
<b>Intervalo de Aferição de Controles</b> Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico	1 ponto	6/6 horas				
	2 pontos	4/4 horas				
	3 pontos	2/2 horas				
	4 pontos	Intervalo menor 2 horas				

Concorda com a conceituação do indicador?      ( ) SIM      ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM      ( ) NÃO

Há clareza?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicador	Pontuação	RN e Lactente	Toddler	Pré escolar	Escolar	Adolescente
<b>Integridade Cutâneo Mucosa</b> Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa	<b>1 ponto</b>	Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea				
	<b>2 pontos</b>	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte				
	<b>3 pontos</b>	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou períneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte				
	<b>4 pontos</b>	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte				

Concorda com a conceituação do indicador?      ( ) SIM      ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM      ( ) NÃO

Há clareza?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicador	Pontuação	RN e Lactente	Toddler	Pré escolar	Escolar	Adolescente
<b>Oxigenação</b> Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais	<b>1 ponto</b>	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas				
	<b>2 pontos</b>	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro				
	<b>3 pontos</b>	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia				
	<b>4 pontos</b>	Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva)				

Concorda com a conceituação do indicador?      ( ) SIM      ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM      ( ) NÃO

Há clareza?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicador	Pontuação	RN e Lactente	Toddler	Pré escolar	Escolar	Adolescente
<b>Terapêutica Medicamentosa</b> Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas	<b>1 ponto</b>	Não necessita de medicamentos				
	<b>2 pontos</b>	Necessidades de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular, oral				
	<b>3 pontos</b>	Necessidades de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)				
	<b>4 pontos</b>	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos				

Concorda com a conceituação do indicador?      ( ) SIM      ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM      ( ) NÃO

Há clareza?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Indicador	Pontuação	RN e Lactente	Toddler	Pré escolar	Escolar	Adolescente
<b>Rede de Apoio e Suporte</b> Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital	<b>1 ponto</b>	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo				
	<b>2 pontos</b>	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia				
	<b>3 pontos</b>	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia				
	<b>4 pontos</b>	Desacompanhado				

Concorda com a conceituação do indicador?      ( ) SIM      ( ) NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

( ) SIM      ( ) NÃO

Há clareza?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicador	Pontuação	RN e Lactente	Toddler	Pré escolar	Escolar	Adolescente
Participação do Acompanhante Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente	1 ponto	Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las				
	2 pontos	Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico				
	3 pontos	Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico, e é resistente a buscar auxílio e a mudanças				
	4 pontos	Acompanhante parece não estar atento nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e/ou desacompanhado				

Concorda com a conceituação do indicador?       SIM       NÃO

As situações refletem uma gradação crescente de complexidade assistencial e demanda de enfermagem?

SIM       NÃO

Há clareza?       SIM       NÃO

Sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 4

### Terceira Fase Técnica Delphi

Prezada Colega Enfermeira:

Dando continuidade à pesquisa da construção do instrumento para a classificação de pacientes pediátricos em graus de dependência do cuidado de enfermagem, vimos por meio desta agradecer novamente a sua valiosa colaboração com as sugestões e críticas realizadas ao instrumento nas fases precedentes, e informar que já foi possível estabelecer o conteúdo de seis indicadores, os quais obtiveram concordância maior de 70% tanto na conceituação quanto na pontuação, sendo eles: **Intervalo Aferição de Controles; Oxigenação; Terapêutica Medicamentosa; Integridade Cutâneo Mucosa; Rede de Apoio e Suporte; e Participação do Acompanhante.**

Os indicadores **Atividade, Higiene Corporal, Mobilidade, Eliminações e Alimentação** obtiveram concordância quanto à conceituação, porém não apresentaram concordância quanto à pontuação, sendo modificados e novamente encaminhados a vossa senhoria para apreciação da gradação dos mesmos. Desta forma, nesta fase a sua participação será importante para:

1. Apreciar a gradação e o conteúdo de cada situação de dependência de cuidado de enfermagem, julgando se os mesmos obedecem a uma gradação crescente de demanda de enfermagem, assinalando um **X** em uma das opções: **Concordo, Discordo** ou **Não tenho opinião.**

2. Verificar se há clareza no conteúdo da gradação

Lembramos que a cada indicador foi atribuída uma gradação de 1 a 4 pontos, apontando a intensidade crescente de demanda de enfermagem.

Para a avaliação, considerar que, a demanda de enfermagem deve refletir a necessidade de cuidados de enfermagem exigidos pelos pacientes, sendo influenciada pela severidade da doença, pela complexidade de cuidados requeridos, pela dependência do cliente para realização de atividades de vida diária e pelo tempo despendido em atividades de cuidado direto e indireto.

Reforça-se que, os indicadores: **mobilidade, higiene corporal e alimentação** são ações de responsabilidade da equipe de enfermagem durante a internação hospitalar, ainda que em algumas situações essas atividades possam ser desempenhadas pelo acompanhante.

Reiteramos nossos agradecimentos por sua disponibilidade em compartilhar seu tempo e conhecimentos com nossa pesquisa, certa de que sua valiosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo.

Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

**Pesquisadora: Ariane Polidoro Dini**

**e-mail: [aridini@yahoo.com.br](mailto:aridini@yahoo.com.br)**

**Tel: 97971717/ (19)38714728**

**ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO: Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral**

1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Via Oral de forma independente ou seio materno exclusivo	Via Oral com auxílio e paciente colaborativo	Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia)	Nutrição Parenteral ou Via Oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração

As situações refletem uma gradação crescente da demanda de enfermagem?

( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Não tenho opinião

Há clareza na pontuação?

( ) Sim

( ) Não

Sugestões: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES: Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha, e/ou necessidade de uso de sondas**

1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Vaso sanitário sem auxílio	Vaso sanitário com auxílio	Fraldas (necessidade de <b>um</b> profissional para a troca) <b>ou</b> Sonda Vesical de Demora	Sonda Vesical de alívio <b>ou</b> Estomas <b>ou</b> Uso de comadre <b>ou</b> urinol <b>ou</b> Fraldas (necessidade de <b>dois</b> profissionais para a troca)

As situações refletem uma gradação crescente da demanda de enfermagem?

( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Não tenho opinião

Há clareza na pontuação?

( ) Sim

( ) Não

Sugestões: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MOBILIDADE E DEAMBULAÇÃO: Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou segmentos corporais**

1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Deambulação sem auxílio	Deambulação com auxílio	Repouso no leito, porém mobiliza-se sem auxílio	Dependente para mudança de decúbito

As situações refletem uma gradação crescente da demanda de enfermagem?

( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Não tenho opinião

Há clareza na pontuação?

( ) Sim

( ) Não

Sugestões: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>HIGIENE CORPORAL: Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal</b>			
<b>1 ponto</b>	<b>2 pontos</b>	<b>3 pontos</b>	<b>4 pontos</b>
Banho de aspersão sem auxílio	Banho de aspersão com auxílio	Banho de imersão ou banho em cadeira	Banho no leito ou na incubadora <b>Ou</b> necessidade de mais de um profissional de enfermagem para a realização do banho
<b>As situações refletem uma gradação crescente da demanda de enfermagem?</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho opinião			
<b>Há clareza na pontuação?</b>			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

**Sugestões:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>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.</b>			
<b>1 ponto</b>	<b>2 pontos</b>	<b>3 pontos</b>	<b>4 pontos</b>
Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária	Hipoativo	Hiperativo Ou Déficit no desenvolvimento	Inconsciente ou sedado ou coma vigil
<b>As situações refletem uma gradação crescente da demanda de enfermagem?</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho opinião			
<b>Há clareza na pontuação?</b>			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

**Sugestões:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBRIGADA!**









## APÊNDICE 6

### VALIDAÇÃO DA DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS DE CUIDADO EM PEDIATRIA: 1<sup>a</sup> Etapa

Prezada Enfermeira:

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de mestranda do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde pretendo conceituar o grau de dependência de pacientes pediátricos em relação à enfermagem e, construir um instrumento para a classificação dos mesmos.

O grau de dependência deve refletir tanto o grau de complexidade quanto a dependência do paciente pediátrico em relação à enfermagem e, a classificação de pacientes constitui em uma ferramenta gerencial para o enfermeiro, sendo indispensável ao processo de tomada de decisão em áreas relacionadas ao dimensionamento de pessoal e custos dos serviços de enfermagem.

Considerando que a literatura não dispõe da conceituação para cada categoria de cuidado, o presente estudo busca conceituar as condições de um paciente pediátrico em cada grau de dependência, ou seja:

- Cuidados Mínimos
- Cuidados Intermediários
- Cuidados de Alta dependência
- Cuidados Semi Intensivo
- Cuidados Intensivos

Para que a conceituação seja adequada, sua participação será de vital importância para julgar a adequação da mesma, e para isso, solicita-se que a senhora opine se Concorda, Discorda ou Não tem opinião com cada uma das conceituações e, ainda se a conceituação está clara ou necessita de modificações para refletir claramente a conceituação. Poderá ainda utilizar os espaços disponíveis para sugestões e comentários.

Desde já agradeço a sua valiosa contribuição, a qual em muito ampliará as possibilidades deste estudo, colocando-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Pesquisadora: Ariane Polidoro Dini  
e-mail: [aridini@yahoo.com.br](mailto:aridini@yahoo.com.br)  
Tel: 97971717/ (19)38714728

## CATEGORIAS DE CUIDADO EM PEDIATRIA

### Cuidados mínimos:

<p><b>Lactente ou toddler</b>, estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado pela mãe ou responsável, em período integral, com o acompanhante executando atividades de alimentação, higiene e conforto, independente da enfermagem.</p>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<p><b>Clareza</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>Sugestões:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p><b>Pré escolar ou escolar</b> estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado por uma pessoa de confiança em período integral, em conjunto com a qual realizam ações de auto cuidado, independente da enfermagem.</p>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<p><b>Clareza</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>Sugestões:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p><b>Adolescente</b> estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante em período integral, colabora com o tratamento e realiza ações de autocuidado sob a supervisão do enfermeiro.</p>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<p><b>Clareza</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>Sugestões:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

## Cuidados intermediários:

<p><b>Lactente ou toddler</b>, estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado pela mãe ou responsável, em período integral, com o acompanhante executando atividades de alimentação, higiene e conforto, mas requer orientações do enfermeiro para essas atividades.</p>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<p><b>Clareza</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>Sugestões:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p><b>Pré escolar ou escolar</b> estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado por uma pessoa de confiança em período integral, em conjunto com a qual realizam ações de auto cuidado, mas requer orientações do enfermeiro para essas atividades.</p>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<p><b>Clareza</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>Sugestões:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p><b>Adolescente</b> estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante em período integral, colabora com o tratamento e realiza ações de autocuidado, mas requer orientações do enfermeiro para essas atividades.</p>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<p><b>Clareza</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>Sugestões:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

## Cuidados de alta dependência:

<p><b>Lactente ou toddler ou pré escolar ou escolar</b> estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, portador ou não de alguma patologia crônica, que mesmo com acompanhante em período integral precisa de auxílio nas atividades de alimentação, higiene e conforto e/ou outros cuidados específicos de enfermagem.</p>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<p><b>Clareza</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>Sugestões:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

<b>Adolescente</b> estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, portador ou não de alguma patologia crônica, que independente da presença do acompanhante, não colabora com o tratamento e/ou precisa de auxílio nas atividades de alimentação, higiene e conforto ou outros cuidados específicos de enfermagem	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<b>Clareza</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Sugestões:</b> _____ _____ _____				

### Cuidados semi-intensivo:

<b>Paciente pediátrico</b> (RN, lactente, pré-escolar, escolar ou adolescente) sujeito a instabilidade de sinais vitais ou de níveis glicêmicos, sem risco iminente de morte, que, independente de ter um acompanhante necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<b>Clareza</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Sugestões:</b> _____ _____ _____				

### Cuidados intensivos:

<b>Paciente pediátrico</b> (RN, lactente, pré-escolar, escolar ou adolescente) em estado grave, sujeito a instabilidade das funções vitais, com risco iminente de morte, e que necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<b>Clareza</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Sugestões:</b> _____ _____ _____				

**Obrigada!!!**

## APÊNDICE 7

### Validação das Categorias de Cuidado em Pediatria- 2ª. Etapa

Prezada Enfermeira:

Venho por meio desta agradecer seu valioso julgamento em relação à conceituação das categorias de cuidado graças ao qual foram realizadas importantes modificações em relação às mesmas.

Dando continuidade à pesquisa, com o objetivo de conceituar o grau de dependência de pacientes pediátricos em relação à enfermagem, solicito mais uma vez a sua colaboração na avaliação da conceituação proposta para cada nível de complexidade de cuidado, discriminados abaixo.

Para a avaliação, deverá considerar que o grau de dependência deve refletir tanto o grau ou nível de complexidade quanto a dependência do paciente pediátrico em relação à enfermagem.

Desta forma, solicito sua colaboração para:

**1. Apreciar a conceituação de cada categoria de cuidado (Cuidados Mínimos; Cuidados Intermediários; Cuidados de Alta dependência; Cuidados Semi Intensivo; Cuidados Intensivos) e opinar se Concorda, Discorda ou Não tem opinião assinalando um X em uma das opções apresentadas e,**

**2. Verificar se há clareza na conceituação proposta para cada categoria de cuidado**

Por favor, caso julgue necessário, utilize os espaços disponíveis no instrumento de avaliação para sugestões e comentários.

Tendo em vista a necessidade de cumprir o cronograma para a realização do referido estudo, solicitamos seu empenho na avaliação e devolução deste questionário no máximo até dia 30 de junho de 2006.

Desde já agradeço a sua valiosa contribuição, a qual em muito ampliará as possibilidades deste estudo, colocando-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Pesquisadora: Ariane Polidoro Dini

e-mail: [aridini@yahoo.com.br](mailto:aridini@yahoo.com.br)

Tel: 97971717/ (19)38714728

<b>CUIDADOS MÍNIMOS:</b> Paciente pediátrico a partir de 12 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, realizando todas as ações de auto-cuidado sob supervisão da enfermagem.	Concordo	Discordo	Não tenho opinião	<b>Clareza</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Sugestões:</b> _____ _____				
<b>CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS:</b> Paciente pediátrico a partir de 7 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, que necessite de auxílio da enfermagem para seu auto-cuidado e/ou apoio para o enfrentamento da situação de doença e hospitalização.	Concordo	Discordo	Não tenho opinião	<b>Clareza</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Sugestões:</b> _____ _____				
<b>CUIDADOS DE ALTA DEPENDÊNCIA:</b> Paciente pediátrico (de qualquer idade), estável sob o ponto de vista clínico, que dependa da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas/físicas, emocionais e sociais.	Concordo	Discordo	Não tenho opinião	<b>Clareza</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Sugestões:</b> _____ _____				
<b>CUIDADOS SEMI-INTENSIVOS:</b> Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, sem risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.	Concordo	Discordo	Não tenho opinião	<b>Clareza</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Sugestões:</b> _____ _____				
<b>CUIDADOS INTENSIVOS:</b> Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, com risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.	Concordo	Discordo	Não tenho opinião	<b>Clareza</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Sugestões:</b> _____ _____				

## APÊNDICE 8

### INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

**LEITO ..... POSTO .....**

<b>ATIVIDADE:</b> 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.	
<b>01 ponto</b>	Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária
<b>02 pontos</b>	Sonolento
<b>03 pontos</b>	Hipoativo <b>ou</b> Hiperativo <b>ou</b> Déficit no desenvolvimento
<b>04 pontos</b>	Inconsciente ou sedado ou coma vigil
<b>INTERVALO DE AFERIÇÃO DE CONTROLES:</b> Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.	
<b>01 ponto</b>	6/6 horas
<b>02 pontos</b>	4/4 horas
<b>03 pontos</b>	2/2 horas
<b>04 pontos</b>	Intervalo menor 2 horas
<b>OXIGENAÇÃO:</b> Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.	
<b>01 ponto</b>	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas
<b>02 pontos</b>	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro
<b>03 pontos</b>	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções <b>e/ou</b> necessidade de oxigenoterapia
<b>04 pontos</b>	Ventilação Mecânica (Não Invasiva ou Invasiva)
<b>TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:</b> Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas.	
<b>01 ponto</b>	Não necessita de medicamentos
<b>02 pontos</b>	Necessidades de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral
<b>03 pontos</b>	Necessidades de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)
<b>04 pontos</b>	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos
<b>INTEGRIDADE CUTÂNEO MUCOSA:</b> Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.	
<b>01 ponto</b>	Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea
<b>02 pontos</b>	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte
<b>03 pontos</b>	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou períneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte
<b>04 pontos</b>	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte
<b>ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO:</b> Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.	
<b>01 ponto</b>	Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo
<b>02 pontos</b>	Via oral com auxílio e paciente colaborativo
<b>03 pontos</b>	Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia)
<b>04 pontos</b>	Nutrição parenteral <b>ou</b> via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração

<b>ELIMINAÇÕES:</b> Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha, e/ou necessidade de uso de sondas.	
<b>01 ponto</b>	Vaso sanitário sem auxílio
<b>02 pontos</b>	Vaso sanitário com auxílio
<b>03 pontos</b>	Fraldas (necessidade de <b>um</b> profissional para a troca) <b>ou</b> sonda vesical de demora
<b>04 pontos</b>	Sonda vesical de alívio <b>ou</b> estomas <b>ou</b> uso de comadre <b>ou</b> urinol <b>ou</b> fraldas (necessidade de <b>dois</b> profissionais para a troca)
<b>HIGIENE CORPORAL:</b> Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para a higiene corporal.	
<b>01 ponto</b>	Banho de aspersão sem auxílio
<b>02 pontos</b>	Banho de aspersão com auxílio
<b>03 pontos</b>	Banho de imersão ou banho em cadeira
<b>04 pontos</b>	Banho no leito ou na incubadora <b>ou</b> necessidade de mais de um profissional da enfermagem para a realização de qualquer banho
<b>MOBILIDADE E DEAMBULAÇÃO:</b> Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais	
<b>01 ponto</b>	Deambulação sem auxílio
<b>02 pontos</b>	Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio
<b>03 pontos</b>	Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio <b>ou</b> deambula com auxílio
<b>04 pontos</b>	Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito
<b>PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE:</b> Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente	
<b>01 ponto</b>	Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las
<b>02 pontos</b>	Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico
<b>03 pontos</b>	Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico, e é resistente a buscar auxílio e a mudanças
<b>04 pontos</b>	Acompanhante parece não estar atento nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico <b>e/ou</b> desacompanhado
<b>REDE DE APOIO E SUPORTE:</b> Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital.	
<b>01 ponto</b>	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo
<b>02 pontos</b>	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia
<b>03 pontos</b>	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia
<b>04 pontos</b>	Desacompanhado
11 - 17 pontos = <i>Cuidados mínimos</i> 18 - 23 pontos = <i>Cuidados intermediários</i> 24 - 30 pontos = <i>Alta dependência</i> 31 - 37 pontos = <i>Cuidados Semi Intensivos</i> 38 a 44 pontos = <i>Cuidados intensivos</i>	



## APÊNDICE 9

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO DO PROJETO:** “Construção de um instrumento para classificação de crianças em graus de dependência do cuidado de enfermagem”

**RESPONSÁVEL PELO PROJETO:** Ariane Polidoro Dini  
Mestranda em Enfermagem pelo Depto de Enfermagem- FCM / UNICAMP

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Edinêis de Brito Guirardello

#### Prezada (o) Mãe (Pai) ou Responsável

A classificação de pacientes em graus de dependência do cuidado de enfermagem permite identificar o tempo de enfermagem necessário para atender todos os pacientes.

Para classificar pacientes, utilizamos instrumentos (impressos) que descrevem a prática de enfermagem e, com isso, podemos mostrar à administração hospitalar informações sobre a real necessidade de funcionários para a prestação de cuidados com qualidade ao paciente.

No entanto, não existe (ainda) impressos específicos para a classificação de crianças. Com isso, este projeto de pesquisa tem como objetivos elaborar um instrumento (impresso) para classificar crianças em graus de dependência do cuidado de enfermagem e, verificar se este instrumento é válido e confiável.

Para a participação nesta pesquisa, a criança NÃO será submetida a nenhum procedimento fora da rotina hospitalar, apenas serão anotadas informações sobre o estado clínico e tratamento pelo qual a criança está sendo submetida. As informações anotadas são anônimas, sendo que a criança não será identificada nos resultados da pesquisa.

Mesmo assim, como serão anotadas informações a respeito da criança, seu consentimento faz-se necessário.

A participação nesta pesquisa NÃO oferecerá riscos à criança; nem benefícios imediatos à assistência da mesma. A não participação nesta pesquisa, não trará qualquer tipo de prejuízo ao atendimento da criança.

Em caso de dúvidas ou reclamações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, cujo telefone é: (0xx19) 3788-8936. O pesquisador pode ser contactado através do telefone (0xx19) 9797.1717 ou e-mail: [aridini@yahoo.com.br](mailto:aridini@yahoo.com.br).

#### Declaração Livre e Esclarecida

Eu, \_\_\_\_\_, R.G.: \_\_\_\_\_,  
declaro ter sido suficientemente esclarecido(a) pelas informações acima e, assim, concordo em participar deste estudo

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_ R.G.: 33.467.491-8

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

