

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS DE 0 A 5 ANOS

JOÃO PESSOA

2019

THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS DE 0 A 5 ANOS

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

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de Pesquisa vinculado: Processo de cuidar em pacientes com doenças crônico-degenerativas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marta Miriam Lopes Costa

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Kenya de Lima Silva

JOÃO PESSOA

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F383v Ferreira, Thalys Maynnard Costa.

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS DE
0 A 5 ANOS / Thalys Maynnard Costa Ferreira. - João
Pessoa, 2019.
157 f. : il.

Coorientação: Kenya de Lima Silva.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem Pediátrica. 2. Estudos de Validação. 3.
Processo de Enfermagem. 4. Cuidados de Enfermagem. I.
Título

UFPB/BC

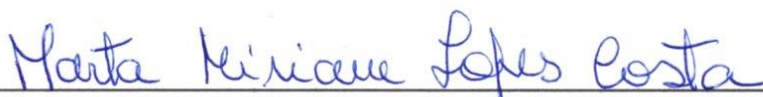
THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA

THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS DE 0 A 5 ANOS**

Aprovada em: 05/04/2019

BANCA EXAMINADORA

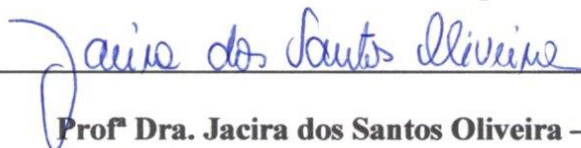


**Profª Dra. Marta Miriam Lopes Costa – Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)**



**Profª Dra. Kenya de Lima Silva – Co-orientadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)**

**Profª Dra. Glenda Agra – Examinadora
(Universidade Federal de Campina Grande - UFCG)**



**Profª Dra. Jacira dos Santos Oliveira – Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)**

**Profª Dra. Katia Neyla de Freitas Macedo – Suplente
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)**

Dedicatória

*A **Deus**, por ter me guiado em todos os momentos os quais precisei. A Ele que está presente em todos os meus minutos de vida e, por meio de sua bondade, faz-me percorrer por caminhos os quais jamais imaginei trilhar.*

*Aos meus pais, **Luzinete** e **Ednaldo**, por serem a minha essência e todo o meu alicerce. Devo a minha vida e tudo o que sou a cada um de vocês. Se hoje este longo trabalho se concretiza, as entrelinhas são compostas por minuciosas dedicações cotidianas de cada um de vocês.*

AGRADECIMENTOS

Em algumas singelas palavras, aos que compuseram esse trajeto que não se finda...

A **Deus**, por ser o meu guia e a minha força diária, sem Ele não conseguiria tecer uma só palavra. Minha força maior, a razão da minha existência. Dedico por também ter sido o que me acalentou nos momentos difíceis e trouxe a paz que excede o entender.

Aos meus pais, **Luzinete** e **Ednaldo**, por serem o motivo pelo qual eu crio, todos os dias, coragem para seguir em frente na luta pelos meus objetivos. O que hoje eu sou, em essência, dedico a vocês que me ensinaram a ser um homem de caráter e, que as melhores coisas na vida, seriam conquistadas com muita dedicação. Aos dois que se configuram meu tudo, minha vida eu devo a vocês.

A minha irmã **Ianne Mayara**, meu alicerce, minha confidente e grande companheira. Não tenho como descrever tão imensurável amor que tenho por ti. Lembro ao escrever essas palavras de cada noite que chegava e compartilhava os anseios da construção desta dissertação. Você, como sempre, ouvia-me e acolhia-me com voz de acalento e ternura, mesmo com os olhinhos cansados do trabalho. Quero estar ao seu lado em todos os desafios da minha vida, pois sei que conseguirei vencer da melhor forma possível. Luz em meu caminho, minha Laly, obrigado por tudo.

Ao **Wellyson**, meu eterno agradecimento pela força e garra que me transpassastes. Tão forte menino que segurou a minha mão e me ajudou em todos os detalhes desse caminho que trilhei. Como um belo e compromissado companheiro de vida, de lutas cotidianas, resistência e amor, eu deixo registrada a minha gratidão a você, meu guri, por seres esse ser de luz que chegou em minha vida. És mais Mestre em Enfermagem do que eu, as formatações dos artigos, os dados tabulados, o suporte em escrita que o digam. Por isso, és especial e te levarei comigo sempre.

A minha avó, **Severina Olímpia**, meu agradecimento imenso por ser um exemplo de força e garra. Cada conquista eu também devo a você, pois és luz em meu caminho. Cada palavrinha e minuto que eu passo ao seu lado me faz ser forte como você. Que o bondoso Deus esteja ao seu lado, hoje e sempre. Segura a minha mão e eu segurarei a sua, reciprocamente, minha voinha. Te amo hoje e sempre te amarei.

Aos demais familiares, agradeço pela força de sempre. **Família** é algo que é precioso, por isso, rogo ao Amigo lá de cima que preserve cada um de vocês, pois são especiais.

A minha orientadora Professora **Marta Miriam**, meu eterno agradecimento. Mulher de fibra, inteligência, de um coração enorme, abraçou-me há anos e me ensinou os primeiros passos no caminho da enfermagem. Uma mãe que o nosso bondoso Deus me presenteou. Agradeço pelas orientações e por todos os direcionamentos tão sábios. Tens toda a minha admiração por seres essa pessoa sensata, justa, batalhadora e que preza pelo ensino de uma forma tão grandiosa e singela. És meu exemplo de professora e também de vida. Hoje, essa dissertação que se finda é nossa!

A minha co-orientadora Professora **Kenya de Lima**, meu eterno agradecimento. Dona de um sorriso e, de um sentimento intrínseco ao que faz, inigualáveis. Sou tão agradecido por você ter me apresentado o meu maior amor que, hoje, carrego como profissão de vida: a pediatria. Eu tenho a honra de dizer que fui seu educando e sempre te pronunciar como exemplo de execução de cuidados às crianças, porque assim, de forma exímia, consegues exercer a enfermagem pediátrica. Os seus ensinamentos me fizeram crescer e buscar ser diferente, no toque, no cuidar, no brincar terapêutico, no pensamento crítico, enfim, no ser enfermeiro que cuida de crianças, ou melhor, dos pequenos pacientes. Que sejas abençoada e continues iluminando pessoas com o seu dom. Essa dissertação que se finda é nossa!

À **Glendinha**, meu anjo de luz, muita sensibilidade e amor, meu agradecimento. Você torna meu caminho feliz e iluminado desde que chegou nele. Eu acredito no amor de Jesus, assim como falas, pois Ele te fez cruzar a minha vida e permanecer. “Onde não puderes amar, não te demores”, disse a Frida... mediante a isso, transfiguro e enfatizo cada dia mais a nossa permanência recíproca, um ao lado do outro, enquanto dois apaixonados pela educação, ensino, enfermagem, cuidado e sensibilidade ao próximo. A dissertação foi o segundo momento científico da minha construção o qual me destes a honra da presença, no terceiro, primarei por isto também. Moras em meu coração, viu? Sigamos juntos!

À Professora **Jacira**, externar meu enorme agradecimento por toda força e olhar carinhoso voltado ao trabalho. Você foi essencial em um momento de grande importância para mim. Direciono o meu abraço a ti e que o bondoso Deus esteja ao seu lado, contemplando os desejos e te firmando nessa missão tão linda que nos foi concedida: ensinar e mudar histórias de vida.

À Professora **Katia Neyla**, meu sincero agradecimento pelo olhar que ajudou a transformar este trabalho. Os sorrisos que sempre damos juntos afirmam o quão especial és para mim e, por isso, não poderia deixa-la de fora desta caminhada. Tens a minha admiração, sua cearense arretada de inteligente e linda!

Ao Professor **João Agnaldo**, expresso o meu carinho especial pelas noites de muito raciocínio, dedicação e empenho. Sua mente brilhante fez esse trabalho ter o delineamento que teve, por isso, deixo aqui registrado o agradecimento mais sincero a ti. Que o bondoso Deus esteja ao seu lado sempre, dando paciência e mais inteligência ainda para ajudar, com o seu dom de ser professor, tantos outros como eu. Não esquecerei das nossas reflexões filosóficas, das castanhas, do leite - porque café faz mal ao estômago -, das suas dúvidas em saúde perguntadas a mim e de todo o seu carisma. Acolheu-me como um filho e eu, durante

esse tempo, recebia-lo como um pai. Agradeço por construir comigo esse caminho, és excepcional e eu sou seu fã.

Aos amigos de perto, por toda força fraternal que me trouxeram, em vários momentos. **Ronny**, com sua alegria e ânimo que me fizeram sorrir em momentos até inoportunos, diga-se lá as aulas de Epidemiologia, expresso meu apreço e abraço amigo. **Jéssica**, com seu jeito singular e meio louquinho de ser, mal sabe ela que chegou de forma especial e ficou, quero muito seu bem e dizer que sou grato por sua chegada. **Michelle**, a mais racional desse grupo e que me trouxe conselhos e direcionamentos essenciais, digo que fostes luz em nossas vidas, assim tão importante para mim foi lhe conhecer. **Thaynara**, minha amiga Thay, Thay minha amiga confiante, digo que os dias de trabalho, aulas, diálogos, conselhos, segredos, crescimento, “enfim”, tornou-me mais forte porque assim você é. Admiro-te demais e quero guardar sua amizade para a vida, sua cearense arretada.

Trago aqui **Amanda**, presente cearense que Deus trouxe, que sempre me entregou palavras de força e, não sabe ela que o seu singelo “Vai dar certo!” fazia a diferença nas horas cansadas de escrita deste trabalho. A ti, Amanda, minha admiração, apreço e amizade também para a vida.

As minhas amigas **Evyzinha**, **Carol**, **Lariça**, **Carlinha** e **Érika**, que da graduação se firmaram em minha vida, hoje agradeço por tão bela amizade que foi “Além dos Muros”.

À **Rossa**, minha irmã concedida como um presente, digo que nossos laços de amizade são sólidos devido a construção que eles tiveram. Expresso meu carinho a você por ser tão fiel nos momentos de sorrisos, mas também por me abraçar nos difíceis, afinal, amigo é para essas coisas.

Aos **amigos** de trabalho no **UNIPÊ** e de **turma** do mestrado, agradeço pelo crescimento e por todo o apoio, vocês foram essenciais para essa conquista.

Aos meus **educandos** e **orientandos**, por tanto me fazerem aprender com cada um de vocês, pois é ensinando que se aprende, diariamente, sempre, horizontalmente e reflexivamente.

Às parceiras de Emergência Pediátrica, principalmente às técnicas de enfermagem que tanto me deram forças durante os plantões para que eu pudesse conseguir escrever algumas linhas deste trabalho. Evidencio **Rose**, **Jade** e **Laninha**, pelo grande auxílio através de palavras que vocês me deram durante esses dias. Vocês são excepcionais!

As minhas grandes amigas **Carlinha**, **Dani** e **Paty**, meus pilares científicos e de tão grande apoio nesse mundo difícil que escolhemos seguir. Carlinha, com sua grande inteligência e dedicação, norteando-me pelo caminho mais sólido e seguro, saibas que você é um anjo para mim! Dani, minha amiga de longas conversas enriquecedoras, eu na sala, ela no banheiro, tecemos métodos e delineamos estudos, crescemos em conhecimento e em grandes conquistas de vida, posso dizer de loucuras também? Amiga é para isso e você se tornou aquela a qual eu tudo partilho e assim sigo forte. A vocês duas, minha dissertação entrego também em mãos, pois assim confio e confiarei. Paty, com sua presença linda e sempre enriquecedora, minha guia desde a iniciação científica, dedico esse trabalho a ti que me ensina a ser

resistente e multifuncional sempre. Admiração define o que sinto por você! Grupo que deu certo esse...

*À **Vanessa Medeiros da Nóbrega**, uma grande colaboradora deste trabalho, por ter sido meus olhos durante a coleta de dados na clínica pediátrica. Você é um ser humano de luz e que transmite paz, por isso, agradeço demais a ti pela enorme ajuda que me destes no rastreamento das crianças internadas, pelas inúmeras fotos do quadro de internação, ligações e trocas de saberes pediátricos durante a nossa vivência lá na pediatria do HULW. Você é excepcional!*

*À **Nathali**, a flor que se abre todas as vezes que qualquer um de nós adentramos a secretaria do PPGENF e, sem medir esforços, estende a mão solucionando qualquer problema. Por ser a mulher-maravilha de cachinhos lindos e, claro, emitir a voz dizendo: “Menino cheiroso”, tenha a certeza que marcou a minha trajetória nesse período de mestrado acadêmico. Por sua dedicação, bravura, empenho e atenção, meu agradecimento.*

*A **Sr. Antônio e Felipe**, por todo o apoio e missão cumprida no tocante à realização e impressão desse trabalho de dissertação. Sempre a postos e em tempo record, atenderam ao meu chamado e me fizeram cumprir com os prazos exatamente quando devia. Lembrarei de vocês sempre, meus amigos.*

*Aos **Doutores** que se envolveram, veementemente, na busca pela validação do instrumento, tecendo saberes pediátricos nas entrelinhas das variáveis, estratificando riscos a partir de seus olhares tão minuciosos no que diz respeito ao nosso cuidado de enfermagem direcionado à criança hospitalizada, não tenho como deixar de mencionar vocês nesse trabalho. Vocês foram essenciais e o meu agradecimento se estende a cada um.*

*Às **Crianças** da Pediatria do HULW, meu agradecimento primordial. Cada olhar, toque, sorriso sincero, lágrima, abraço, brincadeira, fez-me feliz durante os longos cinco meses que me aproximei de cada uma para extrair informações que foram o centro da minha dissertação. O meu carinho pelo cuidado de vocês cresce substancialmente à medida que os anos de atuação se passam, tornando-me cada vez mais convicto de que escolhi seguir o caminho mais lindo e recompensante da enfermagem. Agora, neste exato momento, passo a acreditar, mais um pouquinho, que a pediatria me escolheu.*

Gratidão...



“Assim também são as crianças. Cada ser, por menor que seja, é um ser. Não deve ser restringido as suas partes, mas sim, contemplado como um todo indivisível dentro de um espaço totalitário. Historicamente subjugadas, atualmente acolhidas diante de suas tão expressivas complexidades biopsicossociais. Atraem a uns, afastam a outros, e assim, conquistam o campo científico enquanto possuidoras das mais belas peculiaridades. Cuidar é fundamental, mas cuidar de crianças, é exímio, estonteantemente satisfatório, único.”

Thalys Maynnard

RESUMO

Ferreira, Thalys Maynnard Costa. **Validação de instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem a crianças hospitalizadas de 0 a 5 anos**. 2019. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introdução: o processo de enfermagem é considerado uma ferramenta importante no que diz respeito a aproximação do profissional responsável pelo cuidar, com o ser necessitado de seus cuidados. Logo, a utilização de instrumentos que viabilizem condutas para a operacionalização do processo de enfermagem em foco no cotidiano, vem sendo alvo de estudos no ramo metodológico. **Objetivo:** analisar o processo de validação e estratificação de risco clínico assistencial de um instrumento para coleta de dados voltado à sistematização da assistência de enfermagem a crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas. **Método:** estudo metodológico, com abordagem quantitativa, realizado com 150 crianças em uma clínica pediátrica de um hospital escola. Para coleta de dados, respeitou-se as etapas de validação do conteúdo; validação clínica do instrumento e associação das necessidades humanas básicas e os diagnósticos médicos. Para análise dos dados, utilizou-se o cálculo do índice de validade do conteúdo e de análise de concordância *Kappa*. Para seguimento da validação, aplicou-se a análise de variância seguida do teste de K-means (Cluster Analysis) e o *Tuckey Test*, bem como o modelo descritivo de classificação binária - WoE e análise de agrupamento, além de técnicas de estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi aprovado sob protocolo CAAE 76649517.3.0000.5183. **Resultados:** sob um índice de validade do conteúdo de 0,94, *kappa* 0,71, segundo sugestões dos especialistas 81,9%, além da validade do estabelecimento mensuratório dos caracteres clínicos e risco assistencial das crianças hospitalizadas e associação positiva entre as necessidades humanas alteradas e os diagnósticos, considera-se o instrumento válido para aplicabilidade. **Conclusão:** a validação do instrumento visou oportunizar a assistência prestada às crianças de 0 a 5 anos, tornando assim explícita a necessidade crescente da criação e melhorias de instrumentos válidos ofertados aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Pediátrica; Estudos de Validação; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Ferreira, Thalys Maynnard Costa. **Validation of an instrument for the nursing care systematization for hospitalized children aged 0 to 5 years.** 2019. 157 pp. Dissertation (Master of Nursing) – Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introduction: the nursing process is considered an important tool with regard to the approach of the professional responsible for care to the being that requires its care actions. Therefore, the use of instruments that enable behaviors for the operationalization of nursing process in daily life has been the aim of studies in the methodological field. **Objective:** to analyze the process of validation and stratification of medical care risk of a data collection instrument focused on the nursing care systematization for hospitalized children aged 0 to 5 years. **Method:** methodological study, with quantitative approach, performed with 150 children in a pediatric clinic of a teaching hospital. In order to collect data, we complied with the stages for the validation of the content; clinical validation of the instrument and association of basic human needs and medical diagnoses. In order to analyze data, we used the calculation of content validity index and *Kappa* agreement analysis. In order to follow the validation, we applied the variance analysis followed by the K-means test (Cluster Analysis) and the *Tuckey Test*, as well as the binary classification descriptive model – WoE and grouping analysis, as well as descriptive statistics techniques. The research project was approved under CAAE protocol 76649517.3.0000.5183. **Results:** under a content validity index of 0.94, *Kappa* 0.71, according to the experts' suggestions, 81.9%, besides the validity of the measurable establishment of clinical characteristics and health care risk of hospitalized children and a positive association between altered human needs and diagnoses, we can consider that the instrument is valid for applicability. **Conclusion:** the validation of the instrument was intended to provide care for children aged 0 to 5, thereby highlighting the growing need for the creation and improvement of valid instruments offered to health services.

KEYWORDS: Pediatric Nursing; Validation Studies; Nursing Process; Nursing Care.

RESUMEN

Ferreira, Thalys Maynnard Costa. **Validación de un instrumento para sistematización de la asistencia de enfermería a niños hospitalizados de 0 a 5 años**, 2019. 157h. Disertación (Maestría en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introducción: el proceso de enfermería es considerado una herramienta importante en lo que atañe al acercamiento del profesional responsable del cuidado al ser necesitado de sus cuidados. Por consiguiente, el empleo de instrumentos que permitan conductas para la operacionalización del proceso de enfermería subrayada en el cotidiano ha sido objeto de estudios en el contexto metodológico. **Objetivo:** analizar el proceso de validación y estratificación de riesgo clínico asistencial de un instrumento para recolección de datos volcado a la sistematización de la asistencia de enfermería a niños de 0 a 5 años hospitalizados. **Método:** estudio metodológico, con enfoque cuantitativo, llevado a cabo con 150 niños en una clínica pediátrica de un hospital escuela. Para recoger los datos, se respetaron las etapas de validación del contenido; validación clínica del instrumento y asociación de las necesidades humanas básicas y los diagnósticos médicos. Para analizar los datos, se utilizó el cálculo del índice de validez del contenido y de análisis de concordancia *Kappa*. Para el seguimiento de la validación, se aplicó el análisis de varianza seguido de la prueba de K-means (Cluster Analysis) y el *Tuckey Test*, así como el modelo descriptivo de clasificación binaria – WoE y análisis de agrupamiento, además de técnicas de estadística descriptiva. El proyecto de investigación fue aprobado bajo el protocolo CAAE 76649517.3.0000.5183. **Resultados:** bajo un índice de validez del contenido de 0,94, *Kappa* 0,71, según sugerencias de los expertos, 81,9%, además de la validez del establecimiento mensuratorio de los aspectos clínicos y riesgo asistencial de los niños hospitalizados y asociación positiva entre las necesidades humanas alteradas y los diagnósticos, se considera el instrumento válido para aplicabilidad. **Conclusión:** la validación del instrumento intentó posibilitar la asistencia a los niños de 0 a 5 años, aclarando así la necesidad creciente de la creación y de mejoras de instrumentos válidos ofrecidos a los servicios sanitarios.

PALABRAS CLAVE: Enfermería Pediátrica; Estudios de Validación; Proceso de Enfermería; Atención de Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PE – Processo de Enfermagem

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

NHBs – Necessidades Humanas Básicas

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

SCOPUS – Base de Dados Bibliográfica Scopus

PUBMED - US National Library of Medicine National Institutes of Health Medical Online

SCIELO – Scientific Eletronic Library Online

CINHAL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

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

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

MeSH – Medical Subject Headings

APPT – Adolescent Pediatric Pain Tool

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

SPSS – Statistical Package Science Social

IVC – Índice de Validade do Conteúdo

K – Coeficiente de concordância de Kappa

WoE – Weight of Evidence

VI – Information Value

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

AIDPI – Atenção Integral às Doenças de Prevalência na Infância

DHE – Distúrbio Hidroeletrólítico

AA – Análise de Agrupamento

Cód.- Código Numérico

GECA – Gastroenterocolite Aguda

ITU – Infecção do Trato Urinário

F – Teste de Fisher

WS – West Syndrome

LISTA DE FIGURAS

Referencial Teórico

Figura 1. Héxagono de Wanda Aguiar Horta, João Pessoa, PB, 2019..... 32

Artigo 1. Validação de instrumentos para o cuidado em pediatria: um estudo integrativo

Figura 1. Fluxograma dos artigos selecionados para compor a revisão integrativa, João Pessoa PB, Brasil, 2019..... 40

Artigo 3. Validação de instrumento e a perspectiva da estratificação de risco clínico para sistematização da assistência de enfermagem à criança de 0 a 5 anos hospitalizada.

Figura 1. Estado clínico de saúde da criança e as necessidades humanas básicas, João Pessoa, PB, 2019..... 90

Figura 2. Agrupamento das necessidades humanas básicas conforme alteração hierárquica, João Pessoa, PB, 2019..... 94

LISTA DE TABELAS

Artigo 1. Validação de instrumentos para o cuidado em pediatria: um estudo integrativo.

Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados para revisão integrativa, João Pessoa, PB, 2019..... 41

Tabela 2. Distribuição dos estudos acerca da validação de instrumentos de enfermagem em pediatria, segundo características dos artigos, João Pessoa, PB, 2019..... 44

Artigo 2. Validação de instrumento para sistematização da assistência de enfermagem em pediatria: um olhar sob as necessidades humanas básicas.

Tabela 1. Distribuição do nível de concordância entre os juízes (n=11) acerca dos itens respectivos às Necessidades Humanas Básicas que compõem o instrumento de pesquisa, João Pessoa, PB, 2019..... 71

Artigo 3. Validação de instrumento e a perspectiva da estratificação de risco clínico para sistematização da assistência de enfermagem à criança de 0 a 5 anos hospitalizada.

Tabela 1. Distribuição dos grupos enquanto estratificação da classificação do risco clínico pediátrico, João Pessoa, PB, 2019..... 89

Tabela 2. Comprovação da distinção dos grupos de estratificação do risco clínico da criança examinada, João Pessoa, PB, 2019..... 90

Artigo 4. Necessidades humanas básicas alteradas em crianças hospitalizadas e sua associação com o diagnóstico médico: estratégia para aprimoramento da sae em pediatria.

Tabela 1. Prevalência de diagnósticos médicos em crianças hospitalizadas de 0 a 5 anos hospitalizadas, João Pessoa, PB, 2019..... 104

Tabela 2. Associação das necessidades humanas básicas e o diagnóstico médico prevalente, João Pessoa, PB, 2019..... 106

LISTA DE QUADROS

Referencial Teórico

Quadro 1. Necessidades Humanas segundo classificação de Horta baseada nos domínios de vida psíquica de João Mohana, João Pessoa, PB, 31 2019.....

Método

Quadro 1. Variáveis que compõem o instrumento para coleta de dados de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, João Pessoa, PB, 57 2019.....

Quadro 2. Estratificação dos critérios para seleção dos juízes conforme scores de pontuação, João Pessoa, PB, 58 2019.....

Quadro 3. Classificação do índice de concordância Kappa, João Pessoa, PB, 61 2019.....

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO

2. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....22

3. OBJETIVOS.....26

4. REFERENCIAL TEÓRICO.....28

4.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas no cuidado à criança.....29

4.2 Artigo 1 – Validação de Instrumentos para o Cuidado em Pediatria: um Estudo Integrativo.....36

5. MÉTODO.....53

5.1 Tipo de estudo.....54

5.2 Local do estudo.....54

5.3 População e amostra.....54

5.4 Instrumento para coleta de dados.....56

5.5 Procedimento para coleta de dados.....57

5.6 Análise dos dados.....60

5.7 Considerações éticas.....62

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....63

6.1 Artigo 2 – Validação de Instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem em Pediatria: um olhar sob as Necessidades Humanas Básicas.....64

6.2 Artigo 3 – Validação de Instrumento e a perspectiva da estratificação de risco clínico para Sistematização da Assistência de Enfermagem à Criança de 0 a 5 anos Hospitalizada.....82

6.3 Artigo 4 – Necessidades Humanas Básicas alteradas em Crianças Hospitalizadas e sua associação com o Diagnóstico Médico: estratégia para aprimoramento da SAE em Pediatria99

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....122

REFERÊNCIAS.....126

APÊNDICES.....132

ANEXOS.....142



Apresentação

Ao decidir ser enfermeiro, não sabia da grande responsabilidade que teria que assumir abraçando esta escolha e, conseqüentemente, após finalizar a jornada de construção. No entanto, ergui a cabeça e segui.

Ingressei na Universidade Federal da Paraíba, escola esta a qual me abrigou por longos cinco anos da minha vida, onde pude aprender a crescer e apreender muitas coisas da dura vida de academia. Cresci enquanto pessoa, ser humano e profissional. Trilhei caminhos junto a pessoas excepcionais e mestres que lutam pela educação como grandes guerreiras (os).

Transpassei pelos desafios de conseguir vencer o básico, o clínico e o lado mais complexo da enfermagem. Sim, e além disso, lidar com o tripé da formação acadêmica que a instituição promove a todos aqueles que decidem usufruir de tais regalias do ensino superior. Fui extensionista, monitor e discente de iniciação científica. Dentro destes ramos, dediquei-me entre idas e vindas ao mundo extra-universidade, objetivando crescer em conhecimento e saberes, os quais me proporcionariam chegar a lugares mais altos.

No tocante à pesquisa, envolvi-me com a Iniciação Científica durante três anos desafiadores. Ainda menino nos métodos e delineamentos, contei com a ajuda da minha orientadora para que juntos, pudéssemos evoluir. E claro, foram os dias de maior experiência em pesquisa que tive na minha graduação! Sendo assim, comecei a sentir o amor pela docência ser formado e fluir.

Ainda perdido com relação à escolha da tão sonhada área a que seguir enquanto enfermeiro, frustrava-me por não me identificar perante as inúmeras opções e seguimentos os quais a tão nobre ciência da Enfermagem me apresentava no discorrer dos componentes estudados. No entanto, ao adentrar no componente da Enfermagem Pediátrica, mais precisamente a que envolve o cuidar da criança hospitalizada, pude passar a me compreender dentro da perspectiva enquanto profissional enfermeiro que queria ser. Ali, nas aulas teóricas e na vivência junto às crianças hospitalizadas, nas discussões científicas inerentes ao saberes e práticas das enfermeiras que cuidavam tão enfaticamente das crianças no leito hospitalar, encontrei-me. Decidi: quero ser Enfermeiro Pediátrico!

Ao término da vivência no componente, comecei a adentrar no mundo da pediatria cada vez mais. Acompanhar enfermeiros pediátricos nos serviços de saúde, estágios em unidades hospitalares infantis e trabalhos científicos voltados à área pediátrica, tudo isso fazia de mim um graduando realizado.

Logo, tomei a decisão que me fez unir dois grandes amores: serei monitor de Pediatria. E assim foi. Durante dois anos de participação no programa de monitoria do componente

Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente II, vivi o ensino atrelado à assistência em clínica pediátrica, algo que me fez firmar as convicções que haviam surgido anteriormente. Assumir a docência e vincular o desafio de ensinar ao cuidado de crianças hospitalizadas não seria uma tarefa fácil. Mas, o passo em 2011 para a graduação havia sido dado, logo, teria que abraçar as chances e começar a ser destemido, ousado e cautelosamente sábio.

No transcorrer dos dias enquanto monitor, aproximei-me do trabalho cotidiano dos enfermeiros na clínica pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). A partir disso, identifiquei a execução do Processo de Enfermagem em suas etapas que, em teoria, devem vir articuladas e relacionadas. Logo, o tão singelo monitor começou a amadurecer a ideia de que precisaria contribuir com a melhoria das ferramentas de trabalho para o aprimoramento da prática do enfermeiro enquanto gerenciador do Processo de Enfermagem. A sistematização da assistência passou a ser o eixo norteador do meu pensamento científico a partir daquele momento.

Após finalizar o período de monitoria e de curso, formei. Graduei e logo me especializei em Pediatria e Neonatologia. No entanto, o sonho do mestrado emergiu e, com ele, a necessidade da elaboração de uma proposta de pesquisa. Precisava dar seguimento com os pensamentos disparadores estruturados nos dias de cuidados em pediatria.

Já enfermeiro e estando professor, tornei-me docente do componente de Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente II e, o desejo pela pesquisa, aumentou. A sala de aula tornou-se meu segundo lar e, claramente, comecei a visualizar o caminho e a escolha feita há alguns anos se tornando realidade. Vinculado a isso, assumi o cargo de Enfermeiro Assistencial em Emergência Pediátrica, missão esta que levo comigo até os dias atuais, experiência que me transforma a todo instante enquanto profissional professor e, futuramente, pesquisador.

Portanto, a escolha da temática e a definição do problema deste trabalho de mestrado deu-se a partir do minucioso olhar desenvolvido durante a assistência diária voltada às crianças hospitalizadas na clínica pediátrica do HULW. O despertar para um cuidar sensível e efetivo trouxe em associação uma forma diferenciada de contemplar a realidade assistencial, culminando pensamentos estratégicos que objetivaram contemplar as crianças com um cuidar singular e sistematizado.

Nessa perspectiva, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na clínica pediátrica apresentava uma necessidade de melhorias para o alcance de uma prática diferenciada em enfermagem e transformadora. Logo, passei a refletir sobre como intervir

nessa temática e traçar estratégias a fim de proporcionar melhorias frente a tal realidade prática dos enfermeiros que lidam diretamente com crianças hospitalizadas. Sendo assim, aprimorar o instrumento que norteia o cuidado do profissional diretamente ligado às crianças de 0 a 5 anos o qual subsidia o Processo de Enfermagem, foi o grande marco para definição do roteiro de dissertação.

Salienta-se que a Clínica Pediátrica é um caminho de pesquisas e que, pesquisadoras enfermeiras, já haviam desenvolvido instrumentos que compõem a prática do enfermeiro pediátrico na clínica, e isso me motivou a contribuir. Estudos como: *Construção e validação de um instrumento para a implementação do processo de enfermagem em escolares hospitalizados* – Daniela Karina Antão Marques; *Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica pediátrica do HULW-UFPB* – Ana Márcia Nóbrega Dantas; *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola* – Renata Valéria Nóbrega, reafirmam o quão trabalhada é a temática, sempre em busca de melhorias assistenciais no cuidado em pediatria.

Além disso, para o cuidado de crianças de 0 a 5 anos, foi desenvolvido há mais de 10 anos um instrumento que trouxe a essência da estruturação da presente dissertação, reafirmando um cuidado minucioso e focado nos recém-nascidos, lactentes, ablactentes e pré-escolares. No entanto, houve a necessidade de melhorias, fazendo emergir a demanda por um olhar que buscasse enfatizar o processo validatório da ferramenta já utilizada no cuidado às crianças na faixa etária de 0 a 5 anos.

Tendo em vista o caráter dinâmico da ciência metodológica e da construção e validação de ferramentas para o cuidar, mais precisamente em pediatria, as linhas que virão a seguir tracejam os frutos do desenvolvimento desse compilado de estudos que mostram o quão é dispendioso, porém satisfatório, trabalhar com a criança dentro de sua plenitude, mesmo quando hospitalizada.



Aspectos introdutórios

É inegável que a evolução do cuidar em enfermagem encontra-se fortemente relacionada com o desenvolvimento do conhecimento. O cuidar nos tempos antigos remetia-se às práticas maternas e, em sua realização, buscava manter equilibrada a função da nutrição dos filhos e das pessoas que dependiam de tais condutas. No entanto, com a conquista do homem quanto às formas e meios de chegar à cura das doenças, parte desse cuidado foi abarcado por uma figura dotada de características místicas, de poder, além disso, capaz de resolver os problemas e manter as condições vitais. Tal papel foi conquistado pelos sacerdotes, sendo paulatinamente substituído pelos médicos.^{1,2}

Na idade média, os cuidados eram prioritariamente desenvolvidos pelos homens, tendo em vista que as mulheres eram proibidas de cuidar de outros homens que não pertencessem à família. Todavia, com o passar do tempo, as mulheres assumiram o papel do cuidar. Esse cuidado era baseado exclusivamente nas práticas cotidianas, tomando como fundamento a espiritualidade e a caridade, distante do saber científico.¹⁻³

Nightingale, precursora da Enfermagem e influência da Enfermagem moderna, considerada símbolo de luta e de atuação humana frente ao cuidar - já direcionava suas ações à integralidade do cuidado -, era considerada uma mulher diferenciada por possuir conhecimentos denominados inovadores para a sua época.⁴

Ela buscou constantemente o empenho e comprometimento com o ser humano doente, no sentido de um cuidar amplo que lidasse com a pessoa adoecida e sua essência. Para tanto, era necessário um preparo formal e disciplinado, pois assim haveria uma expansão e aprimoramento dos conhecimentos dentro da área da enfermagem. Tais conhecimentos proporcionariam um cuidar mais criterioso, sistemático e sob total domínio das enfermeiras que o desenvolvessem em suas atividades práticas.³

Durante as décadas de 40 a 60, a Enfermagem evoluiu em busca do saber científico. Os Modelos Conceituais de Enfermagem serviram para alicerçar a construção das conhecidas Teorias da Enfermagem, fruto das inquietações realísticas provenientes da prática assistencial das teóricas, baseadas posteriormente nos conceitos do metaparadigma “a Enfermagem, o ser humano, o ambiente, a saúde”, trazem à tona a ideia de uma prática sistematizada. Esse ideal parte do princípio do conhecimento organizado e dotado de características como conceitos e terminologias próprias, que objetiva a implementação de um processo que traria maiores subsídios ao cuidar dentro de todas as suas etapas.⁵

Tal ferramenta passou a ser conhecida dentro da dinâmica assistencial da enfermagem como Processo de Enfermagem (PE), que consiste exatamente em uma forma metodológica de organizar o cuidado, trazendo lógica a todos os passos percorridos pelo enfermeiro dentro da sua assistência, associando o senso crítico reflexivo a tomadas de decisões contínuas e imediatas. Assim, podendo confluir em resolutividade aos mais variados problemas de saúde evidenciados no paciente submetido à dinamicidade estabelecida no transcorrer do cuidar.^{6,7}

Instrumento de suma importância para a execução de um cuidar exímio, o Processo de Enfermagem requer conhecimento científico, habilidade e experiência para ser executado, além de uma boa condução clínica, partindo sempre das necessidades humanas que a pessoa evidencia, levando em consideração a individualidade do ser que apresenta uma condição de saúde conturbada.^{8,9}

O Processo de Enfermagem é considerado uma ferramenta importante no que diz respeito à aproximação do profissional responsável pelo cuidar com o ser necessitado de cuidados. Logo, é uma rica estratégia que proporciona o resgate do olhar integral, complexo e, conseqüentemente, a destituição do patologicismo e verticalismo trabalhados intensamente pelo modelo assistencialista biomédico, proporcionando um enfoque na pessoa que, transcorre sua história de saúde-doença frente a uma equipe responsável por lidar com seus anseios, de forma completa e ampliada.¹⁰

Sistematizar a assistência a partir da implantação do Processo de Enfermagem é favorecer o cuidado, é envolver-se com o cliente, sua família e a comunidade a qual ele pertence de maneira que as relações estabelecidas possam contribuir para a produção de resultados benéficos a todos os envolvidos nesse processo. É priorizar as necessidades individuais da pessoa quando existentes, em que o enfermeiro deve refletir empaticamente sobre o propósito da autonomia do “eu” enquanto “ser cuidado” por um cuidador, criando estratégias que proporcionarão um alcance mais satisfatório dos objetivos do cuidar exercido pela enfermagem enquanto equipe de profissionais que atua diretamente com o cliente e que almeja e proporciona atitudes para o autocuidado.^{11,12}

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância da utilização do Processo de Enfermagem como ferramenta de trabalho pelo profissional enfermeiro, que busca contemplar todas as ações desenvolvidas na assistência de enfermagem voltadas ao cuidado em seus mais variados âmbitos. Parte-se do pressuposto que, para a operacionalização do cuidado de forma sistemática e cientificamente embasada, é necessária a utilização de meios que tornem essas estratégias elencadas pelo enfermeiro, voltadas ao cuidado integral e direcionado, viáveis de serem implementadas. Logo, a utilização de instrumentos que viabilizem condutas

assistenciais como a organização de estratégias para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com foco no cotidiano, vem sendo tema de diversas pesquisas, fato este evidenciado na seção de referencial teórico inerente à temática validação de instrumentos.

Considerando o corpo de instrumentos já desenvolvidos, validados e utilizados na clínica pediátrica, bem como o processo crescente da SAE e seus aspectos pertinentes ao trabalho dos enfermeiros, buscou-se contribuir com a validação de um instrumento, a partir de sua implementação junto às crianças, utilizado por estes profissionais em seu exercício laboral. Portanto, evidencia-se a importância do estudo em questão, tendo em vista a explícita necessidade de melhorias no que concerne à organização da Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio da implementação do Processo de Enfermagem, com o objetivo de proporcionar um cuidar de excelência, além de contribuir para a transformação da prática cotidiana assistencial na enfermagem pediátrica.

Além disso, o estudo também vislumbra o alcance da melhoria nos registros voltados às crianças de 0 a 5 anos quando submetidas ao processo de hospitalização como método para operacionalizar a assistência, repercutindo, por conseguinte, nas demais etapas do Processo de Enfermagem, com aprimoramento da assistência e no uso mais fidedigno, consistente e válido do instrumento no tocante ao objeto o qual se mensura e se busca contemplar dentro do cuidado do enfermeiro. Sendo assim, hipotetizou-se: o instrumento para sistematização da assistência de enfermagem à criança de 0 a 5 anos hospitalizada é válido quanto ao seu conteúdo e clinicamente sob a perspectiva da avaliação do risco assistencial.



Objetivos

OBJETIVO GERAL

- Analisar o processo de validação do conteúdo e estratificação de risco clínico assistencial de um instrumento para coleta de dados voltado à sistematização da assistência de enfermagem a crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a validade do conteúdo dos indicadores referentes ao instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas;
- Averiguar a validade clínica de um instrumento para coleta de dados quanto à capacidade mensuratória das necessidades humanas básicas através do risco clínico de crianças entre 0 a 5 anos hospitalizadas;
- Identificar a associação entre as necessidades humanas básicas alteradas na criança e os respectivos diagnósticos médicos mais frequentes.



REFERENCIAL TEÓRICO

TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS NO CUIDADO À CRIANÇA

A Enfermagem enquanto profissão, cotidianamente, firma-se perante à produção de cuidados baseados nos pilares da ciência, onde, através de grandes lutas e desafios, caminha por meio da veemente atuação de enfermeiros que relacionam prática assistencial e o rigor das descobertas em pesquisa, incorporando o saber científico às necessidades que surgem do exercício da profissão do cuidar. As Teorias de Enfermagem passam a assumir um exímio papel na fundamentação das pesquisas que emergem durante anos de desenvolvimento do corpo de conhecimentos próprios e, também, fundamentando a Enfermagem como Arte e Ciência do cuidar.^{13,14}

O ideal do cuidar é embasado a partir do uso das teorias enquanto formadoras dos aspectos pertinentes à cientificidade da profissão. A consolidação da aplicabilidade do conhecimento científico transfigurado nas evidências, bem como o método que é elencado para o desenvolvimento de uma questão-problema dentro do ramo da ciência e pesquisa que, porventura, ocasiona mudanças na práxis do enfermeiro, necessitam de aporte teórico, algo encontrado na enfermagem em seu corpo de teorias. É a crítica dialética se demonstrando eficaz e pertinente durante o curso do cuidado.^{5,15}

As teorias de enfermagem norteiam o processo que rege as condutas dentro da profissão. Historicamente, as decisões que mediavam as práticas dos enfermeiros eram elencadas e emitidas por profissionais que não pertenciam à classe, o que tornou a enfermagem uma profissão subjugada aos interesses práticos de demais profissionais do campo das ciências da saúde. Criadas para esclarecer a grande complexidade que é pertinente à atuação do profissional de enfermagem e de todos os fenômenos envolvidos no cuidar, as teorias serviram como um referencial teórico, metodológico e, também, como norte para a prática assistencial. Além disso, contribuem para no tocante à problematização de objetos para estudos em pesquisa, pesquisadores que investigam, aprimoram e desenvolvem novas propostas de cuidados de enfermagem baseados em teorias, tornam-las primordiais à realidade do cuidar e contribuem para a consolidação do corpo científico da profissão.^{5,16}

As teóricas, enfermeiras consideradas exemplos de determinação e produtividade em enfermagem, tornam o objeto de pesquisa da profissão enfermagem, o cuidar, o qual é delineado e bastante trabalhado durante a execução de estudos que primam pela progressão dos ideais da profissão, tornando-a ímpar e sempre inclinada ao metaparadigma que, lidam

com os quatro conceitos essenciais que fundamentam a prática: a pessoa, o ambiente, a saúde e a própria enfermagem.¹⁷

A Dra. Wanda de Aguiar Horta, teórica da Enfermagem brasileira, evidencia em sua teoria a importância do atendimento do ser humano no entorno de suas necessidades, logo, mostra-se como um grande marco para embasar a prática de enfermagem, inclusive em pediatria. O fundamento da teoria de Horta consiste nas Necessidades Humanas Básicas (NHBs), em que a teórica descreve a importância do atendimento holístico das necessidades humanas que se inter-relacionam, e emergem de acordo com a individualidade do ser.^{17,18}

Horta afirma que as necessidades não podem ser determinadas, elas precisam fluir do indivíduo, sendo de competência do enfermeiro o atendimento destas de acordo com as suas variabilidades inerentes a cada cliente. Tais necessidades podem ser manifestas por meio das mais diversas formas, e o profissional deverá levar em consideração o ser que é singular, inserido em faixa etária, possuidor de uma sexualidade dotada de características também singulares, cultura, grau de escolaridade, fatores sócio econômicos e um processo de saúde doença. Cada ser é um ser, e não deve ser restringido as suas partes, mas sim, contemplado como um todo indivisível dentro de um espaço totalitário.¹⁷⁻¹⁹

Sendo o homem um ser que está propenso aos desequilíbrios interpostos ao seu processo de vida, tais situações de desestabilização da homeostasia energética, caracterizadas por Horta como estados de tensão conscientes ou inconscientes que desenvolvem no ser acometido o sentimento de busca para satisfação de suas necessidades alteradas, precisam ser atendidas de uma forma a qual se reduza o desconforto e evite, ou até mesmo solucione, o prolongamento de processo de doença. A Enfermagem é caracterizada como a responsável, profissionalmente, pela reversão, prevenção e cuidados estabelecidos e promovidos ao homem enquanto ser em presente desequilíbrio, sendo a precursora da manutenção do equilíbrio dinâmico. Como o ser cuidado é limitado de conhecimentos próprios acerca do atendimento de suas necessidades, evidencia-se a importância do auxílio de um profissional habilitado para tal.^{18,19}

As necessidades humanas são inter-relacionadas, tornando o ser cuidado um todo que não deve ser dividido e fragmentado em partes isoladas, mas sim, uma pessoa composta em sua totalidade por essas partes, somadas, decorrente de ligações intensas ou menos intensas que emergem excepcionalmente dos desequilíbrios originados internamente por ações intrínsecas ou extrínsecas, por falta de atendimento.^{18,20}

Na teoria, Horta baseou-se na teoria da motivação de Maslow e, utilizou a denominação dos níveis da vida psíquica utilizados por Mohana para classificar as necessidades humanas, denominando-as de necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais.^{18,21}

As necessidades psicobiológicas contemplam todas as respostas que são evidenciadas a partir da desestabilização física do organismo, pautadas em sinais e sintomas específicos de acordo com o grau de acometimento patológico e sua etiologia, seja por agentes físicos, químicos ou biológicos. As psicossociais estendem o olhar às relações as quais a pessoa, em seu âmbito social, conjugal e familiar, estabelece no meio em que vive através das funções cognitivas e afetivas de caráter e domínio baseados na coletividade. As psicoespirituais tomam por base a espiritualidade e religiosidade estabelecidas de forma individual pelo ser cuidado, tendo como fato principal o estabelecimento de sentimentos como a fé, crenças e, assim, a busca evidente da relação com o restabelecimento de suas alterações orgânicas.^{18,21}

Quadro 1 – *Necessidades Humanas segundo classificação de Horta baseada nos domínios de vida psíquica de João Mohana, João Pessoa, PB, 2019.*

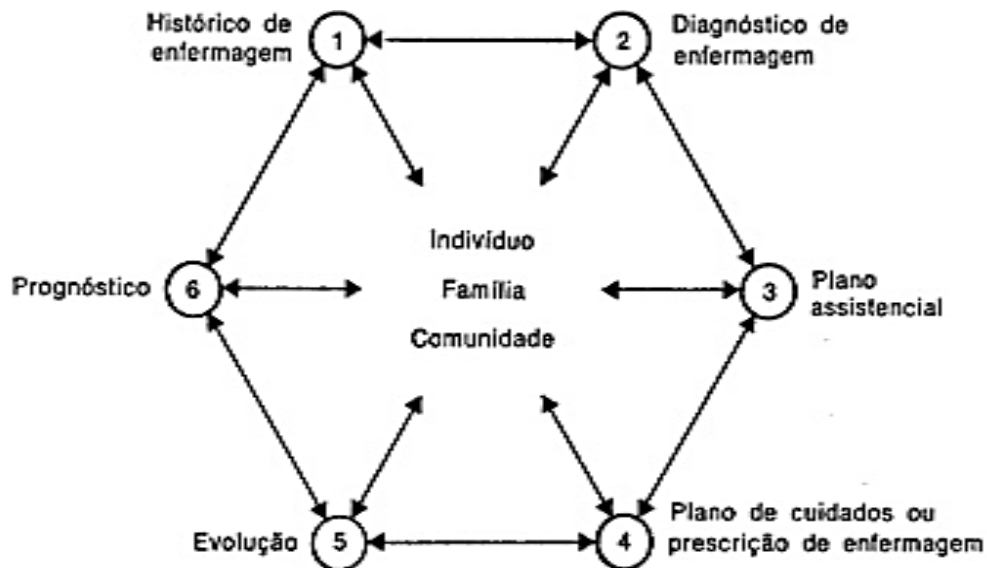
Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
Oxigenação Nutrição Hidratação Eliminação Sono e repouso Exercício e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Cuidado Corporal Integridade cutânea mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalino, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular. Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa. Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Autorealização Autoestima Participação Autoimagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética Filosofia de vida

Fonte: Horta, 2011.

Ao discorrer e trabalhar a sua proposta teórica, Horta consegue determinar e estabelecer um método que trouxe subsídios para a atuação dos profissionais enfermeiros e sua equipe denominado Processo de Enfermagem. No que concerne ao Processo de Enfermagem, a teórica o descreve como um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que são capazes de atender as necessidades humanas da pessoa.²¹

A sua proposta enquanto teórica que transformou a atuação da enfermagem no que diz respeito à integralidade do cuidado, baseada em práticas sistemáticas, diferenciou-se das demais através da implementação de seis etapas compreendidas no contexto da teoria por “O Hexágono de Horta”.^{18,21}

Figura 1 – Hexágono de Wanda Aguiar Horta, João Pessoa, PB, 2019.



Fonte: Horta, 2011.

Tais fases foram dotadas de conceitos que, em partes, eram de grande proximidade a conceitos de outras teorias. Todavia, as definições e formulações que envolviam o corpo teórico de forma exclusiva no contexto das necessidades humanas, sobressaíam-se em consistência, assim, resguardando-a e tornando o seu corpus conciso.^{18,20,21}

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é primordial para o alcance da primazia no cuidar. A qualidade da assistência, reabilitação, promoção, manutenção e prevenção da saúde do ser humano, são repercussões que giram em torno de um Processo de Enfermagem bem implementado, no qual o enfermeiro deve deter-se firmemente, na intenção de transformar os planos de cuidar que emergem do seu raciocínio clínico, em ações terapêuticas que modifiquem a prática laboral diária.²²

A importância da SAE é algo inquestionável e legalmente embasado na Lei do exercício profissional, mais precisamente em seu Artigo 11, inciso I, alínea j, na qual se afirma que é privativo do Enfermeiro a atividade de prescrição da assistência de enfermagem. No que concerne a Resolução COFEN nº 358/2009, que delibera a obrigatoriedade em seu Artigo 2º sobre a utilização da SAE em toda instituição da saúde que desenvolve cuidados de enfermagem, seja ela de origem pública ou privada, evidencia-se a necessidade do registro dessa como ação que deve ser efetivada obrigatoriamente, tendo como embasamento o Artigo 3º da citada resolução, que esclarece a respeito do registro formal do Processo de Enfermagem em prontuário do cliente, devendo conter histórico de enfermagem (coleta de dados de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.²³

O desenvolvimento da sistematização da assistência em enfermagem é compreendido como a promoção de uma forma de gerenciamento das estratégias a serem desenvolvidas durante o exercer do cuidado. É a forma eficaz de administrar os processos que acontecem dentro da instância macro-política-gerencial do assistir em saúde à pessoa que se insere no ambiente terapêutico, tornando a administração do trabalho da enfermagem, os aspectos funcionais que o norteiam e suas respectivas ferramentas metodológicas e gerenciais laborativas vitais para a progressão da implantação do Processo de Enfermagem enquanto metodologia assistencial do enfermeiro.²⁴

Considerado uma estratégia metodológica para promover o cuidar, o processo é efetuado pelo enfermeiro por meio de suas etapas, sendo a primeira delas o Histórico de Enfermagem, seguida por elaboração de Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento de Ações, Implementação e, por fim, Avaliação.^{22,25}

Horta explicita algumas características que devem estar contempladas no histórico de enfermagem. Segundo a teórica, o mesmo deverá ser conciso, capaz de obter informações que permitam oferecer um cuidado imediato, ser individualizado, e não deve conter informações que sejam duplicadas. Deverá respeitar o cliente e suas características particulares, bem como levar em consideração a patologia que o acomete.^{18,22} O histórico de enfermagem consiste em um roteiro sistematizado que busca levantar dados da pessoa e, que são considerados de grande valia para o enfermeiro, visto que é o profissional que irá viabilizar o diagnóstico dos potenciais problemas que a envolvem.^{18,26}

No que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem, são julgamentos realizados pelo profissional enfermeiro acerca do estado real, potencial e passivo de transformação, da pessoa que se encontra com seu estado de saúde conturbado. O diagnóstico de enfermagem é baseado

em aspectos clínicos, sociais e psíquicos, levando em consideração todas as específicas necessidades humanas que, independente do fator etiológico, estão alteradas. Além disso, não se restringe à doença, pois segundo Horta, o diagnóstico do enfermeiro abrangerá cada parte do todo e, por si, conseguirá traduzir a demanda sintomatológica e vital a qual a pessoa inserida no cuidar do enfermeiro evidenciará, sendo esta demanda não apenas restrita à doença, mas também voltada aos requisitos benéficos e crescimento individual do ser humano cuidado.^{18,26,27}

No planejamento, o profissional enfermeiro desenvolverá ações de forma conjunta à equipe para implementá-las posteriormente. As ações devem ser criteriosamente pensadas, direcionando o cuidado respectivamente entre a equipe de enfermagem, a partir do rigor clínico e decisório no tocante às tomadas de decisões realizadas pelo enfermeiro. As intervenções, por sua vez estabelecidas na etapa anterior, serão executadas na etapa nomeada por implementação. Nesse momento, todos se voltarão à execução dos cuidados que foram prescritos a fim de mudar a condição de saúde do ser cuidado, levando-o ao restabelecimento e, também, à cura quando possível.^{18,26,27}

Finalizando todo o percurso de ações, os resultados alcançados serão avaliados na etapa denominada de avaliação. Nesta, o enfermeiro verificará se todas as condutas e cuidados dispensados à pessoa foram resolutivos a partir do retorno ao equilíbrio das necessidades alteradas, fisicamente, energeticamente. Salienta-se que, o processo não obrigatoriamente finaliza ao término da etapa de avaliação, ele é contínuo e interdependente, podendo levar o cliente à consolidação do seu estado atual em qualquer momento de sua dependência sob os cuidados do enfermeiro.^{18,26,27}

Em pediatria, quando aplicamos a teoria de Horta no cuidado à criança, devemos levar em consideração a inserção do binômio criança/família no plano assistencial, tendo em vista que as crianças são seres humanos que dependem de cuidados, estão em uma situação complexa (quando hospitalizados) e fragilizadas, além de precisarem potencialmente do apoio familiar. Logo, quando as famílias são inseridas no processo do cuidar de forma ativa, passam a compreender melhor os passos da assistência e se inteirar a respeito do processo patológico e os seus cuidados, tornando-se capazes de enfrentar os problemas de forma estratégica e eficaz.²⁸

Não diferente, no cotidiano da assistência de enfermagem na pediatria, quando se adota as lentes das necessidades humanas básicas, o enfermeiro enquanto profissional responsável pelo cuidar elabora um plano assistencial voltado à criança hospitalizada e suas peculiaridades.^{29,30}

Devido ao rigor requerido para a construção do cuidado conjunto entre o cliente pediátrico e profissional enfermeiro, o processo é visto como uma ferramenta que traz benefícios e praticidade ao desenvolvimento da assistência de enfermagem no âmbito do cuidar da criança, tendo em vista as inúmeras particularidades inerentes à criança que, por vezes, tornam-se desafiantes a quem cuida.²⁸⁻³⁰

O paciente pediátrico passa por períodos de crescimento e, atrelado a isso, o seu desenvolvimento também se insere como variável que dramatiza o entendimento da sua integralidade. A criança é um ser que resignifica o cuidador durante o exercer de seu ato profissional em saúde. Assim, o conhecimento científico passa a ser necessário para que a contemple em seu melhor aspecto, sua melhor realidade e, além disso, concomitantemente a entenda fisicamente e para além desta dimensão.³¹

Para que o Processo de Enfermagem se efetive junto à criança hospitalizada, o enfermeiro deve adentrar ao universo infantil e permitir que o paciente pediátrico possa expressar todos os seus anseios e experiências vivenciadas. No tocante às crianças hospitalizadas, estar em tal condição já se configura frustrante e bastante complexo, algo que dificultará o cuidado caso não haja o estabelecimento de uma relação empática e, por consequência, terapêutica.³²

A compreensão das necessidades humanas básicas infantis vai de acordo com as alterações identificadas pelo enfermeiro, por vezes explicitadas, ou não, pela própria criança hospitalizada. É preciso considerar que, nem todas emitem julgamentos de si, tendo em vista a capacidade cognitiva ainda em processo de maturação, tornando-as dependentes de responsáveis/familiares para tal ação e, em diversas situações, prioritariamente do profissional. Logo, recai sobre o enfermeiro a responsabilidade de compreender a criança, a transformação do seu físico e do comportamento, a identificação do momento em que ocorre a transcendência de um nível de maturidade neuronal a outro mais elevado, para que assim as necessidades se exponham e sejam contempladas com intervenções orientadas perante a situação da criança hospitalizada.^{33,34,35}

ARTIGO 1

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA EL CUIDADO EN
PEDIATRÍA: UN ESTUDIO INTEGRATIVOVALIDATION OF INSTRUMENTS FOR CARE IN PEDIATRICS: AN
INTEGRATIVE STUDYVALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA O CUIDADO EM
PEDIATRIA: UM ESTUDO INTEGRATIVO

RESUMEN:

Objetivo: Se trata de un estudio de revisión integrativa, donde se objetivó analizar la producción científica nacional e internacional sobre la validación de instrumentos utilizados como herramientas para potenciar el cuidado en pediatría. **Material y Métodos:** Se realizó la búsqueda en bases de SCIELO, LILACS, CINHALL, PubMed y Scopus, usando las palabras clave en portugués, Inglés y validación española, instrumento, de enfermería. Se identificaron 1278 artículos. Después de criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 21 estudios que compusieron la muestra. **Resultados:** La presentación de los resultados y la discusión final se realizaron a través de la estadística descriptiva, presentados en forma de diagrama de flujo e interrelacionados a través del contenido. De los estudios incluidos en la revisión, el 42,8% fueron publicados en 2017. En cuanto al tipo de investigación, el 80,9% fueron estudios metodológicos. Los tipos de validación más retratados fueron del contenido, adaptación transcultural e integral. **Conclusión:** Después del análisis, fue posible identificar una creciente producción frente a métodos considerados válidos para el cuidar en pediatría, anhelando una transformación de la práctica asistencial en cuanto a innovaciones metodológicas dentro del proceso de enfermería.

Palabras clave: Enfermería Pediátrica; hospitalización; Proceso de Enfermería.

SUMMARY:

Objective: This is an integrative review study, which aims to analyze the national and international scientific production on the validation of instruments used as tools to enhance pediatric care. **Material and Methods:** We searched the databases SCIELO, LILACS, CINHALL, PUBMED and SCOPUS, using the descriptors in Portuguese, English and Spanish validation, instrument, nursing. The total of 1278 articles were identified. After inclusion and exclusion criteria, we obtained 21 studies that composed the sample. **Results:** The presentation of the results and the final discussion were done through descriptive statistics, presented the flowchart and interrelated through the content. Of the studies included in the review, 42.8% were published in 2017. Regarding the type of research, 80.9% were methodological studies. The types of validation most portrayed were content, transcultural and integral adaptation. **Conclusion:** After analysis, it was possible to identify a growing production in relation to methods considered valid for care in pediatrics, aiming at the

transformation of the care practice regarding methodological innovations within the nursing process.

Palavras-chave: Pediatric Nursing; Hospitalization; Nursing Process.

RESUMO:

Objetivo: Trata-se de um estudo de revisão integrativa, onde se objetivou analisar a produção científica nacional e internacional sobre a validação de instrumentos utilizados como ferramentas para potencializar o cuidado em pediatria. **Material e Métodos:** Realizou-se a busca nas bases SCIELO, LILACS, CINHAI, PUBMED e SCOPUS, usando os descritores em português, inglês e espanhol validação, instrumento, enfermagem. Foram identificados 1278 artigos. Após critérios de inclusão e exclusão, obtiveram-se 21 estudos que compuseram a amostra. **Resultados:** A apresentação dos resultados e a discussão final foram feitos através da estatística descritiva, apresentados sob a forma de fluxograma e inter-relacionados através do conteúdo. Dos estudos incluídos na revisão, 42,8% foram publicados em 2017. Quanto ao tipo de pesquisa, 80,9% foram estudos metodológicos. Os tipos de validação mais retratados foram do conteúdo, adaptação transcultural e integral. **Conclusão:** Após análise, foi possível identificar uma crescente produção frente a métodos considerados válidos para o cuidar em pediatria, almejando uma transformação da prática assistencial no tocante a inovações metodológicas dentro do processo de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Hospitalização; Processo de Enfermagem.

Introdução

O ser humano é vulnerável e está propenso a diversas eventualidades no que tange ao comprometimento do seu estado de saúde. Quando se trata de criança, mais precisamente hospitalizada, verifica-se que o processo de hospitalização proporciona a esta desestabilização de suas emoções, bem como sofrimentos de origem física, principalmente quando submetida a procedimentos⁽¹⁾.

Por sua vez, a criança que vivencia a mudança promovida pela permanência no ambiente hospitalar, apresenta sinais de desequilíbrio e repercussões em diferentes funções e necessidades humanas, assim, o paciente pediátrico precisa de um cuidado diferenciado no que diz respeito à assistência de enfermagem. Nessa perspectiva, a utilização de instrumentos e outras ferramentas assistenciais que auxiliem a um cuidado sistematizado e coerente, devem ser associados e ou adaptados para fazer do cuidar à criança algo singular e minucioso no intuito de evitar erros^(1,2).

A utilização de instrumentos para o cuidar quando implementados a partir de uma prática sistematizada, que prima pela organização e coesão das informações para que estas sirvam de fundamento à assistência do profissional de saúde, deve promover o registro de informações, bem como, a oportunidade para uma análise de dados no intuito de conduzir o cuidado de modo mais ágil e direcionado à real necessidade do paciente pediátrico^(3,4).

Desse modo, a utilização de instrumentos validados na prática assistencial imprime uma certificação ao cuidado dispensado, pois a validade de um instrumento refere-se ao grau com que ele é capaz de medir, o quanto os resultados representam a verdade ou quanto se afastam dela. Validar diz respeito à concordância de resultados obtidos através de um determinado instrumento quanto à medição, ou seja, ao grau de consistência com que determinado instrumento está medindo o objeto que se propõe a avaliar, sendo este o foco para o qual ele tenha sido criado⁽⁵⁾.

Frente à necessidade de expansão do conhecimento sobre a temática, mais precisamente acerca da validação de instrumentos em pediatria, associados à difícil realidade encarada por enfermeiros que lidam com o cuidar de crianças hospitalizadas, os quais necessitam de instrumentos válidos que auxiliem a assistência e por conseguinte o enfrentamento das peculiaridades inerentes em cada faixa etária, surgiu a seguinte questão: O que vem sendo publicado na literatura nacional e internacional sobre a validação de instrumentos para a assistência em pediatria? Como esses instrumentos podem potencializar a implementação do processo de enfermagem? Nessa perspectiva, tem-se como objetivo: analisar a produção científica nacional e internacional sobre a validação de instrumentos utilizados como ferramentas para potencializar o cuidado em pediatria.

Material e Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, referente a validação de instrumentos utilizados no cuidado em pediatria, desta feita, foram percorridas seis etapas para a elaboração dessa revisão, que segue: identificação do problema, definição da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão com a busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e síntese dos dados e apresentação⁽⁶⁾.

Visando conferir o critério metodológico inerente ao tipo de estudo integrativo, foram acessadas às seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), SCOPUS, PubMed, CINHALL e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca em diversas bases de dados teve como finalidade ampliar o número de publicações e minimizar vieses, sendo operacionalizada a partir da utilização de termos identificados no vocabulário na base dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH). Assim, foram utilizados, os seguintes descritores para a seleção dos artigos: “Validação”, “Validation”, “Instrumento”, “Instrument”, “Enfermagem”, “Nursing” e “Pediatria”, “Pediatrics”. Foram combinados com o operador booleano “AND”, entre si, nos idiomas em português e inglês, com o objetivo de selecionar criteriosamente os estudos que abordassem a temática, dentro das bases de dados selecionadas, guiando-se a partir do seguinte percurso padronizado:

SCIELO e LILACS: Validação AND Enfermagem AND Pediatria / Validação AND Instrumento AND Pediatria

CINHALL, SCOPUS e PUBMED: Validation AND Nursing AND Pediatrics / Validation AND Instrument AND Pediatrics

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2018. Cumpre assinalar que foram adotados os seguintes critérios de inclusão: publicações na modalidade

de artigo, texto completo, que abordassem como temática a Validação de Instrumentos para o Cuidado em Pediatria, publicados no período de 2007 a 2017, disponibilizados nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram excluídas publicações como: teses, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso, relatos de caso, relatos de experiência, manuais, resenhas, notas prévias, artigos que não contivessem resumos disponíveis, que não tratassem da validação direta de instrumentos voltados à criança hospitalizada. A busca e seleção dos artigos foram realizadas por dois revisores de forma independente, no intuito de conferir maior rigor metodológico, sendo as discordâncias solucionadas no devido instante da detecção, a fim de não comprometer o prosseguimento metodológico. Seguiu-se com o procedimento de leitura de títulos, resumos e, posteriormente, artigos completos, para análise se estes contemplavam a questão norteadora do estudo.

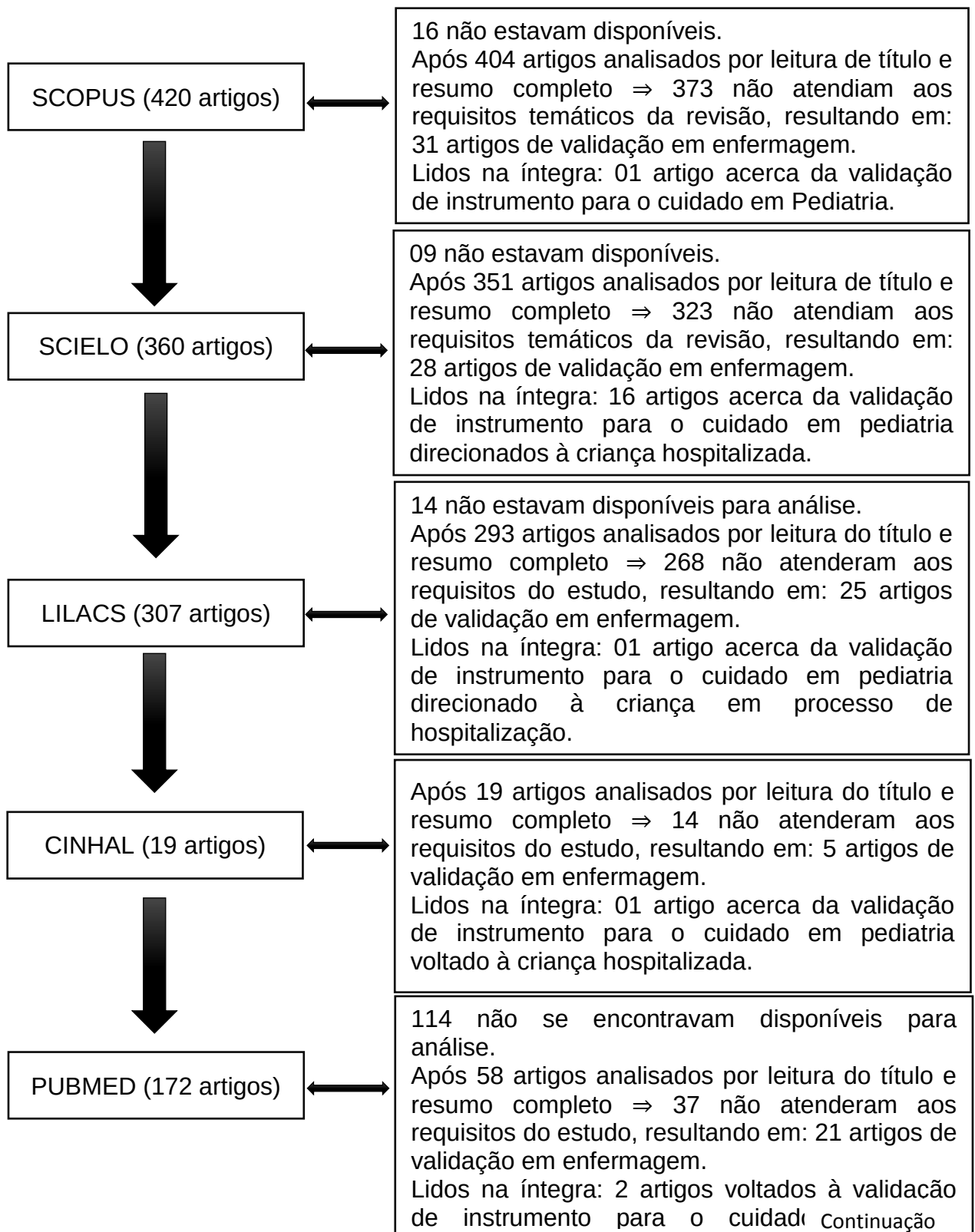
Para análise e posterior síntese dos artigos que compuseram o corpo amostral, utilizou-se um instrumento, construído pelo pesquisador, preenchido para cada artigo. O instrumento permitiu a obtenção de informações sobre: *ano de publicação; periódico e fator de impacto; qualis na enfermagem; país de origem; idioma em que foi publicado; modalidade de pesquisa; tipo de estudo/abordagem; nível de evidência; cenário do estudo e tipo de validação realizada.*

Os artigos selecionados foram classificados em relação ao nível de evidência, sendo: Nível I – evidências oriundas de revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos; Nível II – evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – estudos de coorte e de caso controle bem delineados; Nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e Nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas⁽⁷⁾.

Resultados

Foram identificados 1278 artigos após busca nas bases de dados, sendo SCOPUS (420 artigos), SCIELO (360 artigos), LILACS (307 artigos), CINHALL (19 artigos), PUBMED (172 artigos). Após exclusão das duplicações e triagem adequada dos estudos, foram selecionados 21 artigos para compor a amostra desta revisão seguindo o fluxograma:

Figura 1- Fluxograma dos artigos selecionados para compor a revisão integrativa. João Pessoa (PB), Brasil, 2018



Fonte: SCIELO, SCOPUS, LILACS, PUBMED, CINHALL 2007-2017.

Os estudos selecionados foram caracterizados de acordo com as informações de maior relevância científica pertinente à temática e, enumerados sob a identificação na tabela 1 pelo termo “Artigo”, para melhor sistemática de análise. Conforme descritos a seguir, os estudos estão organizados de acordo com a autoria, título, periódico, ano de publicação, profissão dos autores, Qualis e fator de impacto.

Tabela 1- Distribuição dos artigos selecionados para revisão integrativa. João Pessoa (PB), Brasil, 2018

Artigo	Autor, Título, Periódico, Ano, Formação.	Qualis	Fator de Impacto
1	Freire MHS, Arreguy-Sena C, Müller PCS. Cross-cultural adaptation and content and semantic validation of the Difficult Intravenous Access Score for pediatric use in Brazil. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2017 ⁽⁸⁾ . Enfermeiros.	A1	0,712
2	Brusckya DMV, Melo ACCDB, Sarinhua ESC. Adaptação transcultural e validação da escala de gravidade de prurido em crianças e adolescentes com dermatite atópica. Revista Paulista de Pediatria. 2017 ⁽⁹⁾ . Médicos.	B2	0,463
3	Saraiva DCAS, Afonso WV, Pinho NB, Peres WAF, Padilha PC. Cross-cultural adaptation and content validation into Portuguese of the Subjective Global Nutritional Assessment for pediatric patients hospitalized with câncer. Revista de Nutrição. 2017 ⁽¹⁰⁾ . Nutricionistas.	B1	0,365
4	Braccialli LMP, Almeida VS, Sankakoa AN, Silva MZ, Braccialli AC, Carvalho SMR, Magalhães AT. Translation and validation of the Brazilian version of the Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire for Children - child report. Jornal de Pediatria. 2016 ⁽¹¹⁾ . Fisioterapeutas/Pedagogas.	B1	1,690
5	Feldena EPG, Carniel JD, Andrade RD, Pelegrini A, Anacleto TS, Louzada FM. Translation and validation of the Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS) into Brazilian Portuguese. Jornal de Pediatria. 2016 ⁽¹²⁾ . Educadores Físicos.	B1	1,690
6	Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013 ⁽¹³⁾ . Enfermeiros.	A1	0,712
7	Becker MM, Wagner MB, Bosa CA, Schmidt C, Longo D, Papaleo C, Riesgo RS. Translation and validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for	B1	0,159

	autism diagnosis in Brazil. Arquivos de Neuropsiquiatria. 2012 ⁽¹⁴⁾ . Psicólogos/Médicos/Pedagogos.		
8	Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Diniz GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. Revista Paulista de Pediatria. 2011 ⁽¹⁵⁾ . Médicos.	B2	0,463
9	Marquesa DKA, Silva KL, Nóbrega MML. Escolares hospitalizados: proposta de um instrumento para coleta de dados à luz da teoria de Horta. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016 ⁽¹⁶⁾ . Enfermeiros.	B1	0,500
10	Martins COA, Curado MAS. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. Revista de Enfermagem Referência. 2017 ⁽¹⁷⁾ . Enfermeiros.	B2	0,237
11	Curado MAS; Maroco JP, Vasconcellos T, Gouveia LM, Thoyre S. Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. Revista de Enfermagem Referência. 2017 ⁽¹⁸⁾ . Enfermeiros/Psicólogos.	B2	0,237
12	Fernandes A, Batalha L, Perdigão A, Campos C, Nascimento L, Jacob E. Validação cultural do Adolescent Pediatric Pain Tool (APPT) em crianças portuguesas com cancro. Revista de Enfermagem Referência. 2015 ⁽¹⁹⁾ . Enfermeiros.	B2	0,237
13	Schardosim JM, Ruschel LM, Motta GCP, Cunha MLC. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014 ⁽²⁰⁾ . Enfermeiros.	A1	0,712
14	Santos NC, Fugulin FMT. Construção e validação de instrumento para identificação das atividades de enfermagem em unidades pediátricas: subsídio para determinação da carga de trabalho. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2013 ⁽²¹⁾ . Enfermeiros.	A2	0,743
15	Dini AP, Guirardello EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2014 ⁽²²⁾ . Enfermeiros.	A2	0,743
16	Fujinaga CI, Moraes SA, Amorim NEZ, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013 ⁽²³⁾ . Enfermeiros.	A1	0,712

Continuação

17	Aftyka A, Walaszek IR, Wrobel A, Bednarek A, Katarzyna Dazbek K, Zarzycka D. Support provided by nurses to parents of hospitalized children – cultural adaptation and validation of Nurse Parent Support Tool and initial research results. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . 2017 ⁽²⁴⁾ . Enfermeiros/Médicos.	B2	1,318
18	Dini AP, Fugulin FMT, Veríssimo MLR, Guirardello EB. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. <i>Revista Escola de Enfermagem da USP</i> . 2011 ⁽²⁵⁾ . Enfermeiros.	A2	0,743
19	Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ, Halpert S, Augenstein J, Sickles LE, Li C, Greenwald B. Cornell Assessment of Pediatric Delirium: A Valid, Rapid, Observational Tool for Screening Delirium in the PICU. <i>Critical Care Medicine</i> . 2017 ⁽²⁶⁾ . Médicos.	A1	6,630
20	Cheng KKF, Ip WY, Lee V, Li CH, Yuen HL, Epstein JB. Measuring Oral Mucositis of Pediatric Patients with Cancer: A Psychometric Evaluation of Chinese Version of the Oral Mucositis Daily Questionnaire. <i>Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing</i> . 2017 ⁽²⁷⁾ . Enfermeiros/Médicos.	-	1,959
21	Coelho AV, Molina RM, Labegalini MPC, Ichisato SMT, Pupulima JSL. Validação de um histórico de enfermagem para unidade de terapia intensiva pediátrica. <i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i> . 2017 ⁽²⁸⁾ . Enfermeiros.	B1	0,500

Fonte: SCIELO, SCOPUS, LILACS, PUBMED, CINHAI 2007-2017.

Dos 21 artigos selecionados, no que diz respeito à média de publicação no período estabelecido, o ano de 2017 apresentou o maior número de publicações, com nove (42,8%). Em relação aos periódicos, a Revista Latino Americana de Enfermagem e a Revista de Enfermagem Referência lideraram as publicações, sendo quatro (19,0%) e três (14,2%), respectivamente. As 21 publicações selecionadas estão distribuídas em onze periódicos, dos quais três (27,3%) eram internacionais e oito (72,7%), nacionais. No que diz respeito à formação dos autores inseridos na produção dos artigos, o profissional que lidera a produção dos artigos dentro da temática é o enfermeiro, correspondendo à 14 (66,6%) estudos publicados. No tocante ao idioma, oito (38,0%) artigos publicados em inglês e, 13 (62,0%), em português. Com relação ao Qualis, os 10 periódicos apresentaram a seguinte distribuição em estratificação por Qualis: 2A1, 1A2, 4B1 e 3B2. Já com relação ao fator de impacto, foi atribuído o maior valor ao periódico Critical Care Medicine com 6,630.

Quando se refere aos locais onde os estudos foram realizados, seis (28,5%) foram realizados a nível internacional, os demais em número de 15 (71,5%), em diferentes regiões/estados do Brasil, sendo em um dos estudos a nível nacional de caráter multicêntrico. No que diz respeito ao tipo de estudo, 17 (80,9%) foram do tipo

Metodológico e, quatro (19,1%), distribuídos como caso-controle, descritivo correlacional, transversal e coorte. Quanto aos cenários, 18 (85,7%) foram realizados em serviços de assistência à criança hospitalizada, permeando entre clínica, emergência e terapia intensiva. Dois (9,5%) não informaram o lugar de realização e, um (4,8%), foi executado em ambiente escolar, a inserção do mesmo na amostra se deve ao fato do instrumento apresentar alterações no padrão do sono, o que pode ser utilizado na criança hospitalizada⁽¹²⁾. Os tipos de validação mais mencionados foram do conteúdo, adaptação transcultural e integral, sendo esta última considerada um conjunto de métodos de validação voltados ao instrumento utilizado em estudo.

Tabela 2- Distribuição dos estudos acerca da validação de instrumentos de enfermagem em pediatria, segundo características dos artigos. João Pessoa, Brasil, 2018.

Registro	Origem	Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Cenário de Estudo	Tipo de Validação
Artigo 1	Paraná, Brasil	Metodológico	III	Unidade de Pediatria de um hospital público.	Adaptação transcultural /validação integral
Artigo 2	Pernambuco, Brasil	Metodológico	III	Ambulatório de Imunologia e Pediatria do HC/UFPE.	Adaptação transcultural /validação integral
Artigo 3	Rio de Janeiro, Brasil	Descritivo/Metodológico	VI	Instituto de Nutrição JC e INCA-JAGS.	Adaptação transcultural e validação do conteúdo
Artigo 4	Não foram descritos	Metodológico/Multicêntrico	III	Centros Universitários que trabalham com Paralisia Cerebral Infantil.	Adaptação transcultural /validação integral
Artigo 5	Santa Catarina/Paraná, Brasil	Metodológico	III	Escolas particulares em SC e PR.	Adaptação transcultural /validação integral
Artigo 6	São Paulo, Brasil	Metodológico	III	Unidade de CIPE de um HU de SP.	Validação do conteúdo Continuação
Artigo 7	Porto Alegre,	Caso-	IV	Unidade Pediátrica do	Validação do critério e do

	Brasil	controle		HC de Porto Alegre.	conteúdo
Artigo 8	São Paulo, Brasil	Descritivo/Metodológico	VI	UTI pediátrica do Hospital São Paulo.	Adaptação transcultural e validação de face e do conteúdo
Artigo 9	Paraíba, Brasil	Metodológico	III	Clínica Pediátrica do HULW.	Validação do conteúdo e da aparência.
Artigo 10	Lisboa, Portugal	Metodológico	III	Unidade de Neonatologia	Adaptação transcultural/validação integral
Artigo 11	Lisboa, Portugal	Metodológico	III	Unidades de Neonatologia	Adaptação transcultural /validação integral
Artigo 12	Coimbra, Portugal	Metodológico	III	CHC e Instituto Português de Oncologia.	Adaptação transcultural/validação integral
Artigo 13	Rio Grande do Sul, Brasil	Metodológico	III	Neonatologia do HC de Porto Alegre.	Adaptação transcultural e validação clínica
Artigo 14	São Paulo, Brasil	Metodológico	III	Unidades Pediátricas.	Validação de conteúdo
Artigo 15	São Paulo, Brasil	Descritivo/Exploratório/Correlacional	VI	Não informado no estudo.	Validação do conteúdo e do construto
Artigo 16	São Paulo, Brasil	Metodológico	III	UCIN do HU de Ribeirão Preto.	Validação clínica
Artigo 17	Lublin, Polônia	Quantitativo/Transversal	VI	UTINs e Enfermaria Pediátrica Geral de um hospital Polonês.	Adaptação trans Continuação aço
Artigo 18	São Paulo,	Metodológico	III	Não informado no	Validação do

	Brasil	gico		estudo.	conteúdo
Artigo 19	Nova York, EUA	Metodológico	III	Clínica Pediátrica do CMU.	Validação de conteúdo
Artigo 20	Hong Kong, China	Coorte	IV	Centros de Oncologia Pediátrica.	Validação de face e de conteúdo
Artigo 21	Paraná, Brasil	Metodológico	III	UTI pediátrica de um HU no Paraná.	Validação da aparência e do conteúdo

Fonte: SCIELO, SCOPUS, LILACS, PUBMED, CINHAI 2007-2017.

Discussão

A síntese elaborada a partir dos artigos selecionados mostra que, a motivação para validação de instrumentos para o cuidado em pediatria é diversa e está ligada a fatos como: acesso intravenoso, dermatite atópica, pacientes pediátricos com câncer, qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral, pré-operatório em pediatria, padrão do sono, diagnósticos de autismo, risco para lesão de pele em crianças e neonato, coleta de dados em adolescentes, competências para alimentação oral, dor em adolescentes, classificação de cuidados pediátricos; nos estados de São Paulo e na Paraíba, Brasil, autores em seus estudos criaram e validaram instrumentos utilizados para o levantamento de dados dos pacientes internados em setor pediátrico, bem como para análise de características pertinentes a tratamentos e condições diagnósticas^(13,16). Além de serem utilizados na assistência visando a condução do cuidado e formulação diagnóstica do enfermeiro para com a sua equipe, os instrumentos trabalhados em pediatria são alvos das pesquisas de validação desenvolvidas a partir da busca voltada à grande área de saúde da criança com foco na criança hospitalizada⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Estrategicamente, com o processo de validação e construção de instrumentos, vislumbra-se facilitar o acesso do profissional enfermeiro ao paciente e, conseqüentemente, às informações inerentes a este e, por conseguinte, ao cuidado. A qualidade da assistência prestada torna-se evidente a partir do momento em que a validação e adaptação instrumental acontecem, tendo em vista a grande atuação e precisão na utilização, formulação, bem como estruturação da ferramenta instrumental. Tal fato é evidenciado quando nos estudos realizados em Curitiba/Paraná, Pernambuco/Paraíba e Hong Kong/China, os autores utilizam a estratégia de validação do conteúdo e adaptação transcultural de instrumentos para melhorias pertinentes à dificuldade de acesso venoso em pacientes pediátricos e evolução no processo de avaliação da dermatite atópica em crianças, além da verificação e mensuração da mucosite oral em pacientes pediátricos que vivenciam o câncer infantil^(8,9,11,27,28).

Devido à variedade de técnicas validatórias utilizadas pelos autores, bem como a precisão em trabalhá-las a fim de contribuir com melhorias voltadas à assistência, mostrou-se salutar a discussão acerca dos tipos de validação prioritários utilizados nos estudos da amostra.

Validação do Conteúdo, sendo esta uma das mais utilizadas nos estudos pertinentes à área da enfermagem pediátrica, consiste em uma análise criteriosa dos itens que expressam algum conteúdo e que compõem um instrumento, sendo uma estratégia que permite o estabelecimento de uma sequência de tópicos a serem verificados cautelosamente por juízes elegidos sob critérios de inclusão, minuciosamente, elencados^(14,15,18,19). A validação do conteúdo trabalha, efetivamente, os requisitos obrigatórios que um instrumento apresenta para mensurar um fenômeno. Após análise dos peritos, a verificação da consistência das sugestões pode ocorrer de forma estatística, cabendo ao pesquisador o norteameto de tal etapa em busca da melhoria do instrumento. No que concerne à avaliação estatística, um dos testes mais utilizados em estudos de validação do conteúdo é o Alpha de Cronbach, que analisa a consistência interna do instrumento e dos itens que o compõem^(7,8,20,21).

Validação adaptativa baseada na transculturalidade e validação integral, consistem no segundo tipo de validação mais presente nos estudos que compuseram a amostra. Metodologicamente contemplam os artigos que utilizaram um conjunto de formas validatórias que, por sua vez, tomam por base a análise estatística comprobatória dos resultados validamente satisfatórios, sendo assim descrita devido ao uso, sistematicamente, etapa por etapa, que são: tradução do instrumento original em inglês para a língua portuguesa; retro-tradução do instrumento em português para a língua inglesa; revisão técnica e avaliação da equivalência semântica; validação do conteúdo; avaliação do instrumento pelos especialistas e população-alvo e avaliação da consistência interna do instrumento^(3,8,10,12,13,17).

Validação da Aparência, destina-se à validação do instrumento utilizado com fins de avaliação da adequação dos itens, sua relação com os componentes estruturais do instrumento e, também, com todo o conteúdo presente nas entrelinhas. É um tipo de validação subjetiva e não muito sofisticada, mas bastante utilizada em estudos de fundo metodológico^(16,28).

Validação Clínica, consiste em uma verificação do instrumento utilizado como componente metodológico de um determinado meio de ação assistencial ou, até mesmo, de variáveis que compõem o processo de trabalho profissional (em enfermagem, a exemplo, os diagnósticos) a partir de um julgamento clínico, análise clínica, tendo como fundamentação a teoria pertinente aos aspectos clínicos refinados na ferramenta a ser validada, bem como os próprios métodos estatísticos que confundam a solidez validatória. Nesse tipo de validação, quando presente nos estudos em pediatria, verifica-se o uso do Alpha de Cronbach, Curva ROC e Índice de Kappa como subsídio estatístico para as análises clínicas da consistência e fidedignidade do perfil mensuratório do instrumento. No entanto, vale salientar a grande variabilidade de formas estatísticas para análise dos estudos de validação clínica^(20,23).

Validação de Face ou de Rosto, método utilizado a fim de validar, de forma coletiva com profissionais voltados à área de interesse do que está sendo validado, um instrumento e sua capacidade de mensurar o que se propõe, bem como se este em

sua totalidade se adequa ao conteúdo que o compõe, tornando assim a validação de face um subtipo de validação do conteúdo⁽¹⁵⁾.

Validação de Critério, consiste em verificar o grau da relação entre o desempenho dos sujeitos pesquisados e o seu real comportamento no momento em que se utiliza a ferramenta de medição no transcorrer da análise dos dados. O critério, nesse tipo de validação, torna-se uma segunda medida que avalia o mesmo conceito estudado, pois o grau com que o instrumento discrimina, entre pessoas que diferem em determinada característica, será analisado de acordo com um critério padrão. Além disso, critérios externos à avaliação dos sujeitos podem ser estabelecidos a partir do processo de construção dos dados que se configuram base ao novo critérios que emergirão⁽¹⁴⁾.

Validação do Construto, tipo de validação que fundamenta-se em uma medida de verificação de um traço ou construto teórico. Em enfermagem, muito usada em estudos de construção de teorias como forma de consolidar o conteúdo de sustentação teórica, tendo em vista a importância da validação do corpo teórico que, por vezes, está subjacente às relações hipotéticas, ou não, intrinsecamente ligadas à realidade do cuidar^(13,22).

No que concerne à produção voltada à pediatria, verifica-se que os estudos que compuseram a amostra enfatizam a construção e validação de instrumentos que contemplam, de forma minuciosa, os aspectos dos fenômenos investigados na prática assistencial pediátrica, buscando melhorias no que concerne aos cuidados do enfermeiro no ambiente hospitalar, conforme deixa claro os autores que construíram instrumentos e os validaram⁽²⁹⁾.

Além disso, mediante a análise dos estudos verificou-se que, os autores trabalham prioritariamente com a validação de instrumentos que podem ser utilizados para o norteamento do cuidado em seus mais variados aspectos, mais terminantemente dentro de cada etapa do processo de enfermagem⁽²⁹⁾. Crescente é o empenho dos profissionais de enfermagem no intuito de firmarem práticas baseadas em evidências científicas. Cuidar da criança é um desafio, tendo em vista a grande variabilidade clínica inerente ao seu processo de desenvolvimento e crescimento, além da complexa relação existente entre o viver socialmente além do hospital e a permanência durante o processo de hospitalização e conturbação de suas necessidades biopsicossociais⁽³⁰⁾. Estudos demonstram que, quanto maior é a preocupação do profissional enfermeiro em aprimorar a sua prática de cuidado à criança hospitalizada através de artifícios que primam por tornar o cuidado ágil e preciso, melhor se torna a relação intrínseca entre o saber, exercer e progredir terapêutico da condição de saúde do pequeno paciente^(12,30).

Sendo assim, é visível a grande importância da crescente produção voltada ao aprimoramento dos instrumentos de validação em pediatria, tendo em vista que o corpo profissional de enfermeiros busca, cotidianamente, promover a conceituação dos fenômenos os quais compõem os cuidados e os respectivos tratamentos realizados, tornando os estudos primordiais ao embasamento científico da profissão, afastando o enfermeiro que cuida da criança hospitalizada de metas assistenciais e diagnósticos dedutivos, empíricos. Logo, a visibilidade da prática profissional pediátrica torna-se crescente a partir da contribuição metodológica do enfermeiro ao cuidar, primordialmente quando este se implica em compreender as peculiaridades da criança evidenciadas em todo o seu processo de adoecer.

Conclusão

Nos artigos analisados, constatou-se que o cuidar assistencial à criança em processo de hospitalização se torna cada vez mais trabalhado, pois a busca por melhorias nos instrumentos utilizados no cotidiano assistencial, nacional e internacionalmente, fundamentados cientificamente a partir de métodos que os tornem válidos, vem sendo o ponto crucial desenvolvido por enfermeiros que atuam com o objetivo de transformar a prática frente a inovações metodológicas dentro do processo de enfermagem.

Com relação às limitações pertinentes à amostra do presente estudo, pode-se citar a falta de registros nas bases sobre a efetivação do uso dos instrumentos após a tríade de criação, validação e problematização, tendo em vista a grande contribuição aos profissionais que vivenciam o cuidado baseado, em algumas etapas, no instrumento estudado. Além disso, é importante explicitar a necessidade de publicações voltadas à temática, principalmente da efetiva publicação de estudos que se encontram ainda interpostos em trabalhos de conclusão dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* na área.

É exímio problematizar a realidade e modifica-la de acordo com a necessidade do público alvo, nesse caso, crianças hospitalizadas. Mesmo diante do empenho dos enfermeiros em produzirem estudos que demonstrem formas de incrementar o cuidado e progredir nos requisitos diagnósticos voltados à criança, ressalta-se a importância de identificar e desenvolver pesquisas que buscam aprimorar os cuidados de enfermagem na vertente da saúde da criança, primordialmente se estas são desenvolvidas no tocante ao progresso metodológico do cuidar.

Referências

1. Gonçalves KG, Figueiredo JR, Oliveira SX, Davim RMB, Camboim JCA, Camboim FEF. Criança hospitalizada e equipe de enfermagem: opinião de acompanhantes. Rev enferm UFPE on line. 2017 jun; 11(Supl. 6):2586-93. URL: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23427/19114>
2. Chagas SCM, Gomes CG, Pereira WF, Diel VKP, Farias RHD. Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada. Rev Av Enferm. 2017 mar; 35(1):7-18. URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a02.pdf>
3. Wegnes W, Silva MUM, Peres AM, Bandeira EL, Feantz E, Botene AZD, et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar; 38(1):1-9. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472017000100504&script=sci_abstract&tlng=pt
4. Santos ACA, Melo GCS, Inácio MS, Nascimento GC, Menezes MG, Santos AF, Machado RR. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as escalas de avaliação da dor em pediatria. Journal of Health Connections. 2017 abr; 1(1):19-32. URL: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/journalhc/article/viewArticle/3363>
5. Pereira LW, Bernardi JR, Matos S, Silva CH, Goldani MZ, Bosa VL. Cross-cultural adaptation and validation of the Karitane Parenting Confidence Scale of maternal confidence assessment for use in Brazil. J Pediatr (Rio J). 2018;94:192-199. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28843061>
6. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Delage Silva DRA. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev Esc Enferm

- USP 2014; 48(2):335-45. URL:www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf
7. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Searching for the evidence strategies to help you conduct a successful search. *AJN*. 2010 jun; 110(5):41-7. URL: http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/permalink/ncnj/a/ncnj_546_156_2010_08_23_sadfjo_165_sdc216.pdf
8. Freire MHS, Arreguy-Sena C, Müller PCS. Cross-cultural adaptation and content and semantic validation of the Difficult Intravenous Access Score for pediatric use in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692017000100367&script=sci_abstract&tlng=en
9. Brusckya DMV, Melo ACCDB, Sarinhôa ESC. Adaptação transcultural e validação da escala de gravidade de prurido em crianças e adolescentes com dermatite atópica. *Revista Paulista de Pediatria*. 2017. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822017000300244&script=sci_abstract&tlng=pt
10. Saraiva DCAS, Afonso WV, Pinho NB, Peres WAF, Padilha PC. Cross-cultural adaptation and content validation into Portuguese of the Subjective Global Nutritional Assessment for pediatric patients hospitalized with câncer. *Revista de Nutrição*. 2017. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S14155273201700030307&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
11. Braccialli LMP, Almeida VS, Sankakoa AN, Silva MZ, Braccialli AC, Carvalho SMR, Magalhães AT. Translation and validation of the Brazilian version of the Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire for Children - child report. *Jornal de Pediatria*. 2016. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572016000200143&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
12. Feldena EPG, Carniel JD, Andrade RD, Pelegrini A, Anacleto TS, Louzada FM. Translation and validation of the Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS) into Brazilian Portuguese. *Jornal de Pediatria*. 2016. URL: <http://jped.elsevier.es/pt-translation-validation-pediatric-daytime-sleepiness-articulo-S225553615001676>
13. Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013. URL: www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf
14. Becker MM, Wagner MB, Bosa CA, Schmidt C, Longo D, Papaleo C, Riesgo RS. Translation and validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for autism diagnosis in Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2012. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2012000300006
15. Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Diniz GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. *Revista Paulista de Pediatria*. 2011. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822011000300016&script=sci_abstract
16. Marquesa DKA, Silva KL, Nóbrega MML. Escolares hospitalizados: proposta de um instrumento para coleta de dados à luz da teoria de Horta. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500422&script=sci_abstract

17. Martins COA, Curado MAS. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017. URL: www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874
18. Curado MAS; Maroco JP, Vasconcellos T, Gouveia LM, Thoyre S. Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017. URL: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874028320170001000
19. Fernandes A, Batalha L, Perdigão A, Campos C, Nascimento L, Jacob E. Validação cultural do Adolescent Pediatric Pain Tool (APPT) em crianças portuguesas com cancro. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015. URL: www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874...lng=pt
20. Schardosim JM, Ruschel LM, Motta GCP, Cunha MLC. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2014. URL: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/110261/000949845.pdf?sequence>
21. Santos NC, Fugulin FMT. Construção e validação de instrumento para identificação das atividades de enfermagem em unidades pediátricas: subsídio para determinação da carga de trabalho. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2013. URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500007>
22. Dini AP, Guirardello EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2014. URL: www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103073
23. Fujinaga CI, Moraes SA, Amorim NEZ, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013. URL: www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_18.pdf
24. Aftyka A, Walaszek IR, Wrobel A, Bednarek A, Katarzyna Dazbek K, Zarzycka D. Support provided by nurses to parents of hospitalized children – cultural adaptation and validation of Nurse Parent Support Tool and initial research results. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28452062>
25. Dini AP, Fugulin FMT, Veríssimo MLR, Guirardello EB. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300004>
26. Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ, Halpert S, Augenstein J, Sickles LE, Li C, Greenwald B. Cornell Assessment of Pediatric Delirium: A Valid, Rapid, Observational Tool for Screening Delirium in the PICU. *Critical Care Medicine*. 2017. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5527829>
27. KKF, Ip WY, Lee V, Li CH, Yuen HL, Epstein JB. Measuring Oral Mucositis of Pediatric Patients with Cancer: A Psychometric Evaluation of Chinese Version of the Oral Mucositis Daily Questionnaire. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2017. URL: <http://www.apjon.org/article.asp?issn=23475625;year=2017;volume=4;issue=4;spage=330;epage=335;aulast=Cheng>
28. Coelho AV, Molina RM, Labegalini MPC, Ichisato SMT, Pupulima JSL. Validação de um histórico de enfermagem para unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017. URL: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.68133>
29. Danski MTR, Oliveira GLR, Pedrolo E, Lind J, Johann DA. Importância da prática

baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. Cienc Cuid Saude. 2017 Abr; 16(2). URL: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304>

30. Costa TS, Moraes AC. A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. Rev Enferm UFPE Online. 2017. Jan;11(Supl. 1):358-67. URL:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11916/14407>



MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, com abordagem quantitativa. Consiste em um tipo de pesquisa que se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. A pesquisa metodológica costuma envolver métodos complexos e sofisticados, pois é considerada uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa de uma intervenção existente, nesse caso, a utilização de um instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos.³⁶

Local do Estudo

O estudo foi realizado no setor de Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), localizado no município de João Pessoa-PB. As crianças atendidas na Pediatria apresentam um perfil clínico dotado de características crônicas, onde são ofertados cuidados voltados ao acompanhamento da evolução das mais diversas situações agravantes do estado de saúde destas. A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, reveza entre os cuidados às crianças e adolescentes em regime de plantão. O cenário é integrado por enfermarias estruturadas com o propósito de alojar a criança hospitalizada de forma conjunta ao seu acompanhante, distribuídas de acordo com as faixas etárias das crianças internas e, também, pelas características clínicas das patologias apresentadas. Atualmente, a clínica comporta 35 leitos, porém com 24 funcionários, distribuídos entre leitos de internação (recém-nascidos, lactentes, ablactentes, pré-escolares, escolares e adolescentes) e pré/pós-operatório pediátrico.

População e Amostra

Fizeram parte do presente estudo crianças que se encontravam em processo de admissão hospitalar, com faixa etária de 0-5 anos.

Para determinar o tamanho amostral, levou-se em consideração o quantitativo de crianças atendidas no serviço de clínica pediátrica do HULW em um período de um ano. O acesso ao número de atendimentos se deu através dos registros no livro de admissões e altas de enfermagem da referida clínica. A partir disso, identificou-se um quantitativo populacional de 1463 crianças atendidas durante o período de um ano, e destas, 766 (52,3%) se configuraram menores de 5 anos, faixa etária alvo da aplicabilidade do instrumento. Logo, ao

longo de uma coleta de dados firmada para o desenvolvimento em quatro meses, esperou-se uma população de tamanho 192 (766/4). A uma amostra de 150 crianças delineada para o estudo em tela, atinge-se uma fração amostral de 78,5%. O valor obtido no cálculo amostral foi de 148,68 arredondado para 149, optando-se por coletar os dados de 150 pacientes. Com este quantitativo de crianças, obtém-se uma confiança de 96% com erro amostral de 4%. O tamanho amostral (n) foi calculado pela seguinte expressão:

$$n = \frac{\frac{z^2 PQ}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 PQ}{d^2} - 1 \right)}. \quad (8)$$

Esta, por sua vez, está implementada no pacote R, cujo programa que a executa encontra-se descrito nas entrelinhas de comando abaixo:

```
p = 0.50
q=1-p
C =0.96
z= qnorm(C + (1-C)/2)
d = 0.04
nzero = z^2*(p*q)/d^2
nzero #se nzero/N > 0,05 então n= nzero/(1 + nzero/N)n
```

Para obtenção da amostra, foi levado em consideração os seguintes critérios de inclusão: estar inserido na faixa etária de 0 a 5 anos; em processo de admissão hospitalar (tendo em vista a abordagem do instrumento em questão para coleta de informações durante a primeira etapa do Processo de Enfermagem - Histórico de Enfermagem); hospitalizadas em até, no máximo, 48 horas de permanência na instituição, tendo por base o critério de mudança da condição clínica primária da criança (logo ao adentrar o serviço hospitalar, podendo assim após o período mencionado evidenciar características inerentes ao seu estado de saúde diferenciadas, seja para uma melhora ou piora do quadro clínico, consequentemente, moldando o Processo de Enfermagem em suas respectivas etapas). Como critérios de exclusão: crianças que permanecem por menos de 24 horas de permanência hospitalar (por não se configurar hospitalização) ou que excedam 48 horas de hospitalização (devido a mudança nos critérios clínicos após exposição a ações terapêuticas do cuidado hospitalar); crianças que realizam acompanhamento de tratamento (pulsoterapia); crianças que não estavam no ambiente da clínica pediátrica no momento da coleta.

Instrumento para coleta de dados

Para a coleta dos dados, houve a implementação do instrumento destinado ao levantamento das informações clínicas iniciais da criança de 0-5 anos hospitalizada, atualmente, em uso na clínica pediátrica, o qual foi submetido à validação do conteúdo e aparência no próprio ambiente de clínica pediátrica por Silva, levando em consideração o julgamento de cinco enfermeiras assistenciais e uma enfermeira docente na respectiva área, chegando ao consenso e resultado final através da média ponderal, tomando por base o valor $\geq 0,80$ para considerar válido o conteúdo do item que compõe o referido Histórico de Enfermagem. Tal estudo foi fruto de um trabalho de dissertação de Mestrado, que subsidiou o prosseguimento quanto à melhoria e construção do percurso validatório do conteúdo e clínico relacionados ao instrumento construído na respectiva dissertação.³⁷

Os dados, quando coletados, foram sistematizados por meio das necessidades humanas básicas que, por sua vez, no instrumento representam as variáveis em estudo, permitindo assim o desenvolvimento do processo de validação da ferramenta processual utilizada pelos enfermeiros para levantamento de dados durante a primeira etapa do Processo de Enfermagem. Além disso, registrou-se os diagnósticos médicos para atendimento do segundo objetivo específico do presente estudo, levando em consideração a pertinência dos critérios diagnósticos baseados na patologia e suas respectivas alterações físicas na criança acometida.

O instrumento (APÊNDICE B) é composto por duas partes que caracterizam a necessidade da coleta de dados proposta pela primeira etapa do processo de enfermagem. Primeiro, registra-se as características sociodemográficas e informações pertinentes ao percurso hospitalar da criança: diagnóstico médico, queixa principal e histórico de internações. Em seguida, encontram-se as variáveis representadas pelas necessidades humanas básicas, em que é feito o registro do estado inicial de saúde da criança admitida no setor de clínica pediátrica, por meio de sinais, sintomas e pareceres clínicos, os quais são identificados e julgados pelo enfermeiro. Os domínios das necessidades/variáveis são apresentados de acordo com a seguinte logística:

Quadro 1 – Variáveis que compõem o instrumento para coleta de dados de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, João Pessoa, PB, 2019.

VARIÁVEIS NOMINAIS DO INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
Necessidade de Oxigenação
Necessidade de Nutrição
Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica
Necessidade de Eliminação
Necessidade de Sono e Repouso
Necessidade de Exercício e Atividade Física / Mecânica Corporal/ Motilidade
Necessidade de Cuidado Corporal
Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa
Necessidade de Regulação Térmica
Necessidade de Regulação Hormonal
Necessidade de Regulação Neurológica
Necessidade de Regulação Imunológica
Necessidade de Regulação do Crescimento Celular / Locomoção
Necessidade de Regulação Vascular
Necessidade de Percepção
Necessidade de Segurança / Amor e aceitação/ Gregária
Necessidade de Comunicação / Recreação e Lazer

Fonte: Silva, 2004.

Procedimento para Coleta de Dados

Para coleta de dados e prosseguimento da execução do estudo, respeitou-se as seguintes etapas durante os meses de janeiro a maio de 2018:

1ª fase - Seleção dos juízes e execução da técnica Delphi

Através do acesso online na plataforma lattes, buscou-se o currículo dos juízes perante a indicação do primeiro juiz que integrou o grupo. Logo, seguiu-se compondo o grupo por meio da técnica de amostragem não probabilística denominada *Snowball*.³⁸ O convite para participação da pesquisa foi realizado por intermédio do contato via e-mail, constando explicações acerca do objetivo e demais informações sobre o delineamento metodológico pertinente ao estudo. Posteriormente, através do e-mail disponibilizado no próprio currículo lattes do juiz elencado, enviou-se em prontidão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D - TCLE) para assinatura comprobatória do consentimento inerente à participação no estudo como juiz.

Por sua vez, elencou-se 15 especialistas, destes, 11 se propuseram a participar do percurso metodológico e, por sua vez, foram analisados sob os critérios adaptados ao presente estudo: 1. Ser Doutor em Pediatria ou em Enfermagem com ênfase em Pediatria (pontuação

4); 2. Mestre em Enfermagem com ênfase em Pediatria (pontuação 3); 3. Ter publicações em periódicos indexados sobre a área de interesse (pontuação 2); 4. Exercer a docência com ensino em Pediatria por no mínimo 3 anos (pontuação 2); 5. Ser enfermeiro assistencial com atuação em pediatria clínica por no mínimo 3 anos (pontuação 2); 6. Estar disponível ao pareamento de informações por meio eletrônico após julgamento clínico (pontuação 2). Considerando que, quanto maior o somatório da pontuação, maior a força de evidência da avaliação.³⁹ Admite-se um quantitativo satisfatório de seis a vinte juízes para estudos de validação de instrumentos e/ou tecnologias, tornando-se substancialmente importante o uso de no mínimo três especialistas.⁴⁰

Admitiu-se a seguinte caracterização dos juízes:

Quadro 2 – Estratificação dos critérios para seleção dos juízes conforme scores de pontuação, João Pessoa, PB, 2019.

CRITÉRIO	n. 1	n. 2	n. 3	n. 4	n. 5	n. 6	ESCORE
JUÍZES							
1	4	3	0	2	2	2	13
2	4	3	2	2	2	2	15
3	4	3	2	2	2	2	15
4	4	3	2	2	2	2	15
5	4	3	0	2	2	2	13
6	4	3	2	2	2	2	15
7	4	3	2	2	2	2	15
8	4	3	2	2	2	2	15
9	4	3	2	2	2	2	15
10	4	3	0	2	2	2	13
11	4	3	2	2	2	2	15

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A técnica Delphi diz respeito a uma estratégia de percurso metodológico de pesquisa que objetiva a obtenção de um consenso entre decisões tomadas por especialistas em um determinado tema. É, atualmente, bastante utilizada dentro da área da saúde quando não há evidências suficientes pertinentes à temática em estudo, bem como quando há contradição instalada dentro dos aspectos mais específicos referentes à sustentação teórica do tema. Além disso, a técnica Delphi também pode ser elencada para o alcance de melhorias na

estruturação, construção e validação de instrumentos e tecnologias utilizadas para o trabalho em saúde e, sobretudo, na solidificação de práticas clínicas em enfermagem.⁴¹

O processo consensual segue com rodadas compostas por análise de resultados e feedback aos especialistas, processo este chamado de retroalimentação. Na primeira etapa, o pesquisador executa a seleção dos especialistas que irão ser responsáveis por emitir a opinião e julgamento sobre o objeto/temática em estudo. A segunda, consiste na análise dos especialistas sobre o resultado da primeira etapa e, após abertura para emissão de novos conceitos e posicionamentos a partir da verificação das respostas do grupo, o corpo de informações retorna ao pesquisador, seguindo a alça de retroalimentação de informações.⁴¹

Na terceira etapa, os resultados são resumidos e avaliados quanto ao grau de consenso que, comumente quando alcançado os percentis entre 75% e 80%, as rodadas podem cessar.^{42,43} Caso não aconteça, o processo segue sendo retroalimentado por quantas rodadas forem necessárias, até que o consenso seja estabelecido. Salienta-se também que se adotou como critério de decisão um nível de concordância de, pelo menos, 75% dos juízes para obtenção da manutenção, reformulação, inclusão ou exclusão de um item, expressão e/ou questão e estabelecimento do risco clínico, evidenciando após análise um consenso em percentis maiores.

2ª fase – Processo de análise do conteúdo das variáveis pelos juízes

Avaliação dos 11 doutores, onde se buscou através de 3 rodadas entre envio, por parte dos especialistas e, feedback, por parte do pesquisador, relacionados às correções e sugestões dos juízes acerca do conteúdo do instrumento. Salienta-se que os 11 pareceristas fizeram parte das três rodadas de Delphi, de acordo com a necessidade de alcance do consenso inerente a cada variável.

Os juízes deveriam indicar, para cada item que compõe a variável representada por uma Necessidade Humana Básica, através da resposta norteadas pelos respectivos pontos de análise de concordância *Adequado*, *Inadequado* e *Parcialmente Adequado*, o quanto concordavam acerca da pertinência do conteúdo e sequência de itens estabelecidos na variável analisada. Além disso, um espaço foi destinado para a emissão de julgamentos, os quais foram considerados pelos autores para a conclusão da análise pertinente a cada item que compõe a variável. Os juízes, por sua vez, após o julgamento atenderam aos critérios clínicos inerentes às características analisadas nos domínios do instrumento, bem como unificaram o

juízo pertinente aos escores referentes à gravidade clínica da criança de acordo com as variáveis representadas pelas NHBs no instrumento, utilizando a nomenclatura de: 0- Sem risco clínico; 1- Baixo risco clínico; 2- Risco clínico moderado; 3- Alto risco clínico.

3ª fase – Análise dos dados enviados pelos especialistas

Após o consenso, quantificado entre 80% e 95%, das informações analisadas pelos especialistas que contemplaram: pertinência do conteúdo da variável, sequência adequada, estratificação e quantificação de variáveis com o risco clínico interposto, o que culminou na estruturação final do instrumento, disponibilizou-se aos especialistas com os valores do risco clínico a cada item e as respectivas alterações inerentes ao trabalho de validação do conteúdo. Além disso, os juízes foram certificados devido ao desenvolvimento da atividade validatória (APÊNDICE E).

4ª fase – Teste de operacionalização para validação clínica do instrumento

Aplicação do instrumento por dois enfermeiros especialistas em pediatria e neonatologia, os quais realizaram a avaliação clínica da criança em processo de admissão com auxílio do instrumento modificado através do exame físico e anamnese pediátrica, atendendo aos critérios de inclusão elencados. Em prontidão, após o término de cada exame clínico, elencou-se para cada criança examinada os Diagnósticos de Enfermagem prioritários, captando-se também o diagnóstico médico estabelecido para o paciente examinado. Tais fatos foram desenvolvidos com o intuito de atender aos objetivos do estudo.

5ª fase – Processo de identificação das necessidades humanas básicas e diagnósticos médicos

Identificação das NHBs mais alteradas na criança hospitalizada a partir da relação clínica evidenciada pelo exame e coleta de dados na anamnese de enfermagem, bem como pela associação destas com os diagnósticos médicos elencados para cada criança inserida nos critérios de composição da amostra.

Análise dos Dados

Para análise, os dados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel, por meio de dupla digitação e posterior verificação, a fim de controlar possíveis erros e

exportados ao software *Statistical Package Science Social (SPSS)*, versão 20.0. Para verificação da concordância dos especialistas, no tocante à relevância dos itens, realizou-se o cálculo por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), alcançado a partir da divisão do número de juízes que julgaram o item como adequado pelo número total de especialistas. Analisou-se ainda a confiabilidade da concordância da avaliação dos itens na avaliação dos juízes, utilizando-se o índice *Kappa* (K), indicado como complemento para o Índice de Validade de Conteúdo. Para a avaliação global do instrumento, o cálculo foi realizado por meio da razão entre o número de itens considerados adequados pelos especialistas e o número total de itens. Como critério de aceitação, foi estabelecida uma concordância de $\geq 0,75$ para o Índice de Validade de Conteúdo e, $\geq 0,61$ para o índice *Kappa*, tanto para avaliação de cada item, quanto para a avaliação geral do instrumento.^{42,43}

Salienta-se que, para fins de classificação dos valores do índice de Kappa, utilizou-se a classificação adotada por Landis e Koch.⁴⁴ Sendo:

Quadro 3 – Classificação do índice de concordância Kappa, João Pessoa, PB, 2019.

VALORES DE KAPPA	INTERPRETAÇÃO
<0	Ausência de concordância
0 – 0,19	Concordância pobre
0,20 – 0,39	Concordância leve
0,40 – 0,59	Concordância moderada
0,60 – 0,79	Concordância substancial
0,80 – 1,00	Concordância quase perfeita

Fonte: Landis e Koch, 1977.

No que diz respeito às informações pertinentes aos dados clínicos e critérios validatórios, utilizou-se a análise de variância seguida do teste de K-means (Cluster Analysis) como método de agrupamento e o *Tuckey Test*, bem como o modelo de classificação binária sob o peso da evidência – WoE e análise de agrupamento (AA) para ratificação validatória.

O peso da evidência (WoE) consiste em um conceito que está relacionado à Teoria da informação e, tem por objetivo, compreender a incerteza na previsão de uma variável aleatória que represente um evento de classificação binária, mais precisamente o seu desfecho, com base em um conjunto de variáveis independentes conhecidas e eleitas como as possíveis variáveis preditoras deste. Ao se utilizar o WoE em um estudo metodológico, mais precisamente voltado à validação, verifica-se a possibilidade de esclarecer e tornar evidente a validade da aplicabilidade deste perante a comprovação da representatividade das variáveis que compõem a ferramenta a ser estudada, nesse caso o instrumento, sobre o desfecho da sua

utilização, tornando-as assim validas à predição do que se alcançará como produto final, no caso do presente estudo, o desfecho clínico pediátrico.⁴⁵

Para associação das necessidades humanas básicas e os diagnósticos médicos, utilizou-se a estatística descritiva para o cálculo da frequência em número absoluto e percentual a partir da transfiguração estatística no programa *Statistical Package Science Social (SPSS)* 20.0.

Considerações Éticas

Foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobretudo no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes (APÊNDICE A), sigilo e confidencialidade dos dados e a Resolução do COFEN 564/2017. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW da Universidade Federal da Paraíba, segundo CAEE 76649517.3.0000.5183 (ANEXO A).



Resultados

ARTIGO 2

ARTIGO 2

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA: UM OLHAR SOB AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

RESUMO

Introdução: a sistematização da assistência de enfermagem baseada no cuidar consiste na dimensão complexa do exercer profissional enfermeiro mediado por práticas sistematizadas a partir das etapas do processo de enfermagem que, se inter-relacionam e, são sustentadas a partir de um referencial teórico próprio da profissão. No tocante à pediatria, executar o processo de enfermagem demanda saber científico, experiência e manejo clínico. O uso de instrumentos na prática do cuidar, hodiernamente, tornou-se uma forma de oportunizar o gerenciamento e efetivação do cuidado. **Objetivo:** verificar a validade do conteúdo dos indicadores referentes ao instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas em clínica pediátrica. **Método:** estudo metodológico, com abordagem quantitativa, realizado com 11 especialistas, entre os meses de janeiro a maio de 2018. Para coleta de dados, respeitou-se as etapas de validação do conteúdo do instrumento. Para análise dos dados, utilizou-se o cálculo do índice de validade do conteúdo (IVC) e de análise de concordância *Kappa*. **Resultados:** após análise do conteúdo quanto à pertinência dos itens que compõem as variáveis, sequência e estabelecimento dos valores para estratificação do risco clínico inerente a cada item e, conseqüentemente, à variável composta por estes, emitiu-se um índice de validade do conteúdo de 0,94, *kappa* 0,71, segundo sugestões dos especialistas 81,9%. Logo, o instrumento mostrou-se válido para aplicabilidade. **Conclusão:** o uso de instrumentos válidos para o cuidar em pediatria contribui significativamente para a melhoria da assistência à criança de 0 a 5 anos hospitalizada, tendo em vista o atendimento das minuciosidades desta.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Estudos de Validação; Processo de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The systematization of nursing care based on care consists of the complex dimension of the professional nurse practitioner, mediated by practices systematized from the stages of the nursing process that are interrelated and are sustained by a theoretical reference of the profession. Regarding pediatrics, performing the nursing process demands scientific knowledge, experience and clinical management. The use of instruments in the practice of care, nowadays, has become a way to opportunize the management and effectiveness of care. **Objective:** to verify the validity of the contents of the indicators for the instrument for data collection in children aged 0 to 5 years hospitalized in a pediatric clinic. **Method:** a methodological study, with a quantitative approach, carried out with 11 specialists, between the months of January and May of 2018. For data collection, the validation stages of the instrument contents were respected. For the analysis of the data, the calculation of content validity index (CVI) and Kappa concordance analysis was used. **Results:** after analyzing the content regarding the relevance of the items that make up the variables, sequence and establishment of the values for stratification of the clinical risk inherent to each item and, consequently, to the variable composed by them, a validity index of the content of 0.94, kappa

0.71, according to expert suggestions 81.9%. Therefore, the instrument was valid for applicability. **Conclusion:** the use of valid instruments for pediatric care contributes significantly to the improvement of the care of children from 0 to 5 years of age hospitalized, in order to attend to the minutiae of this.

Palavras-chave: Pediatric Nursing; Validation Studies; Nursing Process.

RESÚMEN

Introducción: la sistematización de la asistencia de enfermería basada en el cuidado consiste en la dimensión compleja del ejercer profesional enfermero mediado por prácticas sistematizadas a partir de las etapas del proceso de enfermería que, se interrelacionan y, se sostienen a partir de un referencial teórico propio de la profesión. En cuanto a la pediatría, ejecutar el proceso de enfermería demanda saber científico, experiencia y manejo clínico. El uso de instrumentos en la práctica del cuidar, se ha convertido en una forma de oportunizar la gestión y efectividad del cuidado. **Objetivo:** verificar la validez del contenido de los indicadores referentes al instrumento para la recolección de datos en niños de 0 a 5 años hospitalizados en clínica pediátrica **Método:** estudio metodológico, con abordaje cuantitativo, realizado con 11 especialistas, entre los meses de enero a mayo de 2018. Para la recolección de datos, se respetaron las etapas de validación del contenido del instrumento. Para el análisis de los datos, se utilizó el cálculo del índice de validez del contenido (IVC) y de análisis de concordancia Kappa. **Resultados:** después del análisis del contenido en cuanto a la pertinencia de los ítems que componen las variables, secuencia y establecimiento de los valores para estratificación del riesgo clínico inherente a cada ítem y, consecuentemente, a la variable compuesta por éstos, se emitió un índice de validez del contenido de 0,94, kappa 0,71, según sugerencias de los especialistas 81,9%. Por lo tanto, el instrumento se mostró válido para la aplicabilidad. **Conclusión:** el uso de instrumentos válidos para el cuidar en pediatría contribuye significativamente a la mejora de la asistencia al niño de 0 a 5 años hospitalizada, con miras a la atención de las minuciosidades de ésta.

Palabras clave: Enfermería Pediátrica; Estudios de Validación; Proceso de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Hodiernamente, o cenário político que envolve as diretrizes e estratégias que permeiam a saúde, têm levantado a necessidade de uma confluência de ações que visam a organização da assistência de enfermagem. Esta, por sua vez, necessita ser pautada em conhecimentos científicos e embasada por teorias que sustentem a prática assistencial, além de incluir ações e cuidados integralizados.^{1,2}

Considerando o avanço na profissão e a sustentação técnico-científica que os enfermeiros buscam alcançar, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu como dever a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tornando-a viável a partir da aplicação do Processo de Enfermagem (PE) como ferramenta que permite ao enfermeiro implementar seus conhecimentos científicos à assistência direta aos pacientes, família e demais envolvidos no processo de saúde-doença, caracterizando assim o corpo de

conhecimentos de enfermagem e promovendo um cuidado mais resolutivo, eficaz, direcionado à prática assistencial.³

O PE é composto por cinco etapas, interligadas, descritas e implementadas de acordo com as ações intrínsecas ao cuidado de enfermagem que é transfigurado na assistência: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Ele direciona e proporciona ao enfermeiro uma sistemática que embasa as ações, favorecendo o registro efetivo e coerente de cada uma delas. É a partir do Processo de Enfermagem que o enfermeiro alcança o ser humano, a partir dos cuidados dispensados profissionalmente, em todas as suas esferas de cuidado, como um ser que é assistido de forma biopsicossocial e espiritualmente.⁴

No tocante à pediatria, a utilização de uma estratégia para implementar a sistematização do cuidado assume, sobretudo, papel de extrema importância, tendo em vista as minuciosidades tratadas no cuidar da criança, principalmente quando esta se encontra hospitalizada. Além disso, repensar práticas pediátricas do cuidar é de fundamental importância, tendo em vista a demanda específica desses pacientes, uma vez que excede o fazer assistencial focado no curativismo técnico, ampliando assim olhares e atitudes para o cuidado humanizado. Para tanto, a implementação do PE em pediatria exige do profissional a utilização de estratégias lúdicas para o alcance do objetivo almejado nas intervenções e, sobretudo, à compreensão das especificidades inerentes ao desenvolvimento e também crescimento de cada criança, tornando complexo o exercer profissional junto ao paciente pediátrico.^{5,6}

Logo, a aplicabilidade de instrumentos na prática de enfermeiros objetiva contribuir com a produção de resultados favoráveis à condição de saúde do ser cuidado, e assim, mensurar as ações resolutivas que são de caráter transformador quando praticadas sob a condução do pensamento crítico e reflexivo do profissional, bem como melhorar a qualidade do registro, dando visibilidade ao caminho percorrido pelo paciente desde a admissão até a sua alta. Ainda, instrumentalizar as ações de enfermagem baseado em teorias que atendam a necessidade do cliente, além de gerenciar atividades ao ponto de tornar efetiva a prática clínica assistencial do enfermeiro dentro dos aspectos que compõem a SAE, tornou-se algo veementemente buscado no ramo da pesquisa voltada à tecnologia dos meios válidos que levam à produção e qualidade do trabalho em enfermagem.^{7,8}

A validação do conteúdo consiste em uma análise dos itens que evidenciam um conteúdo e que estruturam um instrumento, sendo um método que permite o estabelecimento de uma sequência de tópicos a serem verificados cautelosamente por juízes selecionados sob

critérios de inclusão, minuciosamente, elencados. Validar o conteúdo trabalha, efetivamente, os requisitos obrigatórios que um instrumento apresenta para mensurar um fenômeno.^{9,10}

Logo, direcionou-se um minucioso olhar sobre os cuidados desenvolvidos na assistência à criança hospitalizada com o uso do PE enquanto ferramenta de trabalho, considerando a crescente busca no cuidado à saúde da criança de forma integral, bem como a utilização da SAE e seus aspectos no exercício laboral dos enfermeiros, buscou-se contribuir com a validação do conteúdo do instrumento de coleta de dados de enfermagem, frente a sua implementação, utilizado por enfermeiros para o atendimento de crianças hospitalizadas de 0 a 5 anos que vivem com doença crônica assistidas em uma clínica pediátrica.

Assim, o presente estudo teve como objetivo verificar a validade do conteúdo dos indicadores referentes ao instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas em clínica pediátrica, fundamentando-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) de Wanda Horta.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma unidade de clínica pediátrica de um hospital universitário do município de João Pessoa – PB, no período de janeiro a maio de 2018.

A pesquisa metodológica consiste em um tipo de estudo que busca a produção, inovação ou até mesmo transformação de estratégias e tecnologias que modificam uma realidade a partir da implementação em um contexto específico. É a pesquisa que promove melhorias em ferramentas e caminhos existentes que mediam processos metodológicos da investigação científica em uma determinada área. Na enfermagem, muito utilizada no tocante à construção e validação de instrumento para a assistência.¹¹

Para coleta de dados e prosseguimento da execução do estudo, respeitou-se as seguintes etapas:

1ª fase: Através do acesso online na plataforma lattes, buscou-se o currículo dos juízes perante a indicação do primeiro juiz que integrou o grupo. Logo, seguiu-se compondo o grupo por meio da técnica de amostragem não probabilística denominada *Snowball*.¹² O convite para participação da pesquisa foi realizado por intermédio do contato por e-mail, onde neste foi explicitado o objetivo e as demais informações do delineamento metodológico pertinente ao estudo. Posteriormente, através do e-mail disponibilizado no próprio currículo lattes do juiz elencado, enviou-se em prontidão o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para assinatura comprobatória do consentimento inerente à participação no estudo como juiz.

Por sua vez, elencou-se 15 especialistas onde, destes, 11 se propuseram a participar do percurso metodológico e, por sua vez, foram analisados sob os critérios adaptados ao presente estudo: 1. Ser Doutor em Pediatria ou em Enfermagem com ênfase em Pediatria (pontuação 4); 2. Mestre em Enfermagem com ênfase em Pediatria (pontuação 3); 3. Ter publicações em periódicos indexados sobre a área de interesse (pontuação 2); 4. Exercer a docência com ensino em Pediatria por no mínimo 3 anos (pontuação 2); 5. Ser enfermeiro assistencial com atuação em pediatria clínica por no mínimo 3 anos (pontuação 2); 6. Estar disponível ao pareamento de informações por meio eletrônico após julgamento clínico (pontuação 2). Considerando que, quanto maior o somatório da pontuação, maior a força de evidência da avaliação.¹³ Admite-se um quantitativo satisfatório de seis a vinte juízes para estudos de validação de instrumentos e/ou tecnologias, tornando-se substancialmente importante o uso de no mínimo três especialistas.¹⁴

2ª fase: Execução da técnica Delphi e avaliação dos juízes.¹⁵ Avaliação dos 11 doutores, onde se buscou através de 3 rodadas entre envio, por parte dos especialistas e, feedback, por parte do pesquisador, relacionados às correções e sugestões dos juízes acerca do conteúdo do instrumento. Salienta-se que os 11 peritos fizeram parte das 3 rodadas de Delphi, de acordo com a necessidade de alcance do consenso inerente a cada variável.

Os juízes deveriam indicar, para cada item que compõe a variável representada por uma Necessidade Humana Básica, através da resposta norteadas pelos respectivos pontos de análise de concordância *Adequado*, *Inadequado* e *Parcialmente Adequado*, o quanto concordavam acerca da pertinência do conteúdo e sequência de itens estabelecidos na variável analisada. Os juízes, por sua vez, após o julgamento atenderam aos critérios clínicos inerentes às características analisadas nos domínios do instrumento, bem como unificaram o julgamento pertinente aos escores referentes à gravidade clínica da criança de acordo com as variáveis representadas pelas NHBs no instrumento, utilizando a nomenclatura de: 0- Sem risco clínico; 1- Baixo risco clínico; 2- Risco clínico moderado; 3- Alto risco clínico.

Logo após o aceite, o instrumento a ser avaliado constituído pelas variáveis representadas pelas NHBs, foi enviado, portando espaço suficiente para que os especialistas pudessem emitir sugestões e realizar o julgamento clínico das características intrínsecas ao exame pediátrico. No final deste formulário havia espaço para o registro de sugestões, recomendações e comentários dos especialistas, valendo ressaltar que foram feitas (os), opcionalmente por estes, no transcorrer do instrumento devido às condições avaliativas das características de risco clínico e do conteúdo inerente a cada tópico do instrumento. Ao término, os especialistas foram certificados comprovando a sua participação no processo de

análise do conteúdo do instrumento.

3ª fase: Após o consenso, quantificado entre 80% e 95%, das informações analisadas pelos especialistas que contemplaram *pertinência do conteúdo da variável, sequência adequada*, bem como *estratificação e quantificação de variáveis clínicas* com o risco clínico interposto, que culminou na estruturação final do instrumento, disponibilizou-se aos especialistas sua forma final com os valores do risco clínico a cada item. Salienta-se que se adotou como critério de decisão um nível de concordância de, pelo menos, 75% dos juízes para obtenção da manutenção, reformulação, inclusão ou exclusão de um item, expressão e/ou questão e estabelecimento do risco clínico, evidenciando após análise um consenso em percentis maiores.¹⁶

O instrumento é composto por três seções, sendo a primeira com dados de identificação do paciente e da internação hospitalar, a segunda com informações sobre o histórico de admissões hospitalares prévias e queixa principal atual e, a terceira, composta pelas necessidades humanas básicas que subsidiam os tópicos pertinentes ao exame físico pediátrico. Após análise do conteúdo, optou-se por estruturar o referido instrumento no formato de check-list, composto de tópicos que integram itens atinentes às respectivas Necessidades Humanas Básicas aplicadas à Pediatria, visando a mensuração do caráter clínico e estabelecimento de seções para expressão de impressões do profissional enfermeiro no tocante ao julgamento clínico dentro do exame.

Para análise, os dados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel, por meio de dupla digitação e posterior verificação, a fim de controlar possíveis erros e exportados ao software *Statistical Package Science Social (SPSS)*, versão 20.0. Para apresentação e análise dos resultados, foi utilizada a estatística descritiva para o cálculo da frequência, em número absoluto e percentual. Para verificação da concordância dos especialistas, no que tocante à relevância dos itens, realizou-se o cálculo por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), alcançado a partir da divisão do número de juízes que julgaram o item como adequado pelo número total de especialistas. Analisou-se ainda a confiabilidade da concordância da avaliação dos itens na avaliação dos juízes, utilizando-se o índice *Kappa (K)*, indicado como complemento para o Índice de Validade de Conteúdo.¹⁷

Para a avaliação global do instrumento, o cálculo foi realizado por meio da razão entre o número de itens considerados adequados pelos especialistas e o número total de itens. Como critério de aceitação, foi estabelecida uma concordância de $\geq 0,75$ para o IVC e, $\geq 0,61$ para o índice de *Kappa* levando em consideração a classificação denominada *substancial* para o referido valor do índice, tanto para avaliação de cada item, quanto para a avaliação geral do

instrumento.¹⁷

O estudo considerou todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 e da Resolução do COFEN 564/2017, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, Brasil, sob número da CAAE 76649517.3.0000.5183. Resalta-se que todos os juízes que compuseram a amostra assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O painel de juízes foi constituído por 11 enfermeiros, sendo sete (63,6%) doutores em enfermagem com ênfase em pediatria e, quatro (36,4%) doutores em pediatria. Destes, 11 (100%) são mestre em enfermagem com ênfase em pediatria, oito (72,7%) são mulheres e toda a amostra possui mais de três anos de experiência na assistência hospitalar em pediatria clínica e, também, na docência com ênfase em saúde da criança e adolescente (100%).

Após a conclusão e verificação dos instrumentos pelos especialistas, foram coletados os dados e analisados de forma quantitativa. As sugestões e julgamentos referentes à concordância entre juízes no que concerne ao conteúdo e sequência das variáveis representadas pelas NHBs e itens de cada uma delas, bem como o consenso referente aos valores de estratificação do risco clínico da criança submetida à avaliação pelo instrumento, seguidos por seus respectivos valores do cálculo do Índice de Validade do Conteúdo e Kappa, item a item, foram compilados na Tabela 1.

Evidencia-se que os componentes do instrumento que tiveram sugestões a serem realizadas, devido à discordância entre juízes, no que concerne ao conteúdo da variável e a sequência de itens foram a Necessidade de Nutrição; Motilidade; Integridade física e cutâneo-mucosa; Neurológica; Regulação do Crescimento; Regulação Vascular; Segurança, amor e aceitação, gregária; Comunicação. No que concerne à obtenção de valores consensuais de estratificação do risco clínico, os mais complexos foram Oxigenação, Eliminação, Regulação Neurológica, Regulação do Crescimento Celular, Segurança, amor e aceitação, gregária; Comunicação.

As sugestões, recomendações, alterações e indicações de substituição, inclusão ou exclusão de itens e estratificação do risco clínico, emitidas pelos juízes, foram analisadas e subsidiadas pelo respaldo na literatura pediátrica e teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Tabela 1 - Distribuição do nível de concordância entre os juízes (n=11) acerca dos itens respectivos às Necessidades Humanas Básicas que compõem o instrumento de pesquisa, João Pessoa, PB, 2019.

Crítérios de Análise	Conteúdo da Variável	IVC/K	Estratificação do Risco Clínico	IVC/K	Sequência	IVC/K
Necessidades Humanas Básicas						
Oxigenação	81,8%	0,81/0,75	81,8%	0,81/0,75	90,9%	0,90/0,80
Nutrição	81,8%	0,81/0,70	90,9%	0,90/0,91	90,9%	0,90/0,91
Hidratação e Reg. Hídrica/Eletrolítica	81,8%	0,81/0,70	90,9%	0,90/0,91	81,8%	0,81/0,70
Eliminação	90,9%	0,90/0,85	81,8%	0,81/0,72	90,9%	0,90/0,85
Sono e Repouso	100%	1/1	100%	1/1	100%	1/1
Motilidade	81,8%	0,81/0,74	90,9%	0,90/0,63	90,9%	0,90/0,63
Cuidado Corporal	81,8%	0,81/0,77	100%	1/1	90,9%	0,90/0,83
Integridade Física e Cutâneo-mucosa	81,8%	0,81/0,77	90,9%	0,90/0,83	81,8%	0,81/0,77
Reg. Térmica	100%	1/1	100%	1/1	100%	1/1
Reg. Hormonal	18,1%	0,18/0,33	18,1%	0,18/0,33	18,1%	0,18/0,33
Reg. Neurológica	81,8%	0,81/0,80	81,8%	0,81/0,80	90,9%	0,90/0,83
Reg. Imunológica	100%	1/1	100%	1/1	100%	1/1
Reg. Crescimento Celular	81,8%	0,81/0,65	81,8%	0,81/0,65	81,8%	0,81/0,65
Reg. Vascular	81,8%	0,81/0,74	90,9%	0,90/0,91	81,8%	0,81/0,74
Percepção	100%	1/1	100%	1/1	100%	1/1
Segurança / Amor e aceitação/ Gregária	81,8%	0,81/0,63	81,8%	0,81/0,63	81,8%	0,81/0,63
Comunicação	100%	1/1	100%	1/1	100%	1/1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Com a verificação dos quesitos do instrumento analisados em panorama, os juízes explicitaram, em uma grande parcela, concordância com o conteúdo já existente em cada variável do instrumento. No que tange às modificações realizadas, as discordâncias que

levaram a sugestões compactuadas em um resultado comum, partiram de um consenso entre os especialistas representado por percentis considerados prevalentes 81,8% (n=9), com $IVC=0,81$. Logo, nesse estudo, as alterações foram realizadas frente aos julgamentos consensuais entre o grupo, fato este permitido pela execução criteriosa da técnica de Delphi, confluindo em um conteúdo pertinente após adequações sugeridas pelos especialistas, explicitado pelo índice válido do conteúdo e de concordância *kappa*.

Segundo os pareceres dos juízes referentes à representatividade das variáveis *necessidade de sono e repouso, regulação térmica, regulação imunológica, percepção e comunicação*, todos os critérios apresentaram nível de concordância adequados, atestando a adequação dos itens nos respectivos tópicos que compõem o instrumento quanto à pertinência de conteúdo, risco clínico e sequência ($IVC=1/K=1$).

Na necessidade de oxigenação ($IVC=0,81/K=0,75$), domínio de caráter decisório no cuidar de enfermagem em pediatria, mudou-se o conceito de cianose central para cianose centro-labial, tendo por base o princípio da apresentação da coloração centro-labial azulada como forma grave dos níveis de saturação rebaixados em crianças, mais facilmente detectada na região perilabial e na mucosa da boca propriamente dita, fato este também evidenciado em um estudo de caráter integrativo.¹⁸ Em relação aos valores de estratificação do risco clínico ($IVC=0,81/K=0,75$), a análise consensual deu-se na terceira rodada de Delphi, evidenciando a complexidade da análise clínica dos potenciais agravos respiratórios na criança, principalmente dentro dos parâmetros avaliatórios do exame físico, aspectos estes inerentes à composição da variável relacionada diretamente à avaliação clínica da oxigenação da criança.^{18,19}

Na necessidade de nutrição ($IVC=0,81/K=0,70$), houve consenso para a inclusão das vias de administração enteral e por gastrostomia, acrescentando assim mais opções objetivas no que diz respeito à detecção da via de alimentação da criança. Além disso, a estratificação do risco clínico e ordem de itens atingiu um consenso satisfatório e concordância satisfatórios ($IVC=0,90/K=0,91$), tomando por base o quantitativo de emissões conceituais dos juízes relativas à nutrição da criança, no transcorrer do instrumento. Tal fato explica-se pela condição da criança hospitalizada, em que o panorama do adoecer pediátrico, principalmente no contexto das doenças crônicas, engloba o cuidar mais complexo dentro das necessidades básicas, nesse caso, a alimentação por vias alternativas, realidade enfrentada por enfermeiros que cuidam de crianças com doenças gástricas, afecções que levam à depreciação dos

nutrientes, malformações gastrointestinais e comorbidades neurológicas que, em sua maioria, culminam ao desvio do conduto alimentar natural pelo trato gastrointestinal.²⁰

Na necessidade de hidratação, a opção hipoidratada foi inserida, levando em consideração os estágios de desenvolvimento do quadro de desidratação infantil. A desidratação consiste em uma patologia que leva à criança a perdas consideráveis de eletrólitos, líquidos e, em situações mais graves, nutrientes, deixando-a propensa a agravos sistêmicos. A hipoidratação é um quadro intermediário que pode ser detectado no histórico de enfermagem, visando intervenções precoces para que haja reversão prévia, não permitindo a instauração do quadro de desidratação propriamente dito.^{18,20,21} Vários são os sinais de desidratação, dentre eles, o rebaixamento das fontanelas, evidência da perda hídrica caracterizada pela diminuição do líquido cefalorraquidiano.

No que concerne ao laudo de julgamento clínico para as fontanelas, item incluso para avaliação direta do estado de hidratação infantil, o consenso foi estabelecido visando a abertura do espaço para descrição clínica do enfermeiro, tendo em vista que os definidores *abaulada, deprimida e normal*, anteriormente descritos no instrumento, foram julgados como limitadores da descrição clínica das fontanelas. Tais alterações contribuíram para índices de validade do conteúdo e concordância, quanto ao conteúdo e estratificação do risco clínico, satisfatórios. Além disso, a sequência de itens na variável hidratação foi restabelecida após análise dos juízes ($IVC=0,81/K=0,70$), fato este evidenciado após análise consensual dos percentis descritos.

Na necessidade de eliminação, no item de avaliação dos vômitos, inseriu-se o campo para descrição das características da secreção expelida, justificando-se pelo fato da predição de aspectos patológicos relacionados à condição e apresentação da doença por meio das eliminações gastrointestinais. Em pediatria, os vômitos são sinais de alarme que levam o enfermeiro a agir prontamente, tendo em vista a vulnerabilidade do paciente pediátrico em deprimir o estado geral e clínico a partir das perdas gástricas sequenciadas.^{20,21} Quadros como desidratação e desnutrição, associados ou não a distúrbios hidroeletrolíticos, são facilmente instalados em crianças menores de dois anos quando estão em situações de perdas incoercíveis de conteúdo gástrico, fato este evidenciado por um estudo, demonstra uma expressiva relação entre idade e fatores agravantes da desidratação/desnutrição em crianças²¹

A aferição e consenso dos escores de risco clínico também se caracterizou complexa ($IVC=0,81/K=0,72$), tendo em vista as especificidades inerentes aos itens avaliativos das

eliminações, permeando pelas três rodadas de retroalimentação de Delphi com retorno satisfatório e conteúdo estabelecido ao final ($IVC=0,90/K=0,85$). Os escores para pertinência do IVC e *kappa* assumiram valores exímios, tendo em vista a importância desta variável dentro da avaliação clínica da criança e, sob essa perspectiva, julgada como substancial.

Na necessidade de motilidade, inseriu-se a opção *não movimenta*, item não existente anteriormente ao instrumento, sendo firmado entre nove juízes o estabelecimento da mudança ($ICV=0,81/K=0,74$). A motilidade em pediatria é algo vital, partindo do ideal de infância e predição do estabelecimento da marcha, propriocepção, equilíbrio e desenvolvimento neuronal. No entanto, a ausência de movimentos também é realidade em clínica pediátrica, fator avaliado durante a anamnese de enfermagem com o objetivo de desenvolver ações que busquem impedir o estabelecimento de comorbidades e agravos relacionados à limitação dos movimentos, como lesões de pele, inapetência alimentar, déficit do cuidado corporal e das funções fisiológicas básicas da criança.²² No tocante ao estabelecimento de escores para estratificação do risco clínico, assumiu-se um *kappa* de 0,63, tendo em vista a grande variabilidade de julgamentos inerentes à avaliação do estado neuromotor da criança, sua complexidade intrínseca aos processos patológicos que afetam o referido sistema e a percepção dificultosa do profissional enfermeiro sobre, levando à dispendiosa concordância entre os juízes, porém substancial.

Na necessidade de cuidado corporal ($IVC=0,81/K=0,77$), julgou-se necessária a inserção da dicotomia entre *prejudicada e preservada* para o item *higiene íntima*, bem como o espaço para o laudo de julgamento subjetivo a respeito das *lesões bucais*, tendo em vista a necessidade do enfermeiro em descrever as lesões presentes na mucosa oral como estratégia de prevenção, controle e tratamento de doenças relacionadas à falta de cuidados assépticos na cavidade oral da criança. No que concerne à higiene íntima, diante da realidade do cuidado pediátrico e da problemática da desresponsabilização da equipe de enfermagem, por vezes, dos cuidados de menor complexidade, configura-se a avaliação da higiene íntima da criança hospitalizada como fator primordial para o exame clínico do enfermeiro, não apenas para critérios avaliativos, mas também intervenção cotidiana caso haja necessidade iminente detectada no decorrer da propedêutica.²³ O consenso no que diz respeito à estratificação do risco clínico frente aos cuidados corporais foi evidentemente alcançado entre o grupo de especialistas de forma satisfatória, atingindo valor máximo de concordância, justificando-se pelo fato de que essa variável apresenta critérios simples voltados a cuidados básicos de enfermagem ($IVC=1/K=1$).

Na necessidade de integridade física e cutâneo-mucosa, inseriu-se a opção *hemangioma* dentre as alterações de pele detectáveis, além do item *hiperemiada* para auxílio na descrição da coloração da pele (IVC=0,81/K=0,77). A opção *coloração da mucosa* foi inserida para descrição clínica do profissional, abrindo espaço para que o enfermeiro discorra sobre essa característica. A ordem dos itens foi mantida, apenas alterando a sequência após inserção do item que destaca os *hemangiomas* (IVC=0,81/K=0,77). A avaliação física da pele da criança é um ponto que necessita do olhar clínico experiente, tendo em vista a grande quantidade de afecções que acometem o trato dérmico da criança hospitalizada. As alterações sintomatológicas são as mais frequentes, como as infecções tópicas locais, a exemplo da celulite, furunculose, impetigo bolhoso por estreptococo e lesões pós-invasão bacteriana de caráter piogênico, bem como as lesões traumáticas não intencionais. Tal fato também foi evidenciado, no tocante à celulite e as demais infecções pós-invasão streptocócica, em estudo desenvolvido, em um hospital pediátrico, corroborando com os achados da presente pesquisa.²⁴

No entanto, não há dúvidas de que se não bem tratadas, a evolução sistêmica se configura um quadro certamente instalado nas crianças hospitalizadas, tornando o cuidado mais dispendioso e de difícil progressão. Portanto, o levantamento de informações pautado no exame sintomatológico e nos sinais físicos das lesões de pele é um fator exímio dentro da etapa do histórico de enfermagem, trabalhado pelo instrumento em estudo, subsidiando o PE.²⁴

Na necessidade de regulação neurológica, inseriu-se a opção *ativo e reativo*, bem como *hipoativo*, para classificar o nível de consciência dos neonatos, tendo em vista a faixa etária de 0 a 5 anos que o instrumento contempla (IVC=0,81/K=0,80). Em neonatologia, o fator consciência e resposta neuromotora é determinado e avaliado por meio das reações que o recém-nascido expressa durante o exame físico, tendo em vista a ausência de discernimento cognitivo e perceptual, tornando assim inviável a classificação de consciente e orientado para o público neonatal, evidenciando na literatura a decisão dos juízes com relação a referida modificação no instrumento.²⁵ No item crises convulsivas, optou-se por abrir um espaço para descrição clínica do enfermeiro acerca do *tipo de convulsão* e *quantos episódios* de crises a criança apresentou.

O acompanhamento da faixa etária que contempla neonatos, lactentes e pré-escolares em sua primeira infância, traz ao enfermeiro a possibilidade do exame em crianças que

apresentam uma maior predisposição neuronal aos episódios convulsígenos, sendo salutar a avaliação do quadro quando historicamente detectado na anamnese pediátrica, principalmente no que concerne aos tipos de convulsão e características das crises durante os episódios neuromotores, sensitivos e, até mesmo, focais. Na descrição dos reflexos primitivos, houve consenso devido à ausência dos reflexos *preensão palmar* e *plantar*, *galant*, *busca*, *fuga à asfixia*, *cócleo-palpebral*, inserindo-os para que haja uma melhor descrição do estado neurológico da criança avaliada. Além da inserção das opções de compatibilidade, descritas como *totalmente para a idade*, *parcialmente para a idade* ou *não compatíveis*, contemplando o exame neurológico e o julgamento do estado atual da criança avaliada (IVC=0,81/K=0,80). Os marcos neurais são preditivos para condutas em pediatria clínica, tendo em vista a gama de aspectos patológicos que podem ser encontrados durante a investigação de enfermagem à criança com afecções neurais.²⁵⁻²⁷

O enfermeiro que lida com as doenças neuromotoras necessita incluir uma avaliação sensório-motora apurada no exercício do cuidar, levando em consideração cada competência cognitiva e sinal primitivo de desenvolvimento da cognição, gnósia, resposta central e periférica do sistema nervoso do infante. Tal fato torna complexo o saber cuidar em pediatria e traz ao profissional a responsabilidade de detectar afecções e, substancialmente, saber tratar delas. Logo, torna-se pertinente e salutar a avaliação dos juízes no que concerne à inserção dos reflexos primitivos no campo do instrumento referente à avaliação neuronal.^{26,27} A adequabilidade dos valores para escore de risco clínico no campo da necessidade de regulação neurológica foi consensual (IVC=0,81/K=0,80), tomando por base o critério de alcance dos marcos neurais como fator baixo de risco, considerando-os fisiológicos e factíveis à criança durante seu crescimento. No entanto, quando submetidos à ausência destes, a criança passa a ser pontuada com escores significativos, fato este contemplado pelos especialistas em conjunto durante a execução do fator preditivo de risco clínico.

Na necessidade de regulação do crescimento celular (IVC=0,81/K=0,65), houve a inserção das opções de compatibilidade, descritas como *totalmente para a idade*, *parcialmente para a idade* ou *não compatíveis*, tendo em vista a descrição nesse item dos marcos do desenvolvimento e crescimento infantil a serem identificados pelo enfermeiro durante o exame físico. As decisões pertinentes aos valores de escore de risco (IVC=0,81/K=0,65) e conteúdo da variável se fizeram sob a perspectiva da avaliação integral das doenças de prevalência na infância (AIDPI), tendo em vista à integralidade pertinente aos critérios elencados na estratégia, fato de grande valia ao enfermeiro. Os marcos do

desenvolvimento infantil que, tanto são contemplados no AIDPI quanto no próprio cartão de acompanhamento da criança, foram trabalhados no referido item, levando os juízes a modificarem o julgamento clínico do alcance dos referidos marcos de acordo com a idade, a adequabilidade da sequência de apresentação destes ($IVC=0,81/K=0,65$) e seus valores de escore, sendo estes últimos trabalhados na mesma vertente de valores consideráveis dos reflexos primitivos para quando não compatíveis à idade.²⁸

Na necessidade de regulação vascular, houve consenso entre os juízes para que houvesse a modificação do campo de escrita relacionado à descrição clínica dos achados cardiológicos. O instrumento não possuía um local apropriado, tomando por juízo do grupo, em terceira rodada de retroalimentação de Delphi, a abertura para o enfermeiro discernir e discorrer sobre os seus achados. Além disso, defendeu-se o critério de avaliação subjetiva dos *tipos de doenças cardiovasculares* que a criança pode apresentar ou ter histórico, a descrição do *acesso venoso*, se houver instalado, e sua *localização*, além de um espaço para avaliação sistêmica do sinal edematoso de *Godet*, descrito em cruces.

A propedêutica cardiológica leva o enfermeiro a investigar os sinais de agravamento cardiocirculatórios que a criança pode apresentar, seja por uma doença congênita ou adquirida. Entender o quadro das cardiopatias requer precisão nas condutas e conhecimento científico para torná-las exequíveis, elaborando e norteando assim o plano de cuidado. A classificação do estado cardiológico enquanto normocárdico e suas derivações para a anormalidade, o ritmo cardíaco e suas alterações de consonância que destoam do sinusal, características das bulhas cardíacas e sua sonoridade reverberativa, presença ou ausência de sopro cardíaco, avaliação dos pulsos, perfusão periférica e situação circulatória, são fatores indispensáveis à propedêutica do enfermeiro que cuida da criança, tornando assim coerente o julgamento dos juízes voltado à modificação do conteúdo da variável e da logística de sequência de apresentação técnica do registro ($IVC=0,81/K=0,74$).²⁷

Na necessidade de segurança, amor, aceitação e gregária; por se tratar de um domínio de necessidades que excedem o entendimento biológico, contemplando aspectos como sentimentos e reações subjetivas da criança a estímulos e relações sociais estabelecidas, verificou-se um grau de dificuldade para concordância entre os especialistas. No entanto, após a terceira rodada de retroalimentação e feedback em Delphi, houve o consenso no que diz respeito ao conteúdo pertinente à expressão do afeto infantil ($IVC=0,81/K=0,63$), representado pelo item *expressão de sentimento por outras pessoas*, permanecendo inalterado,

modificando-se apenas a ordem de apresentação ($IVC=0,81/K=0,63$). O julgamento dos valores da estratificação do risco clínico foram inerentes às condições que se relacionam a estados patológicos ($IVC=0,81/K=0,63$), como por exemplo, depressão, ansiedade, apatia, irritabilidade e agressividade, tendo em vista ausência de possibilidades de mensuração de itens subjetivos, como por exemplo, *agarra-se ao acompanhante na presença de outras pessoas, evita familiares e medo*.

O nível de concordância relacionado ao instrumento em sua totalidade de itens, obtido entre os juízes foi considerado satisfatório, porém com a ressalva de que a *necessidade de regulação hormonal* fosse retirada do instrumento, tendo em vista a ausência de contribuição clínica para o público assistido segundo sugestões dos especialistas 81,9% ($n=9$), uma vez que dois juízes afirmaram a contribuição e adequação do conteúdo para o público pediátrico 18,1% ($n=2$), assumindo assim um $IVC=18,1$ e $K=0,33$, levando o instrumento a atingir um nível de IVC de 0,94 e de *Kappa* 0,71 em totalidade de itens, com relação expressiva da concordância substancial dos juízes. Considerado elevado, este valor o torna apto intrinsecamente à aplicabilidade clínica na prática assistencial pediátrica.

CONCLUSÃO

Delineou-se o processo de refinamento dos itens a partir da distribuição nas respectivas variáveis que compõem o instrumento em questão, variáveis estas representadas pelas necessidades humanas básicas que contemplam a criança em sua totalidade. As recomendações dos juízes no que diz respeito ao reposicionamento, alteração do conteúdo, inclusão e exclusão de itens, bem como estabelecimento do valor preditivo do risco clínico em cada item foram acatadas, apresentando assim índices de validade do conteúdo e coeficiente *kappa* satisfatórios.

A validação do instrumento visou oportunizar a assistência prestada às crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas, tornando assim explícita a necessidade crescente da criação e melhorias de instrumentos válidos e ofertados aos serviços de saúde, visando direcionar os cuidados os quais são propostos durante a sua aplicabilidade. Alcançou-se o objetivo proposto, tendo em vista que o instrumento demonstrou-se válido quanto ao seu conteúdo, inerente a cada variável e item que o compõe.

A não aplicabilidade do instrumento em outros campos de atendimento clínico pediátrico foi uma limitação do estudo, pois a expansão do uso da ferramenta para coleta de dados na primeira etapa do PE por enfermeiros de pediatria, em outros serviços assistenciais,

promoverá a melhoria do instrumento e a oportunidade da execução de novos percursos validatórios, aprimorando a assistência.

Deixa-se clara a necessidade de validação clínica do instrumento, tendo em vista a grande contribuição no quesito do percurso de validação da ferramenta, corroborada no que tange à pertinência dos dados clínicos verificados junto às crianças hospitalizadas. Instrumentos válidos e confiáveis contribuem para ações e intervenções de alta qualidade em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Watson J. Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2017 [Citado 2018 Set 1]; 26(4):1-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-0000.pdf>
2. Whatson J. Unitary Caring Science. The Philosophy and Praxis of Nursing. Association of University Press - Colorado. Lousville, 2018.
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
4. Giehl CT, Costa AEK, Pissaia LF, Moreschi C. A equipe de enfermagem frente ao processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2016 [Citado 2018 Nov 18]; 5(2):87-95. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1621>
5. Miranda AR, Oliveira AR, Toia LM, Stucchi HKO. The evolution of nursing care models of in-hospital children in the last 30 years: from a disease centered model to a child and family centered model. Rev. Fac. Ciênc. Méd [Internet]. 2015 [Cited 2018 Oct 12];17(1): 5 – 9. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/12890/pdf>
6. Silva IC; Santos FC; Prudêncio FA. Papel da Enfermagem e da Família na Assistência e Recuperação da Criança Hospitalizada. Revista Saúde em Foco [Internet]. 2017 [Citado 2018 12 Out]; (4)1:58-66. Available from: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1506>
7. Benedet SA; Gelbcke FL; Amante LN; et al. Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. Care Online [Internet]. 2016 [Citado 2018 Ago 09]; 8(3):4780-4788. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237>

8. Gomes RM; Teixeira LS; Santos MCQ; Sales ZN; Linhares EF; Santos KA. Sistematização da assistência de enfermagem: revisitando a literatura brasileira. Id on Line Rev. Mult. Psic [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 12];12(40):123-34. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1167>
9. Ferreira TMC; Lima CLJ; Ferreira JDL; Azevedo LR; Silva KL; Costa MML. Validation of instruments for care in pediatrics: an integrative study. Enfermería Global [Internet]. 2019 [Cited 2019 Feb 28]; 16(6):625-9. Available from: <https://pdfs.Enfermeria.glb.cuncas.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pdf>
10. Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. International Journal of Older People Nursing [Internet]. 1989 [Cited 2018 Set 29];8(1)309-18. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1744618X.2004.tb00009.x?sid=nlm%3Apubmed>
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 9a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.
12. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas [Internet]. 2014 [Citado 2019 Mar 12]; 44(22): 203-220. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>
13. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. Heart Lung [Internet]. 1987 [Cited 2018 Oct 12]; 16(6): 625-9. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pdf>
14. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. RJ, Vozes, 2013.
15. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. The use of delphi's technique in health: an integrative review of brazilian studies. Arq. Ciênc. Saúde [Internet]. 2015 [Cited 2018 Out 24]; 22(2). Available from: <file:///C:/Users/%20Note/Downloads/136-1-746-1-10-20150713.pdf>
16. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatr Clín [Internet]. 1998 [Citado 2018 Set 25]; 25(5):206-13. Disponível em: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
17. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health [Internet]. 2007 [Cited 2018 Oct 31]; 30(4):459-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>
18. Pereira JÁ, Escobar EMA. Nursing Care to Premature Newborn With Respiratory Distress Syndrome: an Integrative Review. Rev. Saúde em Foco [Internet]. 2016 [Cited 2018 Oct 27]; 3(2):17-36. Available from: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1324>

19. Duarte PS, Maziero FF, Antoniassi DQ, Souza LT, Felix AF, Eloise D, Orensztejn ME, Marchi E, Gazeta RE. Doenças respiratórias agudas em crianças brasileiras: os cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta? Revista Paulista de Pediatria [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 23]; 36(1):3-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010305822018000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
20. Oliveira ND, Silva EB, Moura RL, Dantas ENDA, Silva JCC, Cordeiro SA, Souza GSF, Maciel FFC, Macedo NLS, Oliveira DA, Falcone APM. Efeitos da Utilização da Terapia Nutricional Enteral em Crianças Hospitalizadas: uma Revisão. International Journal of Nutrology [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 16]; 11(S 01): S24-S327. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1674648>
21. Brandt KG, de Castro Antunes MM, da Silva GA. Acute diarrhea: evidence-based management. Journal of Pediatric [Internet]. 2015 [Cited 2018 Dec 11]; 91:S36---43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800005
22. Lopes TAMC, Monteiro MFV, Oliveira JD, Oliveira DR, Pinheiro AKB, Damasceno SS. Diagnósticos de enfermagem em crianças hospitalizadas. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]. 2017 [Citado 2018 Nov 27]; 18(6): 756-762. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31084>
23. Sarmanho CLB, Gonçalves KLP, Nogueira MA, Melo MF, Teixeira RC. Estratégia lúdica no ensino de boas práticas de higiene à crianças hospitalizadas. Interdisciplinary Journal of Health Education [Internet]. 2016 [Citado 2018 Out 24]; 1(2)143-150. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/115>
24. Más M, Tórtora S, Morosini F, Hernández Karen, Benítez MA, Orso PD, Prego J. Infecções cutâneas e de partes moles com tratamento ambulatorial num hospital pediátrico do Uruguai depois de 10 anos da epidemia SAMR. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 12]; 89(4):251-56. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S168812492018000500251&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
25. Silva TP, Silva MM, Silva LJ, Silva IR, Leite JL. Especificidades contextuais do cuidado de enfermagem à criança em condição crônica hospitalizada. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2015 [Citado 2018 Out 21]; 14(2):1082-1090. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23814>
26. Freitas ZMP, Pereira CU, Oliveira DMP. Influência da avaliação neurológica seriada durante período de internamento hospitalar e seus reflexos no prognóstico funcional de recém-nascidos a termo com asfixia perinatal. Rev Bras Neuro Psiq [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 20]; 22(2):142-156. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/409>
27. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. 9º edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

28. Martignago G, Corrêa MV, Campomor C. Educação permanente do público-alvo para detecção precoce de alterações neuromotoras infantis. R. Eletr. de Extensão [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 13]; 15(31): 79-93. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2018v15n31p79>

ARTIGO 3

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO E A PERSPECTIVA DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADA

RESUMO

Introdução: sistematizar a assistência de enfermagem na pediatria consiste na execução das atitudes inerentes à vinculação do conhecimento e prática, subsidiadas pelo processo de enfermagem enquanto ferramenta metodológica. Para construção do raciocínio inerente ao cuidar sob a avaliação da criança em estado vulnerável, verifica-se que o enfermeiro utiliza de estratégias de investigação clínica para obter suporte em sua tomada de decisão, considerando o risco de saúde da criança hospitalizada. O uso de instrumentos para o norteamiento do cuidar configura-se uma delas. **Objetivo:** averiguar a validade clínica de um instrumento para coleta de dados quanto à capacidade mensuratória das necessidades humanas básicas através do risco clínico de crianças entre 0 a 5 anos hospitalizadas. **Método:** estudo metodológico, com abordagem quantitativa, realizado com 150 crianças em uma clínica pediátrica de um hospital escola do município de João Pessoa – PB, entre os meses de janeiro a maio de 2018. Para coleta de dados, respeitou-se as etapas de validação clínica do instrumento. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de variância seguida do teste de K-means (Cluster Analysis) como método de agrupamento e o *Tuckey Test*, bem como o modelo descritivo de classificação binária sob o peso da evidência – *WoE* e análise de agrupamento. **Resultados:** para o estabelecimento de grupos de risco clínico, confirmou-se a existência dos grupos de baixo, médio e alto risco clínico, assumindo um valor de $p=0,000$. Quanto à diferenciação das crianças inseridas nos respectivos grupos, apresentou-se um *Tuckey test* com escore total médio de 114,13 para alto risco, caracterizando as crianças atendidas na alta complexidade. Como produto da aplicação do modelo descritivo de classificação binária *WoE*, verificou-se alteração prioritária das necessidades de eliminação e nutrição, com maiores valores de informação e, respectivamente, clínicos. Após análise de agrupamento hierárquico, consolidou-se a informação de que houve grande similaridade entre as necessidades Nutrição e Hidratação, como também entre as necessidades Segurança e Crescimento. **Conclusão:** clinicamente, o instrumento mostrou a capacidade mensuratória das alterações a partir do risco da criança examinada, respaldado nos escores somados a cada item das necessidades humanas básicas que o compõem e, nas crianças examinadas, alteram-se.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Estudos de Validação; Processo de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: systematizing nursing care in pediatrics consists of the implementation of attitudes inherent to the linkage of knowledge and practice, subsidized by the nursing process as a methodological tool. To construct the rationale inherent in caring under the evaluation of the child in a vulnerable state, it is verified that nurses use clinical investigation strategies to

obtain support in their decision making, considering the hospitalized child's health risk. The use of instruments to guide care is one of them. **Objective:** to investigate the clinical validity of an instrument for data collection regarding the measurable capacity of basic human needs through the clinical risk of children between 0 and 5 years hospitalized. **Method:** methodological study, with a quantitative approach, carried out with 150 children in a pediatric clinic of a school hospital in the municipality of João Pessoa - PB, between January and May 2018. Data collection was carried out in accordance with the stages of validation of the instrument. To analyze the data, we used the analysis of variance followed by the K-means test (Cluster Analysis) as a grouping method and the Tuckey Test, as well as the descriptive model of binary classification under the weight of evidence - WoE and analysis of grouping. **Results:** for the establishment of groups of clinical risk, the existence of low, medium and high clinical risk groups was confirmed, assuming a value of $p = 0.000$. As for the differentiation of the children in the respective groups, a Tuckey test with a mean total score of 114.13 was presented for high risk, characterizing the children attended in the high complexity. As a result of the application of the descriptive model of binary classification WoE, there was a priority change in elimination and nutrition needs, with higher values of information and, respectively, clinical. After analysis of hierarchical grouping, it was consolidated the information that there was great similarity between the needs of Nutrition and Hydration, as well as between the needs of Safety and Growth. **Conclusion:** clinically, the instrument showed the measurable capacity of the alterations based on the risk of the examined child, supported in the scores added to each item of the basic human needs that compose it and, in the children examined, change.

Palavras chave: Pediatric Nursing; Validation Studies; Nursing Process.

RESÚMEN

Introducción: sistematizar la asistencia de enfermería en la pediatría consiste en la ejecución de las actitudes inherentes a la vinculación del conocimiento y práctica, subsidiadas por el proceso de enfermería como herramienta metodológica. Para la construcción del razonamiento inherente al cuidar bajo la evaluación del niño en estado vulnerable, se verifica que el enfermero utiliza estrategias de investigación clínica para obtener soporte en su toma de decisión, considerando el riesgo de salud del niño hospitalizado. El uso de instrumentos para el manejo del cuidado se configura una de ellas. **Objetivo:** averiguar la validez clínica de un instrumento para la recolección de datos en cuanto a la capacidad mensurativa de las necesidades humanas básicas a través del riesgo clínico de niños entre 0 a 5 años hospitalizados. **Método:** estudio metodológico, con abordaje cuantitativo, realizado con 150 niños en una clínica pediátrica de un hospital escuela del municipio de João Pessoa - PB, entre los meses de enero a mayo de 2018. Para la recolección de datos, se respetaron las etapas de validación clínica del instrumento. Para el análisis de los datos, se utilizó el análisis de varianza seguida de la prueba de K-means (Cluster Analysis) como método de agrupamiento y el Tuckey Test, así como el modelo descriptivo de clasificación binaria bajo el peso de la evidencia - WoE y análisis de varianza agrupación. **Resultados:** para el establecimiento de grupos de riesgo clínico, se confirmó la existencia de los grupos de bajo, medio y alto riesgo clínico, asumiendo un valor de $p = 0,000$. En cuanto a la diferenciación de los niños insertados en los respectivos grupos, se presentó un Tuckey test con puntaje total promedio de 114,13 para alto riesgo, caracterizando a los niños atendidos en la alta complejidad. Como producto de la aplicación del modelo descriptivo de clasificación binaria WoE, se verificó alteración prioritaria de las necesidades de eliminación y nutrición, con mayores valores de información y, respectivamente, clínicos. Después del análisis de agrupamiento jerárquico, se consolidó la información de que hubo gran similitud entre las necesidades Nutrición e

Hidratación, así como entre las necesidades Seguridad y Crecimiento. **Conclusión:** clínicamente, el instrumento mostró la capacidad mensuratoria de las alteraciones a partir del riesgo del niño examinado, respaldado en los escores sumados a cada ítem de las necesidades humanas básicas que lo componen y, en los niños examinados, se alteran.

Palabras clave: Enfermería Pediátrica; Estudios de Validación; Proceso de Enfermería.

INTRODUÇÃO

No contexto da assistência voltada às práticas de cuidado em saúde da criança, o desafio inerente ao cumprimento das perspectivas de transformação das demandas pediátricas no que diz respeito ao quadro de adoecimento infantil, leva o enfermeiro a refletir sobre os aspectos que compõem a sua atuação enquanto profissional do cuidar.¹

Assistir a criança hospitalizada é um processo amplo e complexo, o qual perpassa pelas instâncias da promoção, recuperação, prevenção e tratamento dos mais variados casos de conturbação do processo de saúde-doença da pessoa-criança.²

Quando se trata do cuidado do enfermeiro pediatra, a amplitude dos atos desenvolvidos conjuntamente à equipe de saúde se entende também à família, à compreensão das minuciosidades inerentes ao crescimento e desenvolvimento e às particularidades da criança em caráter físico, clínico, tornando-se mais dispendioso o processo de elaboração da assistência. É o cuidar que demanda saberes pediátricos cientificamente embasados, os quais tornam o “assistir a criança” resolutivo e dotado de características que sustentam as ações.³

Nesse sentido, sistematizar a assistência é a chave para a redução do impacto que o cuidar minucioso e complexo da criança hospitalizada trás ao processo de trabalho dos profissionais que atuam em pediatria hospitalar. Além disso, através do Processo de Enfermagem (PE), o enfermeiro se torna o agente central do cuidado direcionado e resolutivo, fundamentando cada etapa de sua atuação sob o saber clínico e técnico-científico, desde o levantamento de dados pertinente ao histórico de enfermagem, até a alta da criança após concluídas as etapas do PE.⁴

Ser capaz de conduzir o trabalho por meio de ferramentas que tragam subsídios ao profissional e sua equipe é um dos objetivos que configuram o trabalho do enfermeiro como essencial na pediatria, tornando assim o uso de instrumentos para o desenvolvimento do cuidar notoriamente necessário. Além disso, conseguir contemplar a condução diagnóstica do enfermeiro por intermédio do levantamento de informações voltadas às características clínicas da criança hospitalizada, fazendo com que se evidencie o risco inerente ao estado atual de saúde da criança atendida e cuidada, torna-se uma nuance a ser discutida e trabalhada, visando

o alcance da associação efetiva entre a identificação da condição clínica infantil e o estabelecimento do seu potencial risco. É conseguir aprimorar o cuidar através de uma estratégia concisa, resolutiva e eficaz.⁵

Para tanto, a construção de instrumentos e a utilização ferramentas válidas que priorizem o cuidar assistencial, têm se tornado alvo de pesquisas, visando a oportunização das etapas do PE junto aos cuidados dispensados às crianças hospitalizadas vulnerabilizadas pelo adoecimento.

No que tange à validação clínica de um instrumento, esta compreende a confirmação, no ambiente clínico, dos indicadores empíricos de um instrumento, avaliados pelos especialistas. Para a sua realização, é necessária a anamnese, para a coleta de dados de natureza emocional, social e espiritual; e o exame físico, para os dados de natureza fisiológica.⁶

Logo, buscando contribuir para um cuidado efetivo junto à expansão e aprimoramento da atuação do enfermeiro no que diz respeito ao norteamento do raciocínio clínico e diagnóstico, preditivos para a identificação veemente do risco de saúde da criança hospitalizada, desenvolveu-se o estudo em tela, baseando-se nas alterações das necessidades humanas básicas da criança, tendo em vista a ampliada compreensão do quadro de saúde a partir delas, configuradas como essenciais para a identificação das demandas da criança e, por sua vez, do seu risco.

Portanto, o estudo objetivou averiguar a validade clínica de um instrumento para coleta de dados quanto à capacidade mensuratória das necessidades humanas básicas através do risco clínico de crianças entre 0 a 5 anos hospitalizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma unidade de clínica pediátrica de um hospital universitário do município de João Pessoa – PB, no período de janeiro a maio de 2018.

A pesquisa metodológica consiste na inquirição de métodos e formas de investigação científica que visam modificar ou criar caminhos para o aprimoramento de técnicas, ferramentas, modalidades e ações utilizadas no cotidiano, independente do contexto o qual se aborde ou trabalhe. É uma das modalidades de pesquisa considerada complexa, tendo em vista a necessidade de comprovação metodológica dos atributos desenvolvidos durante a sua execução.⁷

Fizeram parte do presente estudo crianças que se encontravam em processo de admissão hospitalar, inseridas na faixa etária de anos, selecionados de forma não probabilística, conveniência.

$$n = \frac{\frac{z^2 PQ}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 PQ}{d^2} - 1 \right)} \quad (8) \quad \begin{array}{l} 0-5 \\ \text{por} \end{array}$$

O tamanho amostral (n) foi calculado pela seguinte expressão que, por sua vez, está implementada no pacote R, cujo programa que a executa se encontra descrito abaixo:

```
p = 0.50
q=1-p
C =0.96
z= qnorm(C + (1-C)/2)
d = 0.04
nzero = z^2*(p*q)/d^2
nzero #se nzero/N > 0,05
então n= nzero/(1 + nzero/N)n
```

Tendo em vista a inexistência de referenciais metodológicos pertinentes à validação de histórico de enfermagem, objeto desta análise, adotaram-se critérios específicos à seleção das crianças hospitalizadas para determinar a amostra e proceder ao tratamento estatístico dos dados.

Para determinar o tamanho amostral, levou-se em consideração o quantitativo de crianças atendidas no serviço de clínica pediátrica em um período de um ano. O acesso ao número de atendimentos deu-se por meio dos registros de enfermagem da referida instituição que é referência no estado da PB. A partir disso, identificou-se um quantitativo populacional de 1463 crianças atendidas durante o transcorrer de um ano, onde destas, 766 (52,3%) se configuraram menores de 5 anos, faixa etária alvo da aplicabilidade do instrumento.

Para a coleta de dados firmada a ser desenvolvida em quatro meses, esperou-se uma população de tamanho 192 (766/4). Assim, a uma amostra de 150 crianças, delineada para o estudo em tela, atingiu-se uma fração amostral de 78,5%. O valor obtido no cálculo de delineamento amostral foi de 148,68, adotando-se 150 pacientes. Com este quantitativo, obtém-se uma confiança de 96% com erro de 4%.

Para obtenção da amostra, foi levado em consideração os seguintes critérios de inclusão: crianças com faixa etária de 0 a 5 anos; em processo de admissão hospitalar; hospitalizadas em até, no máximo, 48 horas de permanência na instituição; e como critérios

de exclusão: crianças com menos de 24 horas de permanência hospitalar ou que excedessem 48 horas de hospitalização; crianças que realizassem acompanhamento de tratamento; crianças que não estivessem no ambiente da clínica pediátrica no momento da coleta.

O presente estudo foi estruturado com o intuito de dar seguimento ao processo validatório do instrumento, tomando por base a validação clínica como forma metodológica para o alcance dos resultados aqui descritos. Sendo assim, previamente à validação clínica, o instrumento foi validado quanto ao conteúdo, respeitando-se as seguintes etapas:

1ª etapa: validação do conteúdo do instrumento de coleta de dados

O instrumento foi submetido à validação com expertises na área de pediatria e neonatologia, sendo selecionados sob critérios estabelecidos e submetidos ao processamento a partir das rodadas de retroalimentação da técnica Delphi.⁸ Por sua vez, sob o parecer dos 11 especialistas, buscou-se através de 3 rodadas de envio e feedback entre juízes e o pesquisador, consolidar a concordância relacionada às correções e sugestões acerca do instrumento no tocante ao atendimento dos critérios de estruturação do conteúdo quanto à pertinência, sequência de itens e características clínicas analisadas nos domínios do instrumento, bem como unificar o julgamento dos escores inerentes à gravidade clínica da criança frente às variáveis representadas pelas NHBs no instrumento, utilizando a nomenclatura de: 0- Sem risco clínico; 1- Baixo risco clínico; 2- Risco clínico moderado; 3- Alto risco clínico. Os especialistas realizaram a apreciação de cada item e respectivo tópico (Necessidade Humana Básica) do instrumento com o intuito de se obter uma validação consistente e legítima.

Alcançou-se um consenso quantificado entre 80% e 95% dos juízes, contemplando pertinência do Conteúdo, Sequência Adequada e Estratificação do Risco Clínico inerente às variáveis e os respectivos itens de cada uma delas, levando em consideração o valor de 75% como critério mínimo para concordância entre juízes.⁹ Calculou-se o índice de validade do conteúdo (IVC) e *Kappa* (K) para cada variável do instrumento e, o IVC/*Kappa* geral, sendo estes últimos evidenciados pelos valores de 0,94 e 0,71, julgados satisfatórios substancialmente, levando em consideração a referência de $\geq 0,75$ e $\geq 0,61$ para conteúdo e concordância válidos.¹⁰

2ª etapa: operacionalização da validação clínica do instrumento

O instrumento estruturado já mostrando-se válido quanto ao conteúdo e portando os indicadores de risco clínico assistencial da criança, foi aplicado por dois enfermeiros

especialistas em pediatria e neonatologia, onde se realizou a avaliação clínica criteriosa da criança através do exame físico e anamnese pediátrica, atendendo aos requisitos de inclusão elencados. Os dados clínicos após tabulados e exportados ao software *Statistical Package Science Social (SPSS)*, versão 20.0, foram processados pela análise estatística. Para isso, utilizou-se a análise de variância seguida do teste de K-means (Cluster Analysis) como método de agrupamento e o *Tuckey Test*, bem como o modelo descritivo de classificação binária sob o peso da evidência – WoE e análise de agrupamento (AA) para ratificação validatória com o intuito de ratificar a validade clínica do instrumento durante a aplicação deste na assistência às crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas, bem como comprovar os aspectos mensuratórios do instrumento quanto ao atributo que se propõe medir.¹¹

O estudo considerou todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 e da Resolução do COFEN 564/2017, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, Brasil, sob número da CAAE 76649517.3.0000.5183. Resalta-se que todos os acompanhantes das crianças que compuseram a amostra assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A validação clínica do instrumento foi considerada uma estratégia de consolidação inerente à aplicabilidade deste, tendo em vista a justificativa do alcance dos requisitos necessários para se considerar um meio válido no que concerne à contribuição no cuidado de enfermagem direcionado à criança hospitalizada, mais precisamente na mensuração do que se propõe enquanto método de cuidar na primeira etapa do processo de enfermagem.

Para a construção do percurso validatório, o instrumento foi quantificado frente à análise crítica e clínica dos expertizes selecionados para a atividade estratificatória. As necessidades humanas básicas foram configuradas e quantificadas de acordo com cada domínio que compõe o instrumento, levando a uma sistemática de estratificação do risco clínico que a criança apresenta ao se inserir no ambiente hospitalar para início de seu processo de restabelecimento terapêutico. Para melhor análise e compreensão dos pareceres clínicos e, conseqüentemente, quantificação e apreensão do quesito pertinente ao aspecto mensuratório que o instrumento propõe, elencou-se a estratificação do risco clínico como base para o transcorrer da validação do instrumento.

Sendo assim, apresentou-se uma medida denominada escore total (soma dos pesos atribuídos aos itens do instrumento) que, por sua vez, representa a gravidade clínica do quadro

de saúde apresentado pela criança, obtido com a soma dos escores de cada dimensão inerente ao instrumento, que se buscou ser validado. Logo, ao aplicar o instrumento, somou-se a pontuação obtida em cada dimensão com os respectivos pesos atribuídos a cada item e, esta soma, conflui no resultado pertinente ao escore total obtido pela criança examinada durante o histórico de enfermagem. Compreende-se então que, quanto maior o escore total, mais representatividade de um índice com maior gravidade no estado clínico da criança se evidencia na interpretação dos dados coletados.

Para classificação do referido risco, o escore total foi dividido em três categorias. A primeira, foi representada pelos 25% menores escores totais (escores abaixo do quartil 1), a qual corrobora com o menor risco de saúde, seguida do segundo grupo em que, os escores totais, situam-se entre o quartil 1 e o quartil 3, configurando um médio risco de saúde e, o terceiro grupo, caracterizado por possuírem os 25% maiores escores totais (maiores do que o quartil 3), representados por um quadro de saúde mais grave.

Estes três grupos foram denominados respectivamente de Risco Baixo, Médio e Elevado de acordo com o fracionamento dos quartis e as características do perfil numérico inerente a cada um deles de acordo com o risco da criança atendida. A escolha de três grupos pode ser confirmada como uma classificação aceitável que discrimina o estado de saúde em três categorias, discriminação que é confirmada com a aplicação do método de agrupamento (*Cluster Analysis*) *K-means*, cujo resultado mostra de forma significativa a existência de três grupos (valor- $p < 0,001$), conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos grupos enquanto estratificação da classificação do risco clínico pediátrico, João Pessoa, PB, 2019.

ANOVA para o agrupamento pelo método <i>K-means</i>						
Escore Total	Agrupamento		Erro		Teste F	p-Valor
	Quadrado médio	Gl	Quadrado médio	Gl		
	7391,311	2	20,92	147	353,36	0,000

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Sequencialmente, aplicou-se uma Análise de Variância (ANOVA) para determinar se os três grupos de risco clínico (elevado, médio e baixo), determinado sob avaliação dos critérios de avaliação da criança submetida ao exame, apresentam diferenças significativas. Na tabela 1, percebe-se que os grupos criados pela análise apresentam diferença significativa, pois o p-valor é menor que 0,005, constatando-se inferencialmente que estes três grupos são

distintos como forma classificadora do grau de risco da saúde da criança atendida pelo enfermeiro durante o levantamento de dados no histórico, atividade inerente à aplicação do instrumento.

Portanto, é plausível a hipótese de que ao menos um dos três grupos é diferente. Logo, para fins de comprovação acerca da distinção dos três grupos sob o ponto de vista estatístico, aplicou-se o teste de *Tuckey* que, por sua vez, reafirma a distinção dos caracteres inerentes aos grupos, tornando-os assim evidentemente distintos e válidos para serem classificadores dos pacientes examinados pelo enfermeiro durante a coleta de dados, primeira etapa do PE.

Na Tabela 2, aceita-se a hipótese de três grupos distintos (diferentes entre si) onde, o grupo classificado como Baixo Escore possui escore médio de 86,37; e o grupo com Classe de Risco Elevado apresenta escore total médio 114,13. Portanto, fica comprovado que a classificação adotada para o escore total pode ser categorizada em três classes de risco, permitindo ampliar o uso aos pacientes da população de crianças de 0 a 5 anos submetidas ao processo de internação pelo enfermeiro, objeto de aplicabilidade do instrumento.

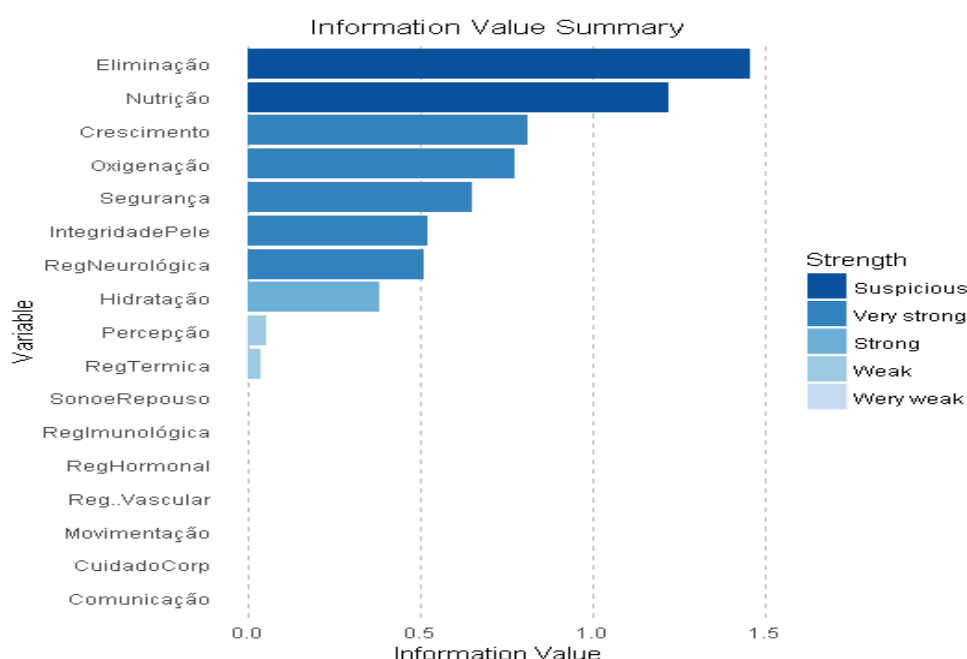
Tabela 2 – *Comprovação da distinção dos grupos de estratificação do risco clínico da criança examinada, João Pessoa, PB, 2019.*

Teste de Tukey para as comparações entre grupos				
Classe Risco	N	Grupos distintos		
		1	2	3
Baixo	38	86,37		
Médio	74		99,14	
Elevado	38			114,13
Sig.		0,999	0,999	0,999

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A Figura 1 diz respeito à representação das necessidades humanas básicas e suas alterações clínicas em conformidade com o estado de saúde da criança examinada na primeira etapa do processo de enfermagem.

Figura 1 – Estado clínico de saúde da criança e as necessidades humanas básicas, João Pessoa, PB, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A Figura 1 é a demonstração do produto da aplicação do modelo descritivo de classificação binária *Weight of Evidence*, conhecido pela sigla WoE que, por sua vez, calcula para cada variável independente (necessidade humana básica) sua influência sobre o desfecho Risco Elevado. Para a aplicação deste modelo, o risco foi dicotomizado em Risco Elevado e Baixo, sendo este último o que contempla as categorias Baixo e Médio. Tal fato tornou-se evidente mediante a comprovação da necessidade do estabelecimento de uma forma de mensurar, através de um método quantificável, o que se propõe com a implementação do instrumento, nesse caso, as condições clínicas do estado de saúde da criança avaliada. Este se configura pelas alterações sintomáticas e sinais de predição que levam à conclusão diagnóstica das doenças que, por sua vez, na análise clínica do quadro da criança durante a avaliação do enfermeiro, são interpretadas por meio das alterações nas necessidades humanas, permitindo ao profissional desenvolver suas ações durante as etapas seguintes do PE.²⁹

De acordo com a Figura 1, as necessidades mais influentes no que diz respeito à alteração devido à desestabilização clínica da criança submetida à anamnese e exame físico para levantamento de dados durante a aplicação do histórico enfermagem, consequentemente aumento do risco em seu estado de saúde, em ordem de importância de acordo com o maior valor informativo (0,0 – 1,5) foram Eliminação e Nutrição, classificadas como influência

extremamente forte; Crescimento, Oxigenação, Segurança, Integridade da Pele, Regulação neurológica, foram classificadas como influência muito forte; Hidratação, como influência forte e, a necessidade de Percepção e Regulação térmica, como influência fraca.

Após a análise subsidiada pelo risco clínico das crianças submetidas ao processo de hospitalização, verificou-se que as demandas relacionadas à necessidade de eliminação conturbada foram consideráveis, tendo em vista os itens que o instrumento possui e, conseqüentemente, analisa dentro da necessidade eliminação. Alterações gastrointestinais são comuns nas crianças, principalmente na primeira e segunda infância, em decorrência de fatores como o processo incompleto de formação da microbiota intestinal e exposição a agentes diarreicos e inflamatórios da mucosa intestinal e gástrica, culminando em doenças gastrointestinais que levam a criança à hospitalização, fato este comprovado pelo estudo em tela, principalmente no que concerne às infecções intestinais, gastroenterocolites agudas e alterações propriamente ditas alternativas a procedimentos enterorráficos (fechamento de ostomias), característico de crianças que possuem comorbidades crônicas. Além disso, doenças do trato urinário, como infecções urinárias de repetição e glomerulonefrite difusa aguda são apontadas como fatores que levam a alteração da necessidade eliminação tão evidentemente demonstrada. Os distúrbios hidroeletrólíticos (DHEs) contribuem também para o aumento do quadro de necessidade eliminatória em pediatria, valendo ressaltar a presença destes no grupo de crianças avaliadas com o histórico de enfermagem em estudo.^{21,30}

Com a perda volêmica, conteúdo intestinal e até mesmo gástrico, a criança fica propensa à perda efetiva de nutrientes e, em casos graves, pode alcançar quadros de desnutrição. As necessidades humanas de eliminação e nutrição se inter-relacionam fortemente, principalmente no que diz respeito à mensuração de fatores que levam a criança a apresentar tais alterações, objeto de busca do instrumento em pesquisa. A aceitação alimentar, sua via de administração bem como seu estado geral nutricional levantam informações reais necessárias ao enfermeiro para o seu julgamento clínico sobre o quadro nutricional e de doença da criança, tornando o instrumento efetivo em seu atributo.³¹

A influência muito forte das necessidades de crescimento, oxigenação, segurança, integridade física e cutâneo-mucosa e regulação neurológica, evidenciam-se na representação devido à grande contribuição biológica e decisória ao quadro de saúde da criança. Diante do que se avalia no instrumento, a aplicabilidade deste em um público de crianças atendidas em

clínica pediátrica condiz com as alterações físicas inerentes aos domínios clínicos das necessidades.

A necessidade de regulação do crescimento celular, em pediatria, contempla as alterações relacionadas aos eventos dos marcos do desenvolvimento e crescimento, sendo assim identificados de forma cautelosa durante a hospitalização quando alterados, não alcançados, pela criança inserida no ambiente de clínica. Além disso, explica-se a necessidade de segurança, amor e gregária, associada à necessidade de regulação do crescimento e desenvolvimento, dentro do mesmo espectro de importância clínica, pelo fato da impetração de reconhecimento psicossocial e emotivo da criança no transcorrer da sua maturação neuronal e cognitiva, adquirindo o discernimento sobre o que a cerca e, assim, permitindo a expressão durante o exame clínico do enfermeiro dos fatores psicoemocionais inseridos no instrumento (*ansiedade, irritabilidade, apatia, agressão, medo, expressão de sentimentos por outras pessoas, agarra-se ao acompanhante na presença de outras pessoas*), a fim de identificá-los e registrá-los mediante análise do profissional.³²

No que tange à oxigenação, o risco de vida é considerado iminente quando se instalam afecções respiratórias em uma criança de 0 a 5 anos, sobretudo quando não se realizam condutas previamente pensadas e elencadas sob critérios diagnósticos precisos e levantados a partir de uma exímia investigação na primeira etapa do PE. A oxigenação em pediatria clínica é vital, tornando o enfermeiro responsável pela condução e estabelecimento de cuidados respiratórios em quadros de importante alteração desta necessidade. Sob a perspectiva de implementação do instrumento, avaliar sinais preditivos de sofrimento respiratório como conduta em anamnese clínica de enfermagem para a tomada de decisão é primordial para o cuidado, pois modifica a situação de agravo da criança e atua sob a perspectiva de reversão oportuna do quadro crítico de oxigenação quando instalado.^{18,33}

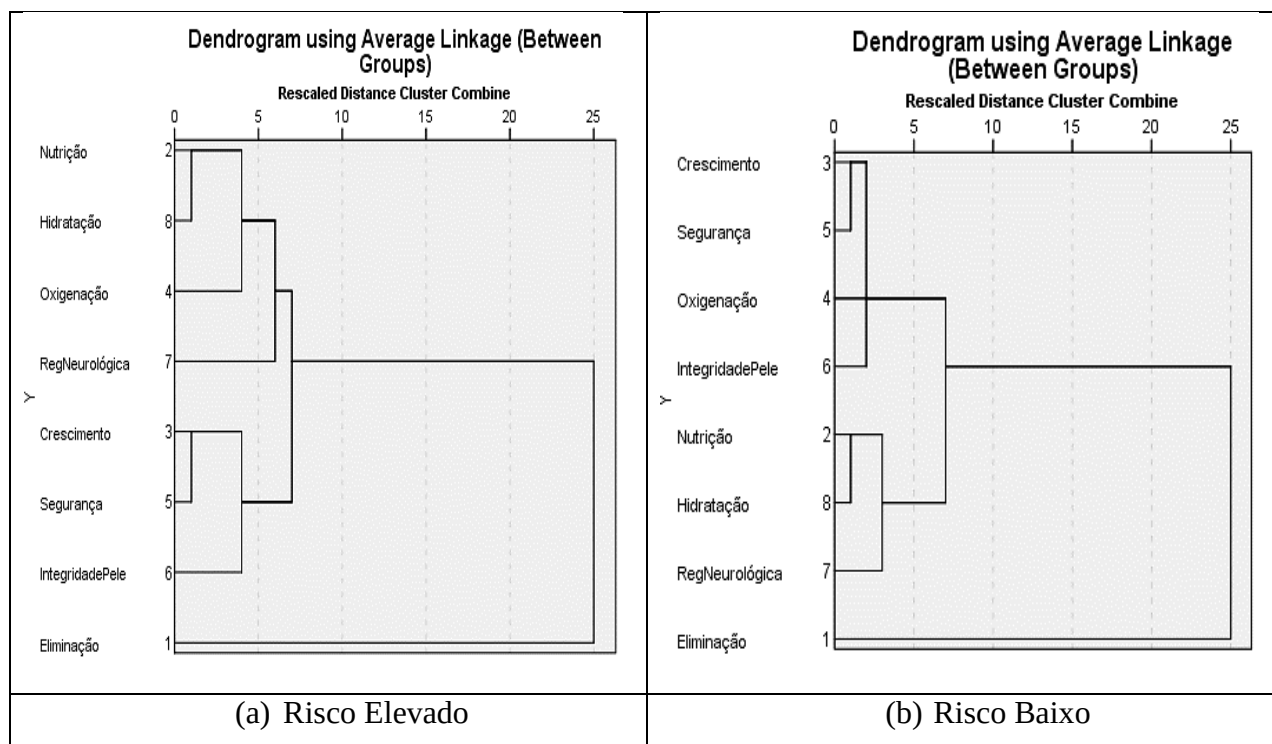
Já no que concerne à necessidade de integridade física e cutâneo-mucosa, o rastreio das condições da pele e suas afecções em pediatria leva o instrumento a possuir alto valor clínico, tendo em vista que os itens que o compõem levam à identificação precisa das alterações tópicas da criança, facilitando o trabalho clínico do enfermeiro enquanto agente identificador de indicadores clínicos que levam ao diagnóstico de enfermagem e suas respectivas intervenções. Já se comprova o grande papel do enfermeiro no tocante ao diagnóstico das lesões de pele e forte atuação da enfermagem em dermatologia, fato este primordial ao cuidado das lesões agravantes à criança hospitalizada.^{24,34}

A necessidade de regulação neurológica tem efetiva contribuição em crianças com doenças crônicas, objeto de cuidado intrínseco à aplicabilidade do instrumento em clínica pediátrica, tomando por base o atendimento aos pacientes que apresentam fatores neuromotores afetados pela cronicidade das doenças degenerativas, bem como incapacitantes, principalmente quando desenvolvidas nos primeiros anos de vida. Ter um instrumento que contempla uma avaliação do estado geral de consciência, bem como alberga as minuciosidades pertinentes ao exame neurológico infantil, seus reflexos primitivos, histórico de afecções convulsivas e compatibilidade do estado neurológico à idade de etapa do desenvolvimento atual, torna essencial e comprovada a pertinência dessa necessidade no estudo.³⁵

A necessidade de hidratação, regulação hídrica e eletrolítica se apresentou como fator de influência forte, deixando clara a evidência de que as ações de caráter clínico de enfermagem, no histórico, são pertinentes no que diz respeito à detecção do estado inicial de hidratação da criança, mensuração do risco quanto à perda hídrica e à demanda de reposição de substâncias hidroeletrólíticas, tendo em vista a depreciação do quantitativo de eletrólitos e líquidos a cada afecção detectada durante a hospitalização que leva ao estabelecimento do quadro hídrico prejudicado.³⁶

A Figura 2 apresenta o dendrograma (diagrama de árvore) de uma Análise de Agrupamento Hierárquico (*Cluster Analysis*) com o método da Ligação Média (*Average Linkage*) e medida de distância euclidiana. Tal análise foi realizada com o objetivo de demonstrar a correlação da capacidade mensuratória do instrumento e o que se propõe analisar a partir de sua implementação (alterações nas NHBs da criança), chegando a um agrupamento de informações clínicas levantadas a partir da interpretação das alterações evidenciadas nas crianças que compuseram a amostra sob estratificação dos agravos clínicos destas, demonstrados pela quantificação dos escores.

Figura 2 – Agrupamento das necessidades humanas básicas conforme alteração hierárquica, João Pessoa, PB, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Observa-se que, tanto na Figura (2a) como em (2b), a necessidade de Eliminação se distingue das demais, fato já verificado na Figura 1. Há grande similaridade entre as necessidades Nutrição e Hidratação, como também entre as necessidades Segurança e Crescimento. Além disso, a necessidade de oxigenação apresenta-se dentro dos dois grupos dicotomizados, enfatizando sua grande demanda clínica e importância analítica frente ao público pediátrico. Portanto, mesmo que os pacientes sejam classificados em grupos de risco elevado e baixo, comprovou-se que a hierarquia de suas necessidades são similares, sendo provável que a diferença é a gravidade de seu quadro clínico, fator este que demarca enfaticamente a importância da delimitação do risco clínico da criança durante o processo de análise do enfermeiro de suas demandas de saúde, através da expressão das necessidades.

Tal fato corrobora o que a teórica Horta afirma, onde em sua teoria deixa claro acerca do fato das necessidades humanas básicas se alterarem conforme a singularidade de cada pessoa vivenciando o seu processo de doença e, por sua vez, conturbação de seu campo energético, tornando a assistência passível de modificações pertinentes a cada cuidado implementado pelo enfermeiro. No que concerne à criança, autores demonstram a evidência de que as alterações clínicas podem ser mensuradas conforme estratificação de valores e a predição de tomadas de decisão sob julgamentos frente à aplicabilidade do uso de ferramentas

durante a assistência de enfermagem, levando a melhorias no cuidado e precisão na medida do atributo o qual o instrumento propõe medir.^{37,38}

Clinicamente, o instrumento mostrou a capacidade mensuratória das alterações a partir do risco da criança examinada, respaldado nos escores somados a cada item das necessidades humanas básicas que o compõem e, nas crianças examinadas, se alteram. Após avaliada, o enfermeiro registra no instrumento as características clínicas da criança e, com isso, desenvolve o raciocínio diagnóstico voltado às condições alteradas de saúde que esta apresenta. Portanto, o instrumento mostra a capacidade de nortear a assistência clínica do profissional, evidenciando uma potencial forma de mensurar o que a criança possui em seus aspectos de necessidades alteradas durante a hospitalização em situação de doença.

CONCLUSÃO

O olhar do enfermeiro sobre a SAE em pediatria, a partir do processo de enfermagem trabalhado durante o cuidar da criança no ambiente hospitalar, contempla as necessidades dos pacientes de acordo com a integralidade e individualidade de cada ser cuidado.

Diante destas considerações, explicita-se que o instrumento mostra-se válido para a avaliação clínica não somente das crianças-alvo inseridas em amostra, mas também das que serão avaliadas por este instrumento na aplicabilidade clínica do enfermeiro, tornando-as passíveis de estratificação conforme os três níveis de riscos, fato este evidenciado pelos grupos obtidos na análise de agrupamento. Desta forma, vale ressaltar que se cumpriu o objetivo de estabelecer uma forma de, utilizando o instrumento para levantamento de dados clínicos da criança hospitalizada, detectar o risco da gravidade do quadro de saúde da criança, bem como comprovar a capacidade de mensurar o fator clínico que se propõe avaliar com o instrumento em questão a partir da evidente estratificação estabelecida frente aos respectivos sinais clínicos da criança e suas necessidades humanas básicas alteradas, registrados pelo enfermeiro.

A não aplicabilidade do instrumento em outros campos de atendimento clínico pediátrico configurou-se uma limitação do estudo, pois a expansão do uso da ferramenta que se mostrou válida por enfermeiros de pediatria, em outros serviços assistenciais, firma-se como sugestão para tornar o instrumento mais robusto e aprimorado para o seu uso no cotidiano, considerando o processo validatório, por natureza, dinâmico. Instrumentos válidos contribuem para ações e intervenções de alta qualidade em saúde.

A validação do instrumento visou oportunizar a assistência prestada às crianças de 0 a

5 anos hospitalizadas, tornando assim explícita a necessidade crescente da criação e melhorias de instrumentos válidos utilizados nos serviços de saúde, objetivando direcionar os cuidados propostos durante a sua aplicabilidade. Salienta-se a contribuição do estudo para o processo de aprimoramento do olhar clínico do enfermeiro à criança hospitalizada, bem como à informatização dos registros clínicos inseridos no histórico de enfermagem da criança hospitalizada, mediados pelo PE, tendo em vista a capacidade mensuratória do risco clínico delimitado a partir da implementação do instrumento de coleta de dados aqui validado, contribuição efetiva para a disciplina da enfermagem em seu curso assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Santos PM, Silva LF, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Nursing care through the perception of hospitalized children. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Mar 26]; 69(4):603-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>
2. Depianti JRB, Melo LL, Ribeiro CA. Brincando para continuar a ser criança e libertar-se do confinamento da hospitalização em precaução. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [Citado 2019 Mar 28]; 22(2):e20170313. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-22-02-e20170313.pdf
3. Azevêdo AVS, Lançoni Jr AC, Nursing team, family and hospitalized child interaction: an integrative review. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [Cited 2019 Mar 27]; 22(11):3653-3666. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n11/3653-3666>
4. Caldeira MM, Souza TV, Morais RCM, Moraes JRMM, Nascimento LCN, Oliveira ICS. Anotaciones del equipo de enfermería: a (des) valorización del cuidado por la información suministrada. *Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2019 [Citad 2019 Mar 27]; 11(1): 135-41. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ps/P111135>
5. Rocha ENT, Rocha RR. O tratamento de crianças hospitalizadas. *Journal of Specialist* [Internet]. 2019 [Citado 2019 Mar 27]; v.2, n. 2. Disponível em: <http://journalofspecialist.com/jos/index.php/jos/article/view/99>
6. Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. *International Journal of Older People Nursing* [Internet]. 1989 [Cited 2018 Set 29];8(1)309-18. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1744-618X.2004.tb00009.x>
7. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 9a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.
8. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. The use of delphi's technique in health: an integrative review of brazilian studies. *Arq. Ciênc. Saúde* [Internet]. 2015 [Cited 2018 Out 24]; 22(2). Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/136>
9. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 1998 [Citado 2018 Set 25]; 25(5):206-13. Disponível em:

<http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>

10. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* [Internet]. 2007 [Cited 2018 Oct 31]; 30(4):459-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>
11. Hastie T, Tibshirani R, Friedman J. *Elements of Statistical Learning: Data Mining, Inference and Prediction*. Second Edition, Springer, 2009.
12. Oliveira RS, Almeida EC, Azevedo NM, Almeida MAP, Oliveira JGC. Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem. *Revista UNIABEU* [Internet]. 2015 [Citado 2018 Set 21]; 8(20). Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1912>
13. Shane AL, Mody RK, Crump JÁ, Tarr PI, Steiner TS, Kotloff K, Langley JM, Wanke C, Warren CA, Cheng AC, Cantey J, Pickering LK. Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clinical Review & Education* [Internet]. 2017 [Cited 2018 Dec 28]; 65(12):e45–e80. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2725406>
14. Cabral AA, Cunha AL, Cardoso SMDT. Doenças prevalentes na infância: diarreia e desnutrição evidenciadas em uma Unidade de Saúde bem estruturada. *Rev Esc Ciênc Med Vol Red* [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 10]; 9-19. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cienciasmedicas/article/view/1306>
15. Moraes RLS, Carvalho AM, Magalhães LC. The environmental context and the child development: brazilian studies. *J. Phys. Educ* [Internet]. 2016 [Cited 2018 Dez 12]; 27(14). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-24552016000100201
16. Fernandez A, Mintegi JBS. Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de avaliação pediátrica nas configurações de emergência. *Jornal de Pediatria* [Internet]. 2017 [Citado 2018 Out 02]; 93(1): 60-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S002175572017000700060&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
17. Parente JS, Silva FR. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes internados na clínica pediátrica em um hospital universitário. *Rev Med UFC* [Internet]. 2017 [Citado 2018 Dez 12]; 57(1):10-14. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/19819>
18. Cohen KE, Scanlon MC, Bermanian U, Schindler CA. Insuficiência cutânea pediátrica. *Sou J Crit Care* [Internet]. 2017 [Citado 2018 Set 23]; 26(4):320-328. Disponível em: <http://residenciapediatria.com.br/detalhes/126/guideline-para-o-diagnostico-e-tratamento-das-infeccoes-cutaneas-e-de-partes-moles--atualizacao-pela-sociedade-americana-de-doencas-infecciosas--2014->
19. Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição. Doenças Infecciosas Pediátricas diretrizes baseadas em evidências para o manejo da gastroenterite aguda em crianças na Europa: atualização de 2014. *J Pediatr*

- Gastroenterol Nutr [Internet]. 2014 [Citado 2018 Dez 11]; 59(1): 132-52. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf
20. Curado MAS, Teles JMV, Marôco J. Análisis estadístico de escalas ordinales. Aplicaciones en el Área de Salud infantil y Pediatría Statistical analysis of ordinal scales. Field applications of Pediatrics and Child Health. Enfermería Global [Internet]. 2013 [Citado 2018 Out 21];30. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200021&script=sci_arttext&tlng=pt
21. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo. EPU: 2011.
22. Magalhães FJ, Lima FE, Almeida PC, Ximenes LB, Chaves CM. Care protocols with risk classification in pediatrics: inter-observer reliability. Acta Paul Enferm [Internet]. 2017 [Cited 2019 Jan 30]; 30(3):262-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300262

ARTIGO 4

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS ALTERADAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS E SUA ASSOCIAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO MÉDICO: ESTRATÉGIA PARA APRIMORAMENTO DA SAE EM PEDIATRIA

RESUMO

Introdução: para que aconteça a operacionalização do cuidado em pediatria de forma sistemática, é necessária a utilização de meios que tornem as estratégias elencadas pelo enfermeiro, no cuidado à criança, viáveis de serem implementadas. No que concerne ao uso de instrumentos para levantamento de dados de enfermagem, verifica-se a busca das informações clínicas apresentadas pela criança e investigadas pelo enfermeiro. Nela, as alterações das necessidades humanas básicas são identificadas, tendo em vista que estas são compreendidas pelas respostas evidenciadas pela criança às alterações patológicas que as acometem, inferindo-se uma correlação com o diagnóstico médico sob a perspectiva propedêutica das funções vitais alteradas. **Objetivo:** verificar a associação entre as necessidades humanas básicas alteradas e os diagnósticos médicos. **Metodologia:** estudo descritivo, analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 150 crianças em uma clínica pediátrica de um hospital escola do município de João Pessoa – PB, entre os meses de janeiro a maio de 2018. Para coleta de dados, validou-se o instrumento de coleta quanto ao conteúdo e à clínica. Após aplicação, elencou-se as necessidades humanas básicas alteradas para cada integrante da amostra e os respectivos diagnósticos médicos. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva para o cálculo da frequência em número absoluto e percentual. **Resultados:** verificou-se uma prevalência do diagnóstico de pneumonia (14%) e infecção do trato urinário (14%). A necessidade de oxigenação foi a mais alterada dentro do corpo de necessidades conturbadas pelo diagnóstico de pneumonia, tornando este o mais evidente. Evidenciou-se forte relação entre a Gastroenterocolite e a necessidade de percepção; Palatoplastia e Queiloplastia, com a necessidade de integridade física e cutâneo mucosa, nutricional e comunicação. Por sua vez, Infecção do Trato Urinário com sono e repouso, necessidade de eliminação e hidratação substancialmente alteradas. Já nos distúrbios tópicos,

a celulite evidencia a conturbação da necessidade de integridade física e cutâneo mucosa. Enterorrafia, associou-se à alteração da eliminação e da necessidade de cuidado corporal. Por fim, as neuropatias interligaram-se à necessidade de regulação neurológica e de crescimento celular perturbadas. **Conclusão:** o estudo contemplou a partir da relação entre o quadro sintomatológico e a respectiva necessidade humana alterada de cada criança examinada a associação dos respectivos domínios alterados com o diagnóstico médico estabelecido.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Estudos de Validação; Processo de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: In order to make the operationalization of pediatric care in a systematic way, it is necessary to use means that make the strategies listed by the nurse in the care of the child feasible to be implemented. Regarding the use of instruments to collect nursing data, the search for the clinical information presented by the child is verified and investigated by the nurse. In it, changes in basic human needs are identified, since they are understood by the responses evidenced by the child to the pathological alterations that affect them, inferring a correlation with the medical diagnosis under the propaedeutic perspective of the altered vital functions. **Objective:** To verify the association between altered basic human needs and medical diagnoses. **Method:** a descriptive, analytical, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out with 150 children in a pediatric clinic of a school hospital in the municipality of João Pessoa - PB, between January and May 2018. For data collection, the instrument of collection regarding the content and the clinic. After application, the altered basic human needs were listed for each sample member and respective medical diagnoses. For the analysis of the data, the descriptive statistic was used to calculate the frequency in absolute number and percentage. **Results:** a prevalence of the diagnosis of pneumonia (14%) and urinary tract infection (14%) was found. The need for oxygenation was the most disturbed within the body of needs troubled by the diagnosis of pneumonia, making this the most evident. There was a strong relationship between Gastroenterocolitis and the need for perception; Palatoplasty and Queiloplasty, with the need of physical and cutaneous mucosal, nutritional and communication integrity. In turn, Urinary Tract Infection with sleep and rest, need for elimination and hydration substantially altered. Already in the topical disorders, cellulite shows the disruption of the need for physical and cutaneous mucosal integrity. Enterorrhaphy, was associated with the change in elimination and the need for body care. Finally, neuropathies were interconnected with the need for disturbed neurological regulation and cell growth. **Conclusion:** the study looked at the relationship between the symptomatology and the respective altered human need of each examined child, the association of the respective altered domains with the established medical diagnosis.

Palavras chave: Pediatric Nursing; Validation Studies; Nursing Process.

RESUMÉN

Introducción: para que ocurra la operacionalización del cuidado en pediatría de forma sistemática, es necesaria la utilización de medios que hagan las estrategias enumeradas por el enfermero, en el cuidado al niño, viables de ser implementadas. En lo que concierne al uso de instrumentos para el levantamiento de datos de enfermería, se verifica la búsqueda de las informaciones clínicas presentadas por el niño e investigadas por el enfermero. En ella, las alteraciones de las necesidades humanas básicas son identificadas, teniendo en cuenta que estas son comprendidas por las respuestas evidenciadas por el niño a las alteraciones patológicas que las acomete, inferiendo una correlación con el diagnóstico médico bajo la perspectiva propedéutica de las funciones vitales alteradas. **Objetivo:** verificar la asociación

entre las necesidades humanas básicas alteradas y los diagnósticos médicos. **Metodología:** estudio descriptivo, analítico, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado con 150 niños en una clínica pediátrica de un hospital escuela del municipio de João Pessoa - PB, entre los meses de enero a mayo de 2018. Para recolección de datos, si el instrumento de recolección en cuanto al contenido ya la clínica. Después de la aplicación, se establecieron las necesidades humanas básicas alteradas para cada integrante de la muestra y los respectivos diagnósticos médicos. Para el análisis de los datos, se utilizó la estadística descriptiva para el cálculo de la frecuencia en número absoluto y porcentual. **Resultados:** se verificó una prevalencia del diagnóstico de neumonía (14%) e infección del tracto urinario (14%). La necesidad de oxigenación fue la más alterada dentro del cuerpo de necesidades conturbadas por el diagnóstico de neumonía, haciendo este el más evidente. Se evidenció una fuerte relación entre la Gastroenterocolitis y la necesidad de percepción; Palatoplastia y Queiloplastia, con la necesidad de integridad física y cutánea mucosa, nutricional y comunicación. Por su parte, Infección del tracto urinario con sueño y reposo, necesidad de eliminación e hidratación sustancialmente alteradas. En los disturbios tópicos, la celulitis evidencia la conturbación de la necesidad de integridad física y cutánea mucosa. La Enterorrafia, se asoció a la alteración de la eliminación y la necesidad de cuidado corporal. Por último, las neuropatías se vincularon a la necesidad de regulación neurológica y de crecimiento celular perturbadas. **Conclusión:** el estudio contempló a partir de la relación entre el cuadro sintomatológico y la respectiva necesidad humana alterada de cada niño examinada la asociación de los respectivos dominios alterados con el diagnóstico médico establecido.

Palabras clave: Enfermería Pediátrica; Estudios de Validación; Proceso de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O cuidar, quando direcionado ao ser humano em sua totalidade, consiste em uma prática resolutive e contempla as dimensões biopsicossocial e espiritual. No tocante à enfermagem enquanto ciência do cuidar, torna-se evidente a necessidade do incorporamento de tecnologias utilizadas para mediar os atos que transformam ações frente à rotina assistencial do profissional enfermeiro. Tal fato cresce conjuntamente ao desenvolvimento do pensamento crítico permeado pela prática pautada em evidências que, cotidianamente, transfigura-se na forma de agir, tornando os cuidados quando implementados resolutivos, embasando a decisão do enfermeiro durante o seu exercício laboral.¹

A enfermagem teve o seu primeiro ápice de desenvolvimento científico na década de 1950, quando objetivou incorporar conceitos próprios à profissão através da atuação de enfermeiras que, enfaticamente, trabalharam para a estruturação dos modelos conceituais e, por vez, das teorias de enfermagem que serviram como modelo às rotinas práticas da profissão, frutos colhidos até a atualidade por pesquisadores e profissionais atuantes no ramo assistencial.^{2,3}

Horta, a exemplo, tornou-se grande referência na Enfermagem moderna devido a sua atuação e criação da teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs), baseada na teoria de

Maslow e delineada sob os domínios de Mohana. O fundamento da teórica discorre sobre a importância do atendimento holístico das necessidades humanas que se inter-relacionam e emergem de acordo com a alteração biopsicossocial e espiritual voltados para a individualidade do ser, tornando o enfermeiro o responsável pelo restabelecimento integral do indivíduo.⁴

Posteriormente, avanços foram alcançados no que concerne ao processo de enfermagem (PE), método sistemático que norteia a prestação dos cuidados da enfermagem durante o percurso assistencial através de cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.⁵

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) quando estabelecida a partir das etapas que se inter-relacionam, de forma desenvolta e flexível, direciona o método do PE, fundamentado no conhecimento científico, promovendo oportunidades para ações e proporcionando o profissional enfermeiro ressignificar sua práxis. Tratando das etapas do PE em pediatria, mais precisamente do diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro necessita identificar os problemas da criança a partir de dados coletados na investigação, sendo estes primordiais para a construção do planejamento do cuidado. É necessário conhecimento e precisão clínica para poder formular um diagnóstico, tornando assim uma tarefa complexa ao enfermeiro que a executa.⁶

Para tanto, partindo do pressuposto que, para que aconteça a operacionalização do cuidado em pediatria de forma sistemática e científica, é necessária a utilização de meios que tornem essas estratégias elencadas pelo enfermeiro, frente ao cuidado integral e direcionado à criança, viáveis de serem implementadas. Logo, a utilização de instrumentos válidos que viabilizem condutas assistenciais para a operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem em foco no cotidiano pediátrico, tornou-se alvo de estudos metodológicos, a fim de buscar melhorias e oportunizar o cuidado exercido pelo enfermeiro.⁷

No que concerne ao uso de instrumentos para levantamento de dados, primeira etapa do PE compreendida como Histórico de Enfermagem, verifica-se a busca das informações clínicas apresentadas pela criança e investigadas pelo enfermeiro, sendo esta etapa considerada preditiva para as demais, incluindo ao estabelecimento dos diagnósticos. Nela, as alterações das necessidades humanas básicas são identificadas, tendo em vista que estas são compreendidas pelas respostas evidenciadas pela criança às alterações nas respostas humanas que as acometem. Tal fato encontra-se diretamente relacionado ao diagnóstico médico, devido ao estabelecimento deste sob a perspectiva propedêutica das funções vitais alteradas, não se distanciando da realidade das necessidades humanas da criança a serem atendidas pelo

enfermeiro, mas sim, interligando-se.⁷

Buscando a compreensão do estabelecimento das alterações das necessidades humanas básicas e a sua correlação com os diagnósticos médicos, sob a perspectiva da teoria de Horta, traçou-se a necessidade de construção do estudo em tela mediante a justificativa da importância do conhecimento da relação expressiva entre as NHBs mais alteradas e os diagnósticos médicos presentes na população pediátrica estudada, informações estas encontradas durante o processo de desenvolvimento da validação de um instrumento de coleta de dados destinado a crianças de 0 a 5 anos atendidas em uma clínica pediátrica.

Logo, objetivou-se verificar a associação entre as necessidades humanas básicas alteradas e os diagnósticos médicos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma unidade de clínica pediátrica de um hospital universitário de João Pessoa – PB.

Estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde. Um dos principais delineamentos dos estudos analíticos é o delineamento transversal. Os estudos transversais são aqueles que produzem a descrição da situação de saúde de uma população ou comunidade com base no estado de saúde de cada um dos membros do grupo e também determinam indicadores globais de saúde para o grupo investigado. É um estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade.⁸

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2018. Fizeram parte do presente estudo crianças que se encontravam em processo de admissão hospitalar, inseridas na faixa etária de 0-5 anos, selecionadas de forma não probabilística, por conveniência.

O tamanho amostral (n) foi calculado pela expressão abaixo que está implementada no pacote R, executada pelo programa conforme descrição a seguir:

$$\begin{aligned} p &= 0.50 \\ q &= 1-p \\ C &= 0.96 \end{aligned}$$

$$n = \frac{\frac{z^2 PQ}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 PQ}{d^2} - 1 \right)} \quad \text{para} \quad (8)$$


```

z= qnorm(C + (1-C)/2)
d = 0.04
nzero = z^2*(p*q)/d^2
nzero #se nzero/N > 0,05
então n= nzero/(1 + nzero/N)n

```

Para determinar o tamanho amostral, levou-se em consideração o quantitativo de crianças atendidas no serviço de clínica pediátrica em um período de um ano. O acesso ao número de atendimentos deu-se por meio dos registros de enfermagem da referida instituição que é referência no estado da PB. A partir disso, identificou-se um quantitativo populacional de 1463 crianças atendidas durante o transcorrer de um ano, onde destas, 766 (52,3%) se configuraram menores de 5 anos, faixa etária alvo da aplicabilidade do instrumento.

Para a coleta de dados firmada a ser desenvolvida em quatro meses, esperou-se uma população de tamanho 192 (766/4). Assim, a uma amostra de 150 crianças, delineada para o estudo em tela, atingiu-se uma fração amostral de 78,5%. O valor obtido no cálculo de delineamento amostral foi de 148,68, adotando-se 150 pacientes. Com este quantitativo, obtém-se uma confiança de 96% com erro de 4%.

Para obtenção da amostra, foram levados em consideração os seguintes critérios de inclusão: estar inserido na faixa etária de 0 a 5 anos; em processo de admissão hospitalar; hospitalizadas em até, no máximo, 48 horas de permanência na instituição. Como critérios de exclusão: crianças que permanecem por menos de 24 horas de permanência hospitalar ou que excedam 48 horas de hospitalização; crianças que realizam acompanhamento de tratamento; crianças que não estavam no ambiente da clínica pediátrica no momento da coleta.

Para coleta de dados e prosseguimento da execução do estudo, utilizou-se o instrumento para histórico de enfermagem voltado a crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas, validado quanto ao conteúdo e à clínica. Para associação das necessidades humanas básicas e os diagnósticos médicos, os dados quantificados através de códigos numéricos foram organizados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*, por meio de dupla digitação e posterior verificação, a fim de controlar possíveis erros e exportados ao *software Statistical Package Science Social* (SPSS), versão 20.0. Para apresentação e análise dos resultados, foi utilizada a estatística descritiva para o cálculo da frequência em número absoluto e percentual, apresentados por meio de tabelas.

O estudo considerou todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 e da Resolução do COFEN 564/2017, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, Brasil, sob número da CAAE 76649517.3.0000.5183.

RESULTADOS

Na Tabela 1, os dados elencados demonstram os diagnósticos médicos determinados para cada integrante que compôs a amostra, sendo captados para posterior associação com as necessidades humanas básicas da criança quando hospitalizada para prosseguimento terapêutico. Estes, por sua vez, foram sistematizados pela nomenclatura diagnóstica, seguida de um código numérico (*Cód.*) que identifica em prontidão o diagnóstico e, logo após, do valor percentual que corresponde ao quantitativo de crianças que apresentaram a referida patologia dentro do espectro amostral coletado. Tal fato demonstrou uma estratégia benéfica à análise, tendo em vista a panorâmica visão acerca dos diagnósticos prevalentes na população estudada e seu respectivo valor de acometimento dos pacientes que fizeram parte do estudo.

Tabela 1 – Prevalência de diagnósticos médicos em crianças hospitalizadas de 0 a 5 anos hospitalizadas, João Pessoa, PB, 2019.

Diagnóstico	Cód	N	Diagnóstico	Cód	n	Diagnóstico	Cód	N
Anemia Ferropriva	1	1,3%	Desnutrição Grave	20	1,3%	Neuropatia Crônica	39	1,3%
Celulite	2	5,3%	Enterorrafia	21	4%	Erisipela Bolhosa	40	0,6%
Diarreia Crônica	3	1,3%	**GNDA	22	2,6%	Funduplicatura de Niessen	41	1,3%
Leucemia	4	0,6%	Refluxo Vesicouretral	23	0,6%	Retirada de Cisto Tireoglosso	42	0,6%
*ITU	5	14%	Apneia Neonatal	24	0,6%	Desidratação	43	0,6%
Queiloplastia	6	4,6%	Atraso do Desenvolvimento	25	0,6%	***GECA	44	2,6%
Dispneia Grave	7	0,6%	Febre	26	1,3%	Nefrolitíase Bilateral	45	0,6%
Atresia de Esôfago	8	0,6%	Amigdalectomia	27	0,6%	Convulsão Febril/Afebril	46	0,6%
Doença de Kawasaki	9	0,6%	Síndrome de Klippel Treenaway	28	0,6%	Cardiopatia Congênita	47	0,6%
Erro Alimentar	10	1,3%	Disenteria	29	0,6%	Hemangiomatose	48	0,6%
Otite	11	0,6%	Estenose Pilórica	30	0,6%	Infecção Intestinal	49	1,3%

Síndrome Nefrótica	12	2%	Síndrome Pé-Mão-Boca	31	0,6%	Doença de Chron	50	0,6%
Bronquite	13	2,6%	Nefrostomia	32	0,6%	Síndrome de Arnold Chiari	51	0,6%
Pneumonia	14	14%	Síndrome de West	33	1,3%	Hemorragia Digestiva Alta	52	0,6%
Pancitopenia	15	0,6%	Diarreia aguda	34	0,6%	Sífilis neonatal	53	0,6%
Bronquiolite	16	3,3%	Infecção Neonatal	35	0,6%	Impetigo	54	0,6%
Crise Asmática	17	0,6%	Glomerulopatia	36	0,6%	Laringotraqueomalácia	55	0,6%
Palatoplastia	18	7,3%	Infecção da Ferida Operatória	37	1,3%	Broncopneumonia	56	1,3 %
Anemia Hemolítica	19	1,3%	Osteogênese Imperfeita	38	0,6%	Vasculite	57	0,6%

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Infecção do Trato Urinário; **Glomerulonefrite Difusa Aguda; *Gastroenterocolite Aguda*

Na Tabela 2, as informações demonstram a associação realizada entre a necessidade humana básica da criança e o respectivo diagnóstico médico a qual se demonstra mais alterada conforme caráter clínico avaliado pelo enfermeiro na implementação do instrumento de coleta de dados validado. Em escala de prioridade inerente à respectiva alteração ligada à necessidade classificada por domínios do próprio instrumento, os percentis do diagnóstico médico variam de acordo com a importância clínica para a criança dentro do padrão de cada necessidade humana, verificando assim mais de um diagnóstico, por vezes, presente em escala decrescente de percentis em cada NHB.

Ressalta-se que, os campos não preenchidos a cada necessidade foram representados por valores estatisticamente não significativos (entre 0,5% e 2%), bem como em comum a vários diagnósticos, o que tornaria a análise não fidedigna caso explicitados, tendo em vista a mescla de informações ligadas à apresentação clínica de cada patologia, optando-se assim pelos prioritários e com valores significantes para discussão embasada nos requisitos científicos da literatura pediátrica.

Tabela 2 - Associação das necessidades humanas básicas e o diagnóstico médico prevalente, João Pessoa, PB, 2019.

Necessidades	Primeiro		Segundo		Terceiro	
	Diagnóstico Médico	%	Diagnóstico Médico	%	Diagnóstico Médico	%
Oxigenação	14	41,2%	16	9,8%	18	5,9%
Nutricional	18	22,2%	6	13,9%	-	-
Hidratação	5	18,4%	2	7,9%	-	-
Eliminação	5	24,1%	14	20,7%	21	6,9%
Sono e Repouso	14	15,8%	5;16	10,5%	-	-
Motilidade	33	22,2%	-	-	-	-
Cuidado Corporal	2;21	16,7%	3;49;54	8,3%	-	-
Integridade Física	18	21,6%	2	15,7%	6	13,7%
Regulação Térmica	14	12,5%	2;5	9,4%	26	6,3%
Regulação Hormonal	-	-	-	-	-	-
Regulação Neurológica	14	40%	39	20%	33	10%
Regulação Imunológica	-	-	-	-	-	-
Regulação do Crescimento	39	22,2%	-	-	-	-
Regulação Vascular	22	23,5%	12;19	11,8%	-	-
Percepção	2;14	18,2%	44	13,6%	5	9,1%
Segurança	-	-	-	-	-	-
Comunicação	14	24,1%	6	17,2%	16	10,3%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Com relação à necessidade de oxigenação, crianças assistidas em unidade hospitalar de pediatria clínica apresentam, comumente, afecções respiratórias que levam à alteração da necessidade que contempla as trocas de gases e, conseqüentemente, o padrão de respiração.

No estudo em tela, 14% (n=21) das crianças apresentaram a infecção do parênquima pulmonar denominada de pneumonia como patologia mais prevalente que leva a alteração da referida NHB. Devido ao acometimento do tecido pulmonar de forma inflamatória e, por vezes, infecciosa, o quadro pneumônico torna a criança propensa ao desenvolvimento de infiltrados exsudativos, que culminam em situações de comprometimento das trocas de gases e níveis de oxigenação diminuídos.¹⁵

A capacidade de trocas a nível alveolar torna-se dificultada, até que se implementem terapias que levem à reversão do estado infeccioso e, assim, culminem em uma melhora. Estudos epidemiológicos realizados a partir das causas de internação pediátrica na rede hospitalar demonstram que, a pneumonia apresenta grande repercussão na população pediátrica, mostrando a eficácia dos cuidados de prevenção junto ao público infantil durante o período de primeira infância, além de ser a responsável por uma parcela considerável das internações pediátricas para tratamento de complicações pós-infecção pneumônica ou a fim de terapêutica prolongada sob antibioticoterapia.^{16,17} Neste estudo, além de explicitar grande importância em casos de internação e durabilidade no tocante à permanência das crianças no ambiente hospitalar, a pneumonia demonstrou a associação de alterações mais enfática dentro da amostra.

A necessidade de eliminação, por sua vez, esteve veementemente alterada quando o diagnóstico de infecção respiratória pneumônica se fez presente, fator este demonstrado no estudo em tela. Há evidências da clara relação de afecções gástricas que desenvolvem interações graves com o trato respiratório, principalmente nos distúrbios de deglutição, no entanto, a explícita correlação da repercussão gastrointestinal que leva a alterações eliminatórias nas crianças após infecção por pneumonia ou durante o processo agudo da doença, apresenta-se ainda incipiente.¹⁸ Estudo desenvolvido em uma clínica pediátrica de um hospital municipal demonstrou estreita relação entre alimentação e doença pulmonar em crianças, fator que é considerado forte enquanto contribuinte para o quadro de alteração do trato gastrointestinal, no entanto, ainda há pouco subsídio para correlação explícita da sintomatologia das alterações eliminatórias evidenciadas pelas crianças durante o quadro agudo de pneumonia e outras afecções respiratórias.¹⁹

Ainda há necessidade de evidências concretas com subsídios clínicos mais específicos, fato este que vem a ser alertado pela presente pesquisa, tendo em vista a proporção de pacientes atendidos na clínica pediátrica que apresentaram relação das eliminações intestinais alteradas e dores abdominais com o quadro de comprometimento respiratório. Infere-se clinicamente o dispêndio promovido pelo esforço respiratório característico do uso da

musculatura acessória em lactentes e ablactentes sobre o trato gastrointestinal, levando a criança a demonstrar sinais algícos, de alteração gástrica e motilidade fecal.

Não diferentemente, dentro de um conjunto de sinais inerentes ao processo de desenvolvimento da doença, encontra-se a alteração da temperatura em casos de pneumonia por etiologia viral ou bacteriana. Mais prevalente por cepas virais, a pneumonia leva à alteração da necessidade de regulação térmica pelo fato da resposta imunogênica se tornar exacerbada no início da doença, sendo a alteração térmica mais branda nas infecções virais e mais intensa nas bacterianas. A criança tende a desregular o sono e o repouso, devido ao aumento do dispêndio energético e características de dificuldade respiratória desvolutas no transcorrer da fase aguda da doença, fato este também evidenciado pelo estudo após a comprovação da alteração da necessidade de regulação do sono e repouso.²⁰

Na necessidade de regulação neurológica, a pneumonia se fez presente pelo fato das crianças que apresentam afecções neurológicas crônicas, perfil este inerente à população atendida na clínica pediátrica, a depender do grau de incapacitância e dependência da tecnologia respiratória, principalmente se for invasiva, tornarem-se vulneráveis aos acometimentos respiratórios de vias aéreas baixas, alertando à expressa necessidade do desenvolvimento de estratégias que busquem a prevenção destes agravos.²¹

Para as alterações das necessidades de percepção e comunicação, torna-se evidente após análise dos dados que a compreensão da percepção de dor por parte da criança, durante o processo de doença respiratória, é algo também presente como característica da população estudada. Estudo desenvolvido com profissionais médicos a fim de registrar o raciocínio clínico diagnóstico da doença pneumônica em crianças mostra que, a dor, configura-se um sinal presente nos casos de pneumonia agravada, principalmente em crianças que emitem sinais de tosse contínua e, outras, que são submetidas à drenagem torácica em decorrência de derrame pleural durante o curso da infecção pneumônica, fator este que corrobora com os achados do presente estudo, tendo em vista as características clínicas dos casos em que a necessidade de percepção, mais precisamente no item de *expressão da dor* inserido no instrumento, encontrava-se alterada nas crianças com o item *tosse produtiva* sempre demarcado no instrumento onde, parte destas, foram submetidas à drenagem de tórax para resolução do colapso pulmonar agravante.^{22,23}

Associado à informação da necessidade de regulação de percepção, crianças acometidas por pneumonia grave ou cronicada, quando hospitalizadas, emitem comportamentos que reverberam em uma necessidade de comunicação prejudicada, expressa por relações entre crianças da mesma faixa etária e, dentro da própria díade acompanhante-

paciente, ou até mesmo paciente-profissional, insatisfatórias.²⁴

Além disso, os dados também demonstram que 2,6% (n=4) de crianças acometidas pela patologia denominada de Gastroenterocolite aguda (GECA) também apresentam a necessidade de percepção alterada. Isso decorre do fato de que a doença quando desenvolvida nas crianças, principalmente na primeira e segunda infâncias, trazem repercussões intestinais que levam a quadros de dor abdominal aguda moderada, devido à problemática decorrente do esvaziamento intestinal e rarefação da flora microbiana residual, promovendo um meio desequilibrado e impróprio para manutenção das fezes em consistência adequada.²⁵

Os episódios de diarreia na GECA que, comumente são acompanhados de febre, irritabilidade e vômitos incoercíveis, levam a criança a uma situação de vulnerabilidade para efeitos sistêmicos, como distúrbios hidroeletrólíticos (DHEs) e quadros de desidratação grave, se não tratada em tempo oportuno. Logo, tal achado coaduna com os requisitos fisiopatológicos evidenciados na literatura pediátrica.²⁵

Vale ressaltar que, a mesma problemática ligada à comunicação prejudicada, também se aplica à bronquiolite, sendo esta patologia presente em um percentil de 3,3% (n=5) das crianças analisadas. A bronquiolite, doença potencialmente ocasionada por um vírus que destrói células epiteliais do trato respiratório, gera processos inflamatórios e áreas necróticas teciduais decorrente da morte sequencial de células sinciciais, causa base de hospitalizações pediátricas por agravos respiratórios em menores de 2 anos, tornando-se alvo evidente da alteração da variável necessidade de oxigenação.²⁶

Devido ao fato da obstrução bronquiolar em sua iminência patológica, a bronquiolite leva a criança a tornar-se hipersecretiva e com espaços mortos em regiões alveolares, corroborando assim com o achado do estudo em tela, tendo em vista que a grande reação corpórea inflamatória e hipersecretiva leva o pequeno paciente a sinais e sintomas característicos de sofrimento respiratório, dentre eles, a descompensação metabólica por déficit de trocas gasosas, alteração do sono e repouso, fator também evidenciado nos dados descritos na Tabela 1 na variável necessidade de sono e repouso, bem como a incapacidade aos esforços quando agravada.²⁶

Palatoplastia e Queiloplastia, procedimentos que se remetem à correção do palato duro e mole respectivamente através de uma técnica cirúrgica mediada por uma sutura denominada palatorrafia e, este último, à plástica corretiva da fissura labial, traz a alteração da necessidade de oxigenação em crianças, principalmente nos primeiros dias de pós-operatório.²⁷ Na amostra, os 11 pacientes (n=7,3%) que se apresentaram fissura palatina associada à fissura labial e, sete crianças (n=4,6%) fissura labial isolada, fatores estes considerados agravantes e

que evidenciam a alteração também da necessidade de integridade física e cutâneo-mucosa já demonstrada nos dados da Tabela 1, explicitavam sinais de hipersecreção, por vezes, tosse produtiva com sinais de desconforto respiratório e, também, histórico de doenças respiratórias com recorrência.

Corrobora-se por autores, em um estudo desenvolvido com o intuito de buscar compreender as dúvidas mais recorrentes de pais de crianças que nasceram com fissuras que, após procedimento cirúrgico para correção das malformações citadas, a ocorrência de episódios de vômitos e inapetência alimentar levam o paciente a, evidentemente, afirmar em seu quadro clínico alterações nos aspectos nutricionais e, assim, demonstrar as alterações clínicas da necessidade de nutrição, coadunando com os achados presente estudo.²⁸ Além disso, a presença da ferida cirúrgica alterando a integridade da pele e mucosa, demonstra o desenvolvimento de um receio à comunicação e expressão da criança após o procedimento corretivo. Além da dor, a instabilidade na comunicação é evidenciada pelo medo do ruptura da lesão, bem como explicada pelo cuidado do acompanhante para com o resultado do procedimento cirúrgico. Tal fato foi evidenciado em estudo desenvolvido por enfermeiros, na qual se buscou compreender as repercussões das alterações físicas e psicológicas da fissura labiopalatina em crianças e nos seus respectivos familiares.²⁷

No que concerne à Infecção do Trato Urinário (ITU), por ser uma patologia de importante prevalência na infância acometendo, potencialmente, o sexo feminino em uma proporção de 20:1 casos, mesmo a predominância no sexo masculino acontecendo quando a faixa etária se encontra antes dos seis meses de idade, verifica-se uma considerável alteração de necessidades humanas básicas na criança após a instalação da doença, principalmente em casos de ITU por repetição, clínica esta verificada em até 40% dos casos pediátricos de infecção. Em amostra, 21 crianças (n=14%) foram diagnosticadas com a infecção do trato urinário.²⁹

A febre é o sintoma mais frequente nos lactentes, não descartando as demais faixas de idade, levando assim a uma alteração da necessidade de regulação térmica ao ponto de se emitir julgamentos para o uso de medicamentos para controle da temperatura de forma controlada.²⁹

Além disso, a irritabilidade associada à dor, sintomas estes estritamente relacionados ao processo fisiopatogênico da infecção, levam a criança a alterar as necessidades de percepção e sono e repouso, em decorrência do controle dos níveis de apresentação da dor e, conseqüentemente, padrão de sono. A necessidade de eliminação estará bastante prejudicada quando instaladas as cistites, sinais que caracterizam a ITU na infância, sendo representadas

pela disúria, polaciúria, incontínências urgentes e até mesmo enurese em crianças com controle esfíncteriano já estabelecido.²⁹ Em consonância ao quadro clínico, verifica-se também que a amostra de crianças analisadas demonstrou a necessidade de hidratação alterada em quadros de ITU, corroborando com a literatura pertinente à temática no que concerne à baixa ingestão de líquidos comumente identificada previamente à detecção da infecção instalada, bem como ganho ponderal baixo, fator intrínseco à hidratação prejudicada.²⁹

Nos dados pertinentes à Celulite, infecção profunda da camada tecidual da pele, etiologicamente relacionada à cepa *Estafilococcica* ou *Estreptococcica*, verifica-se uma alteração salutar de um conjunto de necessidades humanas básicas na criança. Com percentis de 5,3% (n=8) dos casos que compõem a amostra, a celulite promove uma alteração da necessidade de integridade física e cutâneo-mucosa, tendo em vista o desenvolvimento dos sinais de rompimento da barreira tissular em decorrência das ações patogênicas do agente causador, levando a criança a ser acometida pelos sinais flogísticos e, em alguns casos mais graves, infecciosos.³⁰

Logo, o aumento da temperatura será um achado em decorrência da resposta corpórea ao agravo local e, se houver progressão da doença, de forma sistêmica, culminará em uma necessidade de regulação térmica alterada substancialmente. Vale ressaltar que esse é um fator diagnóstico de grande relevância em pediatria e, em casos de septicemia, de forma mais intensa.³⁰

Mais comumente apresentada na região facial e em membros inferiores, próximo às articulações e em áreas de aglomerado adiposo, os sinais de dor e incômodo são evidentes, principalmente se os caracteres de infecção purulenta localizada se tornam-se presentes e não tratados corretamente, tornando assim a necessidade de percepção desestabilizada nas crianças.³⁰

A necessidade de hidratação também demonstrou-se alterada segundo o estudo em tela, no entanto, não se encontrou na literatura pertinente à temática uma relação expressiva do fator hidratação e o desenvolvimento fisiopatológico da celulite. Achados inerentes à condição de diminuição do turgor e hidratação da pele, mais precisamente, colaboram para a vulnerabilidade tissular à doença, tendo em vista as condições primárias e jovens da composição tecidual da pele da criança.^{30,31} Este, portanto, configura-se um fator que contribui para a justificativa da relação do diagnóstico médico expresso e a referida necessidade humana alterada na criança, informação encontrada após análise.

No que diz respeito à necessidade de cuidado corporal, as condições de higiene

infantil, quando precárias, levam explicitamente a criança adoecida à exposição de fatores contribuintes para o estabelecimento do processo de doenças que, devido à base fisiopatológica, tornam-se agravadas. A celulite está diretamente relacionada, também, ao processo de cuidado corporal prejudicado, fato este evidenciado pela desenvoltura da doença a partir da infecção por agentes etiológicos que possuem forte relação de patogenia e virulência com a falta de higiene corporal.³³ A necessidade de cuidado corporal, por sua vez, nesse estudo, encontrou-se alterada dentro do processo instalado de celulite em crianças, potencialmente na celulite inguinal, mentoniana e na região de membro inferior direito.

Na enterorrafia, procedimento cirúrgico o qual se submete a criança à correção de porção do intestino através da conexão de extremidades de uma ferida intestinal, seja de forma permanente ou temporária, o processo fisiológico de eliminação intestinal torna-se conturbado pela intervenção, fator este também encontrado frente aos dados analisados, chegando a alcançar 4% (n=6) da amostra analisada. Crianças ostomizadas, a exemplo, demandam cuidados inerentes à diminuição ou aumento do fluxo intestinal, refletindo na eliminação das fezes formadas e pré-formadas, além do estabelecimento de ações voltadas aos cuidados perilesionais e demandas da ferida estoma-cirúrgica em si.³³

Crianças que se submetem à enterorrafia possuem a necessidade de eliminação potencialmente perturbada pelo agravo, logo, o procedimento busca a correção de tal comorbidade intestinal na infância objetivando sanar as alterações funcionais decorrentes do manejo da via de eliminação intestinal.^{33,34} O cuidado corporal deficitário dá-se a partir da falta de cautela e cuidados diretamente dispensados à criança que se encontra com o estoma, modificando a necessidade humana de cuidado do próprio corpo. Além disso, o procedimento cirúrgico de correção da injúria intestinal tende a reduzir a alteração de fluxo intestinal e todos os fatores que levam à alteração do estado de autocuidado e cuidado dispensado por terceiros ao pequeno paciente.³⁴

Da mesma forma em patologias como infecção intestinal e diarreia crônica, com 1,3% (n=2) respectivamente em percentis amostrais, que desenvolvem quadros de hipermotilidade intestinal associada à sintomatologia característica de quadros tóxicos parasitários, virais e bacterianos, como febre, dor abdominal aguda, náuseas, vômitos e conteúdo fecal fétido, se não atendidas de forma satisfatória, tornar-se-á a necessidade de cuidado corporal um item do estado de saúde da criança alterado.^{35,36} Considerando o contexto dos quadros graves de motilidade e desequilíbrio intestinal, grandes alterações levam a criança a permanecer com evacuações constantes, associando-se à ausência de cuidado corporal, instala-se um quadro de higiene precária e com potencial risco de agravos como sepse, lesões de pele pela presença de

excretas em contato permanente e, além disso, autoinfecções, sejam gástricas ou genitais.^{35,36}

Já no Impetigo, patologia que alcança um percentil baixo 0,6% (n=1), mas considerável devido ao fato de sua fácil conduta terapêutica e índices de resolatividade, consiste em uma infecção tópica decorrente da desestabilização da flora bacteriana residente após um trauma ou até mesmo uma outra porta de entrada no tecido.^{37,38}

A relação estreita entre a necessidade de cuidado corporal alterada e o referido processo patológico, torna-se evidente quando é sabido que o impetigo acomete as crianças de uma forma infecciosa, altamente transmissível, promovido pela ação de agentes etiológicos *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes* b-hemolítico do grupo A, a partir de um fator ainda bastante comum na infância: a ausência de higiene corpórea adequada associada ao contato direto com outras crianças em fase escolar. Tal fato agrava a sintomatologia e apresentação da doença, seja ela bolhosa ou não, piogênica ou não supurativa.^{37,38}

Ampliando o olhar e observando as patologias que se desenvolvem no trato neuronal, mais especificamente de uma forma neuromusculofuncional, as crianças são acometidas por uma gama de disfunções decorrentes da apresentação fisiopatológica de tais doenças. As alterações nas necessidades de regulação neurológica, motilidade e de crescimento e desenvolvimento, apresentaram confluência em alguns aspectos após a análise desenvolvida no estudo em questão.

A neuropatia crônica, afecção encontrada no público infantil de forma a qual, especificamente na infância, carrega consigo certas particularidades que envolvem o sistema familiar como um todo, fez emergir da amostra, representada por 1,3% (n=2) das crianças, características clínicas que levam à interpretação do quadro situacional de necessidades humanas básicas alteradas à nível de regulação neurológica e do crescimento/desenvolvimento. Além disso, a necessidade de motilidade também demonstrou índices salutareos, porém contemplados pela Síndrome de West (WS) em 1,3% (n=2) das crianças da amostra, afecção similarmente de caráter neuromusculofuncional.

As condições crônicas integram o grupo de doenças que necessitam de cuidados contínuos e persistentes por períodos longos, de vários anos ou décadas da vida da criança afetada, sendo estas doenças uma forte característica do atendimento pediátrico na clínica a qual o estudo foi desenvolvido.

As neuropatias, por sua vez, afetam o sistema nervoso central de modo o qual as funções vitais da criança tornam-se conturbadas, levando o público pediátrico à dependência em graus diferenciados a partir da gravidade instalada da doença, principalmente quando esta

atinge de forma indireta o sistema respiratório, musculoesquelético e, sobretudo, a capacidade mental de cognição.^{39,40}

Mesmo com a potencial neuroplasticidade inerente à infância, as crianças que vivem com a neuropatia são fortes candidatos aos atrasos dos marcos do desenvolvimento, sendo estes preditivos para a avaliação neurofuncional do paciente pediátrico. Os atrasos são vistos principalmente em crianças que, em decorrência de agravos que as levam à hospitalização, tornam-se incapazes de desenvolver as habilidades neuromotoras inerentes à respectiva faixa etária que se encontram.^{39,40}

Sendo assim, a dependência quanto ao uso de respiradores mecânicos, o uso de dispositivos invasivos para controle hidroeletrólítico, auxílio na movimentação e atendimento de cuidados corporais, são características comuns encontradas em crianças hospitalizadas e que vivem com neuropatias crônicas, primordialmente as degenerativas.^{39,40} Na Síndrome de West (WS), doença neuromotora que se apresenta em uma tríade composta por espasmos em salvas, atraso ou declínio psicomotor e hipsarritmia, sendo esta última uma atividade cerebral anormal caracterizada por picos elétricos subsequentes e caóticos que levam a criança a movimentos desordenados e incontrolláveis, configurou-se um quadro presente em pacientes atendidos na referida clínica pediátrica, corroborando assim com os achados pertinentes às necessidades de regulação da motilidade e neuronal alteradas.⁴¹

No que concerne à necessidade de regulação vascular conturbada nas crianças que compuseram a amostra, os diagnósticos prioritários que demonstraram estrita relação com as alterações vasculares apresentam caracteres clínicos desregulatórios dos níveis de pressão arterial, alteração volêmica e desintegração de componentes do sangue. A glomerulonefrite difusa aguda, a exemplo, protagonista do valor de 2,6% (n=4) das crianças analisadas, consiste em uma inflamação glomerular decorrente de uma infecção pós-estreptococcica, em sua maioria dos casos, a qual promove um processo inflamatório da membrana glomerular a partir da formação de imunocomplexos de deposição destes sobre a membrana, promovendo a diminuição do ritmo de filtração glomerular.⁴²⁻⁴⁴

Além disso, a doença é conhecida caracteristicamente tríade clínica composta por hematúria, hipertensão e edema, fatores estes encontrados comumente em crianças hospitalizadas pela referida afecção renal, além dos casos mais agravados possuírem como sinais a oligúria e proteinúria, levando assim o enfermeiro a realizar cuidados de rotina e controle dos parâmetros e condições de saúde da crianças que envolvem o sistema renal e cardiovascular, os quais estarão afetados pelo processo patológico da GNDA, corroborando os achados da pesquisa em tela com a literatura.⁴²⁻⁴⁴

Quanto à Síndrome Nefrótica, o quadro de desestabilização da necessidade de regulação vascular visto nos dados do presente estudo em 2% (n=3) das crianças, justifica-se pela presença de um aumento da permeabilidade da parede dos vasos que compõem os glomérulos renais, levando a criança à perda maciça de proteína, mais especificamente a albumina em grandes quantidades, edema generalizado, principalmente em abdômen, face e membros inferiores e hipercolesterolemia, justificada pela maior síntese de proteínas de muito baixa densidade e de baixa densidade, bem como a criança com quadro de hipoalbuminemia instalado, apresenta inibição da lipólise associado a estímulo hepático à produção dessas novas proteínas. Pacientes mais graves apresentam predisposição à alta coagulabilidade e fadiga.⁴²⁻⁴⁴

Logo, a desregulação vascular, principalmente em quesitos pressóricos decorrente da queda da pressão coloidosmótica no meio intravascular em virtude da deficiência proteica grave, justifica a presença de uma necessidade humana básica alterada em crianças acometidas pela glomerulonefrose.⁴²⁻⁴⁴

Por fim, na anemia hemolítica, parte que corresponde a 1,3% (n=2) das crianças estudadas, observou-se que a alteração da composição das hemácias e sua repercussão sistêmica nas crianças acometidas possui clara relação com a alteração da necessidade humana básica de regulação vascular. Por ser uma doença que em grande quantidade de casos está relacionada às questões imunitárias, a anemia hemolítica destrói células vermelhas antes mesmo do término de seu tempo de vida, aproximadamente 120 dias. Essa doença apresenta manifestações locais como hematomas discretos ou vastos, dores em membros, até sinais sistêmicos, como hipotensão, sinal comum às crianças que compuseram a amostra deste estudo, astenia, dispneia grave, taquicardia intensa e falência de órgãos vitais, como por exemplo, o baço, levando a conclusão e corroborando as informações entre a análise de dados e literatura pediátrica.⁴⁵

CONCLUSÃO

A implementação do PE na unidade pediátrica exige que os cuidados planejados sejam dispensados de forma integral ao ponto de contemplar cada individualidade, considerando a criança como um todo indivisível, mas que deve ser cuidado sob a ótica de suas partes. O cuidado pediátrico deverá primar pela saúde e aspectos interdisciplinares ligados à assistência hospitalar integrados, promovendo à criança hospitalizada a continuidade do atendimento as suas necessidades de humanas básicas.

O princípio que traduz a assistência cotidiana à saúde da criança fundamenta-se na

agregação de saberes e intervenções profissionais somada a uma contínua avaliação somatizada da criança em sua totalidade e, além disso, intervenções profissionais da equipe multiprofissional, sistematicamente, explicitando a necessidade de um controle e solução de problemática ligadas ao quadro de saúde do paciente pediátrico.

O objetivo do estudo foi alcançado, tendo em vista a clara associação das necessidades humanas básicas e os respectivos diagnósticos médicos mais presentes na população pesquisada, fato este evidenciado a partir da relação entre o quadro sintomatológico e a respectiva necessidade humana alterada de cada criança examinada, a partir do instrumento validado para histórico de enfermagem à criança internada em uma clínica pediátrica, e as características clínicas pertinentes à patologia elencada sob o fator diagnóstico.

Tal fato se torna importante para o profissional enfermeiro, uma vez que a formulação dos diagnósticos de enfermagem, prescrição de cuidados, implementação e avaliação, fatores inerentes às etapas subsequentes do PE são realizados mediante a interpretação das características clínicas da criança e suas necessidades dentro do processo saúde-doença. A criança que se encontra adoecida sob um diagnóstico médico estabelecido poderá apresentar necessidades humanas básicas distintas que se alteram sem que, necessariamente, estejam restritamente ligadas ao sistema corporal em foco acometido pela doença. Logo, explicita-se a importância do trabalho ampliado e cientificamente subsidiado do enfermeiro no cuidado integralizado à criança hospitalizada.

A representatividade do estudo para a população pediátrica torna-se uma limitação, tendo em vista que os estudos que executam a correlação entre as NHBs e os caracteres delineadores das doenças pediátricas que acometem, primordialmente, a parcela de crianças internadas em unidade hospitalar, ainda se encontram incipientes.

Além disso, faz-se necessária a execução de novos estudos com o fator de expansão da população em outros serviços de atenção pediátrica, visando a contribuição para os profissionais que atuam em pediatria clínica e que utilizam instrumentos como ferramenta sistemática do cuidar. Os percentis baixos os quais interligam as crianças que, numericamente, representaram as patologias dentro do perfil amostral, não diminuem a interpretação salutar classificatória das doenças após análise geral, já que existe correlação das informações clínicas válidas e o perfil de dados analisados voltados às NHBs alteradas.

Portanto, considerar que o cuidado quando sistematizado em um conjunto de ações que promovem efeitos que levam à resolução das demandas do paciente, independente do âmbito o qual ele se encontra, torna o trabalho do enfermeiro valorizado e dignifica o saber enquanto profissional que maneja a ciência do cuidar durante os mais singelos momentos de

necessidade em saúde. Logo, permite-se inferir que o estudo pode ser utilizado como estratégia para delineamento de pesquisas futuras dentro do ramo da saúde da criança, primordialmente em clínicas pediátricas que utilizam instrumentos para levantamento de dados clínicos durante a primeira etapa do processo de enfermagem, primando sempre pela semiótica do percurso do cuidar em pediatria.

REFERÊNCIAS

1. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investig Enferm. Imagen Desarr* [Internet]. 2015 [Citado 2018 Nov 30]; 17(1):13-25. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516002>
2. Brandão MAG, Martins JSA, Jaqueline; Peixoto MAP, Lopes ROP, Primo CC. Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. *Texto & Cont Enferm* [Internet]. 2017 [Citado 2018 Out 24]; 26(4):1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e1420017.pdf>
3. Andrea LR, Alcides B, Morin EM. Os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem: um estudo multimétodos. *Rev Adm Empr.* [Internet]. 2016 [Citado 2018 Out 21]; 56(2): 192 -208. Disponível em: <https://rae.fgv.br/rae/vol56-num2-2016/sentidos-trabalho-para-profissionais-enfermagem-estudo-multimetodos>
4. HORTA, W. A. Processo de enfermagem. São Paulo. EPU: 2011.
5. Cruz DALM, Guedes ES, Santos MA, Sousa RMC, Turrini RNT, Maia MM, Alves SNA. Nursing process documentation: rationale and methods of analytical study. *Rev Bras de Enferm* [Internet]. 2016 [Citado 2018 Nov 19]; 69(1): p.183-189. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000100197
6. Viana JC, Cunha NN, Rosele AL. Papel do profissional enfermeiro e sua importância na assistência pediátrica. *Journal of Specialist* [Internet]. 2019 [Cited 2019 Feb 10];3(3). Available from: <http://journalofspecialist.com/jos/index.php/jos/article/view/107/61>
7. Coelho AV, Molina RM, Labegalini MPC, Ichisato SMT, Pupulim JSL. Validação de um histórico de enfermagem para unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [Citado 2018 Set 14]; 38(3):e68133. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e68133.pdf>
8. Rouquayrol MZ, Gurgel MR. Epidemiologia e Saúde. 8º ed. MedBook. 2017. 744p.
9. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. The use of delphi's technique in health: an integrative review of brazilian studies. *Arq. Ciênc. Saúde* [Internet]. 2015

- [Cited 2018 Sep 1]; 22(2). Available from: <file:///C:/Users/%20Note/Downloads/136-1-746-1-10-20150713.pdf>
10. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. Heart Lung [Internet]. 1987 [Cited 2018 Oct 12]; 16(6): 625-9. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pdf>
 11. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. RJ, Vozes, 2013.
 12. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatr Clín [Internet]. 1998 [Citado 2018 Set 25]; 25(5):206-13. Disponível em: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
 13. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health [Internet]. 2007 [Cited 2018 Aug 12]; 30(4):459-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>
 14. Hastie T, Tibshirani R, Friedman J. Elements of Statistical Learning: Data Mining, Inference and Prediction. Second Edition, Springer, 2009.
 15. Pina JC, Moraes SA, Furtado MCC, Mello DF. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia. Rev Latin-Americ Enferm [Internet]. 2015 [Citado 2018 Set 12]; 23(3): 512- 519. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00512.pdf
 16. Pedraza DF, Araujo EMN. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 [Citado 2018 Set 21]; 26(1):169-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00169.pdf>
 17. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [Cited 2018 Set 30]; 31(4):744-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400744
 18. Santana S, Santana WC, Costa L, Silva AF, Vanin PH. Prevalência de complicações respiratórias em crianças com paralisia cerebral atendidas pela associação pestalozzi de maceió e seus desfechos. Cadern Grad Ciênc Biol Saúde Unit [Internet]. 2017 [Citado 2018 Set 30] 4(1):11-22. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/4522>
 19. Mascarenhas CF, Silva EM. Alteração no processo de alimentação decorrente de doença pulmonar em crianças. Journal of Specialist [Internet]. 2018 [Citado 2019 Fev 01]; 1(1):1-15. Disponível em: <http://journalofspecialist.com/jos/index.php/jos/article/download/4/3>
 20. Passos SD, Maziero FF, Antoniassi DQ, Souza LT, Felix AF, Dotta E, Orensztejn, ME, Marchi E, Gazeta RE. Doenças respiratórias agudas em crianças brasileiras: os

- cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta? Rev Paul Ped [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 21];36(1):3-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010305822018000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
21. Oliveira L, Valarelli LP, Caldas CACT, Nascimento WV, Dantas RO. Intervenção fonoaudiológica e anuência familiar em caso de criança com encefalopatia crônica não progressiva. Rev. CEFAC [Internet]. 2015 [Citado 2018 Ago 30];17(1):286-290. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-18462015000100286&lng=pt&nrm=iso
 22. Nascimento-Carvalho CM, Araújo-Neto CA, Ruuskanen O. Association between bacterial infection and radiologically confirmed pneumonia among children. Pediatr Infect Dis J. [Internet]. 2015 [Cited 2018 Dec 01]; 34(5): 490-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25879649>
 23. Damiani ML, Neves FB, Cutolo LRA. Percepções de médicos sobre diagnóstico clínico e radiológico de pneumonias comunitárias na infância. Arq. Catarin Med [Internet]. 2017 [Citado 2018 Nov 21]; 46(4):118-127. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/236>
 24. Silveira PSS, Silva RR, Kaneta CN, Ciccone SD. Desenvolvimento de uma relação facilitadora na comunicação com uma criança com características de mutismo seletivo. Psicologia pt [Internet]. 2017 [Citado 2018 Nov 28]; 1(1):1-25. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0402.pdf>
 25. Galeão KB, Antunes MMC, Silva GAP. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. J Pediatria [Internet]. 2015 [Citado 2018 Nov 29]; 91(1):S36-S43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n6s1/0021-7557-jped-91-06-s1-0s36.pdf>
 26. Caballero MT, Polack FP, Stein RT. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. J Pediatr [Internet]. 2017 [Cited 2019 Jan 8];93(1):75-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000700075
 27. Razera APR, Trettene AS, Tabakim MLM. O impacto estressor das cirurgias primárias reparadoras em cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. Bol. Acad. Paul de Psicologia [Internet]. 2016 [Citado 2018 Nov 30]; 90(36):105-123. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2016000100008
 28. Trettene A, Razera A, Maximiano T, Luiz A, Dalben G, Gomide M. Dúvidas de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [Citado 2018 Dez 21];48(6):993-998. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-0993.pdf

29. Uhmman A, Kaufman A, Garcia CD, Lipinski RW. Infecção do Trato Urinário. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico: Departamento Científico de Nefrologia. 2016. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/12/Nefrologia-Infeccao-Trato-Urinario.pdf
30. Domingues M, Luís C, Brito MJ, Correia P. Celulite Orbitária Pré e Pós-Septal em Idade Pediátrica: 17 Anos de Experiência. Acta Pediatr Port [Internet]. 2017 [Citado 2018 Out 21];48:37-45. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/download/7897/8972>
31. Andrade DS, Martins LT, Salgado MV, Batista MV, Lopes VAG, Reigada CLL. Afecções dermatológicas mais prevalentes nas internações hospitalares pediátricas do hospital escola Luiz Gioseffi Jannuzzi. Saber Digital [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 31]; 11(2): 60-70. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/623>
32. Alves J, Peres S, Gonçalves E, Mansinho K. Bactérias anaeróbias com relevância clínica. Entidades infecciosas associadas, manifestações clínicas e considerações terapêuticas. Rev Portug Doenças Infec [Internet]. 2017 [Citado 2018 Out 21];13(3): 125-134. Disponível em: <https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope>
33. Rosado SR, Dázio EMR, Siepierski CT, Filipini CB, Fava SMCL. O Cuidado de Enfermagem e as Lacunas na Assistência à Criança com Estomia: uma Revisão Integrativa. Revista Estima [Internet]. 2015 [Citado 2018 Dez 02]; 13(2). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/230>
34. Monteiro SNC, Kamada I, Silva AL, Souza TCR. Perfil de Crianças e Adolescentes Estomizados Atendidos de um Hospital Público do Distrito Federal. Revista Estima [Internet]. 2014 [Citado 2018 Nov 03]; 12(3). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/93>
35. Silva ES, Castro DS, Garcia TR, Romero WG, Primo CC. Care technology to people with colostomy: diagnosis and nursing interventions. Rev Min Enferm [Internet]. 2016 [Citado 2018 Out 23];20:e931. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1065>
36. Prado ARA, Ramos RL, Ribeiro OMPL, Figueiredo NMA, Martins MM, Machado WCA. Bath for dependent patients: theorizing aspects of nursing care in rehabilitation. Rev. Bras Enferm [Internet]. 2017 [Citado 2018 Out 28];70(6):1337-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601337
37. Reginatto FP, Damie D, Fernanda M, Peruzzo J, Peres LP, Steglich RB, Cestari TF. Prevalência e caracterização das afecções cutâneas neonatais nas primeiras 72 horas de vida. J Pediatria [Internet]. 2017 [Citado 2018 Out 31]; 93(3):238-245. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S002175572017000300238&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

38. Signori D, Costa EH, Girardi JP, Dambrós J, Gewerh JJ, Silva LB, Almeida RG, Comparsi B, Pedroso D, Frizzo MN, Casalini CEC, Zimmermann CE, Viera EK. Relato de caso: impetigo em crianças em idade escolar em uma escola pública da cidade de Santo Ângelo. *Revista Saúde Integrada* [Internet]. 2016 [Citado 2018 Dez 21]; 9(17):66-62. Disponível em: <https://docplayer.com.br/22119576-Relato-de-caso-impetigo-em-criancas-em-idade-escolar-em-uma-escola-publica-da-cidade-de-santo-angelo-rs.html>
39. Vasconcelos MM, Vasconcelos LGA, Brito AR. Avaliação do déficit motor agudo no ambiente de pronto socorro pediátrico. *J Pediatría* [Internet]. 2017 [Citado 2018 Out 23];93(1):26-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572017000700026&script=sci_arttext&tlng=pt
40. Silva TP, Silva MM, Silva LJ, Silva IR, Leite JL. Especificidades contextuais do cuidado de enfermagem à criança em condição crônica hospitalizada. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2015 [Citado 2018 Set 27]; 14(2):1082-1090. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572017000700026&script=sci_arttext&tlng=pt
41. Matta APC, Chiacchio SVB, Leyser M. Possíveis etiologias da Síndrome de West Avaliação de 95 pacientes. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2007 [Citado 2018 Set 30]; 65(3-A):659-662. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n3a/22.pdf>
42. Couto SB, Salluma AM, Henriques LS, Malheiros DM, Silva CA, Vaisbicha MH. Síndrome nefrótica como a primeira manifestação da esclerodermia sistêmica juvenil. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2017 [Citado 2018 Out 29]; 57(6):613–615. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n6/pt_0482-5004-rbr-57-06-0613.pdf
43. Çelakıl ME, Yücel BB, Özod UK, Bek K. Glomerulonefrite rapidamente progressiva associada a ANCA em uma criança com acometimento renal isolado. *Braz. J. Nephrol* [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 21]; 1(1):1-4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/2018nahead/pt_2175-8239-jbn-2018-0062.pdf
44. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. 9ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
45. Brites L, Gonçalves M, Gonçalves T, Gaspar E, Santos L, Carvalho A. Hemolytic Anemia in an Internal Medicine Service: Population Characterization. *Revista SPMI* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jan 26];25(2). Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0872671X201800020006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en



Considerações finais

O estudo permitiu identificar a importância da utilização de uma ferramenta para a primazia do cuidar em enfermagem, mediado por atributos válidos no tocante às particularidades de cada pessoa que está sob os cuidados do enfermeiro enquanto gerenciador deste.

Além disso, verificar a condição de implantação do processo de enfermagem, embasado e norteado por conhecimentos científicos, faz do estudo algo terminantemente salutar à categoria de profissionais que lidam com as práticas assistenciais em seu exercício laborativo.

A utilização sistematizada da ferramenta do processo do cuidar, em pediatria, demonstra as complexidades do ser criança evidentes nas entrelinhas de cada ação do profissional enfermeiro, tornando assim notória a necessidade de empenho por parte da pesquisa em enfermagem voltado ao público pediátrico e às ferramentas utilizadas para viabilização do cuidado a esse tipo de população.

Os resultados corroboram a importância da realização de estudos metodológicos dentro da área da enfermagem, pois estes transformam as tecnologias diretamente ligadas ao trabalho do enfermeiro, em atributos honoríficos para o crescimento do trabalho em saúde, mais precisamente da categoria profissional da enfermagem.

Assim, ressalta-se a necessidade de estudos posteriores que abordem melhorias no tocante ao instrumento aqui trabalhado, bem como a ampliação da aplicabilidade deste dentro da etapa de levantamento de dados do processo de enfermagem em outros campos de assistência à criança hospitalizada, levando assim à detecção de minuciosidades pertinentes ao aprimoramento da estratégia de condução do pensamento e informações clínicas da criança em seu processo de saúde-doença.

A presente pesquisa mostra a importância da utilização de um instrumento prático e simples para o levantamento de dados clínicos a partir das informações elencadas pelo enfermeiro durante seu processo de cuidar, auxiliando assim a condução terapêutica da criança dentro do ambiente hospitalar. Este, que se mostrou válido, torna-se uma estratégia de confiança e grande seguridade para a atuação conjunta entre o cuidado profissional e o percurso diagnóstico e intervencionista relacionado ao tratamento e, para além dele, em clínica pediátrica.

A validação do conteúdo se mostrou uma forte forma para sustentabilidade do contexto da ferramenta, tendo em vista o olhar experiente dos especialistas que lidam com crianças hospitalizadas, além da contribuição para melhores informações clínicas levantadas durante a captação dos dados subsidiadores à validação clínica, realizada posteriormente.

Esta, por sua vez, trouxe aspectos inerentes à quantificação, mensuração e consolidação dos atributos os quais o instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas propôs alcançar. Logo, o instrumento mostrou-se válido para a aplicabilidade em clínica pediátrica.

Sob a ótica visionária de melhorias para com a assistência à criança diretamente realizada por enfermeiros pediátricos nas entrelinhas laborativas do cuidar, o estudo contribuiu com a produção de uma ferramenta para o cuidado de enfermagem que pode ser informatizada, transformando a possibilidade de estratificação do risco clínico e mensuração de prioridades clínicas a serem atendidas pelo enfermeiro mediante intervenções de enfermagem precisas e baseadas nas evidências, em algo real e passivo de ser executado. Logo, o enfermeiro se torna um agente decisório no que diz respeito ao desenvolvimento das condutas de forma imediata ao elencar as informações clínicas da criança quando hospitalizada, a partir da estratégia sistemática do cuidar baseado no PE, mais precisamente em sua etapa de Histórico de Enfermagem.

Além disso, a associação das necessidades humanas básicas alteradas no público pediátrico com os diagnósticos médicos mais prevalentes, tornou clara a integração dos domínios clínicos os quais a criança possui enquanto ser que está sendo cuidado por profissionais que buscam restabelecer as suas demandas de saúde, traçando caminhos e esclarecendo variáveis preditivas de desfechos positivos e cientificamente comprovados na assistência pertinente à atuação do enfermeiro em pediatria clínica.

Das dificuldades encontradas durante o percurso de construção do estudo, salientam-se a difícil faixa etária inerente ao público pesquisado devido às mudanças no crescimento e desenvolvimento, repercutindo em uma ausência de colaboração durante a execução do exame clínico para coleta de dados; o número de juízes envolvidos no processo de validação do conteúdo e estratificação do risco clínico tornou-se dispendioso no que concerne à compilação dos dados consensuais, principalmente pelo fato da grande parcela destes serem de lugares distantes do local da pesquisa. Além disso, para sustentação teórica, o número de estudos que ainda não foram publicados dentro da temática metodológica de validação clínica tornou-se algo que dificultou a busca pelo referencial teórico, bem como a variabilidade de métodos utilizados para análise dos estudos de validação clínica influenciou para um caminho mais dispendioso no que concerne à escolha do processo de análise.

Como já mencionado, a não aplicabilidade em outros campos de atuação do enfermeiro que lida com crianças hospitalizadas que vivem com doenças crônicas atendidas em hospitais de referência da atenção terciária à criança, as quais possuem perfis clínicos e

patológicos semelhantes, configurou-se uma limitação do estudo. Ressalta-se a necessidade da aplicação, visando contemplar o instrumento com maiores contribuições além das já executadas e demonstrar a efetividade in situ da ferramenta no percurso laboral dos enfermeiros pediátricos.

Deixa-se registrado o quão exímio é o potencial analítico do enfermeiro no que diz respeito às formas de atendimento das Necessidades Humanas Básicas da criança hospitalizada, algo evidenciado na teoria de Horta e cuidadosamente descrito neste trabalho. As entrelinhas do percurso de construção da teoria, traçadas pela teórica, explicam a forma e dimensão que a Sistematização da Assistência de Enfermagem alcançou a partir do Processo de Enfermagem utilizado pelos enfermeiros na atualidade. Logo, a inquietude de promover melhorias ao cuidado das crianças hospitalizadas a partir da estratégia de validação de instrumentos que medeiam a assistência tornou-se algo de grande primazia, principalmente na pesquisa em enfermagem. Sendo assim, o instrumento aqui trabalhado para o norteamento do Processo de Enfermagem dos enfermeiros que atendem as crianças que vivem com doenças crônicas, torna-se passível de ressignificações. A ciência é dinâmica e, o processo validatório, não se limita e nem se exaure.



REFERÊNCIAS

1. Berlofi LM, Sanna MC. Produção científica sobre a enfermagem brasileira na II guerra mundial: um estudo bibliométrico. Revista de Enfermagem da UFSM [Internet]. 2013 [Citado 2018 Nov 4]; 3(1):17-24. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6212>
2. Oguisso, T. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 3. Ed. Barueri, SP: Manole, 2014.
3. Padilha MI, Borestein MS, Santos I. Enfermagem: história de uma profissão. Ed. Difusão, SP. 2011.
4. Nightingale F. Notas sobre enfermagem. São Paulo (SP): Cortez, 1989.
5. Mcewn M, Wills EM. Bases teóricas de enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
6. Dias JAA, David HMSL, Vargens OMC. Ciência, enfermagem e pensamento crítico – reflexões epistemológicas. Rev Enferm UFPE online [Internet]. 2016 [Citado 2018 Nov 24]; 10(Supl. 4):3669-75. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=29980&indexSearch=ID>
7. Martino MMF, Fogaça LF, Costa PCP, Toledo VP. Análise da aplicação do processo de enfermagem em um hospital governamental. Revista de Enfermagem UFPE online [Internet]. 2014 [Citado 2018 Set 21]; 8(5):1247-53. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9806/9975>
8. Dutra HS, Jesus MCP, Pinto LMC, Farah BF. Utilização do processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. HU Revista [Internet]. 2016 [Citado 2018 Set 23]; 42(4): 245-252. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2413>
9. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015.
10. Shimidt AFC, Salbego C, Gomes IEM, Oliveski CC, Nietsche EA, Favero NB. Intervenções desenvolvidas pela enfermagem com familiares de paciente crítico: revisão integrativa. Arq. Ciênc. Saúde [Internet]. 2018 [Citado 2018 Nov 25]; 25(1) 18-23. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/897>
11. Moser DC, Silva GA; Maier SRO; Barbosa LC; Silva TG. Sistematización de la asistencia de enfermería: percepción de los enfermeros. Revista De Pesquisa: Cuidado é Fundamental [Internet]. 2018 [Citado 2019 Jan 20]; 10(4): 998-007. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11470/13311>
12. Martins VF, Silva LF, Souza RT, Ferreria VM. A viabilidade da sistematização da assistência de enfermagem em serviço pediátrico: uma abordagem reflexiva. Revista Eletrônica Gestão & Saúde [Internet]. 2013 [Citado 2019 Jan 21]; 4(1) 1820-34. Disponível em:

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14437/1/ARTIGO_ViabilidadeSistematiza%C3%A7%C3%A3oAssist%C3%Aancia.pdf

13. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [Citado 2019 Jan 28]; 62(5): 739-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000500015&script=sci_abstract&tlng=pt
14. Bellaguarda MLR, Padilha MI, Pereira Neto AF, Pires D, Peres MAA. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de eliot freidson. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [Citado 2018 Dez 12]; 17(2):369 – 374. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141481452013000200023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
15. Santos AG, Monteiro CFS, Nunes BMVT, Benício CDAV, Nogueira LT. The nursing care analyzed according the essence of the care of Martin Heidegger. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2017 [Citado 2018 Nov 12]; 33(3). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>
16. Ceolin S, González JS, Ruiz MCS, Heck RM. Theoretical bases of critical thinking in ibero-american nursing: integrative literature review. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [Cited 2019 Feb 11]; 26(4):e3830016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072017000400307&script=sci_arttext&tlng=en
17. Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA, Vieira CS, Frison SS. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [Cited 2018 Nov 1]; 69(6):1172-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672016000601240&script=sci_arttext&tlng=en
18. HORTA, W. A. Processo de enfermagem. São Paulo. EPU: 2011.
19. Lucena ICD, Barreira IA. Enfermagem em novas dimensões: Wanda Horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). Texto Contexto Enfermagem [Internet]. 2011 [Citado 2018 Set 28]; 20(3): 534-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000300015
20. Pinto AC, Garanhani ML, França TE, Pierotti I. Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. Pro. posições [Internet]. 2017 [Citado 2018 Nov 12]; 28(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010373072017000400088&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
21. Cruz RAO, Almeida FCA, Lima CLJ, Costa MML, Ferreira TMC. Contribuições de Wanda Aguiar Horta para a prática da enfermagem brasileira. Saúde: os desafios do

- mundo contemporâneo. Fundamentos teóricos e fisiológicos do cuidador. Cap. 44. p. 864-876. 2018.
22. Schmitz EL, Gelbcke FL, Bruggmann MS, Luz SCL. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [Citado 2018 Out 21]; 37(esp):e68435. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500405&script=sci_abstract
 23. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
 24. Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem: avanços na gestão do cuidado. *Journal Health Inform* [Internet]. 2014 [Citado 2019 Mar 11]; 6(3): 75-80. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296>
 25. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Rev Enferm Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [Citado 2018 Out 2]; 19(1): 47-53. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296/199>
 26. Garcia TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [Citado 2018 Set 23]; 20(1): 5-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0005.pdf>
 27. Lima JJ, Vieira LGD, Nunes MM. Computerized nursing process: development of a mobile technology for use with neonates. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jan 21]; 71(Suppl 3):1273-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000901273&script=sci_abstract
 28. Ubaldo I, Matos E, Salum NC. Diagnósticos de enfermagem da nanda-i com base nos problemas segundo teoria de Wanda Horta. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [Citado 2018 Set 21]; 20(4): 687-694. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40468/26628>
 29. Oliveira CS, Borges MC. Social representations of systematization of nursing care in the perspective of nurses who take care of children. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [Cited 2018 Oct 30]; 38(3):e66840. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300421
 30. Leite TMC, Vergílio MSTG, Silva EM. Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [Citado 2018 Nov 20]; 18(1):26-34. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/18862/29595>

31. Lopes TAMC, Monteiro MFV, Oliveira JD, Oliveira DR, Pinheiro AKB, Damasceno SS. Diagnósticos de enfermagem em crianças hospitalizadas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2017 [Citado 2018 Dez 10]; 18(6): 756-762. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/18862/29595>
32. Santana MES, Costa EGO, Corrêa ARS, Ximenes WLO. O cuidar em oncologia pediátrica: um estudo baseado no processo de enfermagem. *Destaques Acadêmicos* [Internet]. 2017 [Cited 2018 Nov 21]; 9(3): 228-236. Available from: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1511>
33. Faria CG, Melo TP, Queiroz DB, Appel FA, Menezes NB, Matias O. Humanized nursing assistance in care with hospitalized children in the use of probes for enteral nutrition. *Rev Uningá Review* [Internet]. 2017 [Cited 2018 Nov 22]; 30(1): 22-25. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170401_234945.pdf
34. Teixeira MR, Sanhudo NF, Moura DCA, Bahia MTR. Processo de enfrentamento emocional da equipe de enfermagem no cuidado de crianças com câncer hospitalizadas. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2018 [Cited 2018 Set 21]; 8(2): 263-275. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/27319>
35. Silva LD, Soares PP, Pereira CC, Pereira ADA, Freitas HMB, Rangel RF. O brincar no enfrentamento do processo de hospitalização. *Disciplinarum Scientia* [Internet]. 2018 [Citado 2018 Nov 16]; 19(2): 291-300. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2513>
36. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 9a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.
37. Silva KL, Nóbrega MML. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2004 [Citado 2018 Set 11]; 5(3): 1-7. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/prINTERfriendly/704/160>
38. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 [Citado 2019 Mar 12]; 44(22): 203-220. Disponível em: <file:///C:/Users/Thalys%20Note/Downloads/2144-6186-1-PB.pdf>
39. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart Lung* [Internet]. 1987 [Cited 2018 Oct 12]; 16(6): 625-9. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pdf>
40. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. RJ, Vozes, 2013.
41. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. The use of delphi's technique in health: an integrative review of brazilian studies. *Arq. Ciênc. Saúde* [Internet]. 2015 [Cited 2018 Sep 1]; 22(2). Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/136>

42. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatr Clín [Internet]. 1998 [Cited 2018 Dec 20]; 25(5):206-13. Disponível em: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
43. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health [Internet]. 2007 [Cited 2018 Aug 12]; 30(4):459-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>
44. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics [Internet]. 1977 [Cited 2019 Mar 12]; 33(1):159-74. Available from: https://www.dentalage.co.uk/wpcontent/uploads/2014/09/landis_jr_koch_gg_1977_kappa_and_observer_agreement.pdf
45. Hastie T, Tibshirani R, Friedman J. Elements of Statistical Learning: Data Mining, Inference and Prediction. Second Edition, Springer, 2009.



APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE PARA OS ACOMPANHANTES DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, de um estudo sobre a **“VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS DE 0 A 5 ANOS”**, vinculado à linha de pesquisa Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Saúde e Enfermagem, ligada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF/UFPB). A seguir, você terá informações sobre essa pesquisa, podendo ainda tirar qualquer dúvida com os pesquisadores. Se você concordar em participar, deverá assinar ao final desse documento e não receberá nenhuma espécie de pagamento por isso, bem como uma via será entregue a você. Caso não deseje participar ou se quiser desistir em qualquer momento, você não será penalizado de nenhuma forma por isso.

Os objetivo principal deste estudo é validar clinicamente um instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos internadas em uma Clínica Pediátrica. Para isto, almeja-se aplicar um instrumento de coleta de dados para o levantamento de informações iniciais sobre o quadro clínico da criança hospitalizada (histórico de enfermagem), assim, contribuindo com a validação clínica do instrumento que é utilizado para examinar as crianças internadas na Clínica que estão na faixa etária estabelecida e explicitada anteriormente.

Para alcançar esses objetivos, será realizado um exame clínico com a criança, a fim de coletar as principais informações necessárias para o progresso do processo de enfermagem utilizado pelos enfermeiros como uma ferramenta que contribui para um cuidar excelente da sua criança. Esses dados serão analisados e, posteriormente, trabalhados sob o formato de dissertação. Somente os pesquisadores e orientadores terão acesso a este material, garantindo assim a privacidade e anonimato da criança. Os dados serão analisados e arquivados por no mínimo cinco anos. Caso você desista de permitir que a sua criança participe ou não permita o progresso da participação dela em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa, nenhum dano lhe será causado.

Benefícios da pesquisa: melhorias para o instrumento de coleta de dados e sua operacionalização no cotidiano assistencial na clínica pediátrica, expansão do uso do instrumento a outros serviços de acordo com os resultados da pesquisa em desenvolvimento e melhorias no cuidado ofertado à criança de 0 a 5 anos inserida no ambiente hospitalar de atendimento clínico em pediatria, embasado em um processo de enfermagem conciso e eficaz.

Riscos da pesquisa: exposição do pesquisador às doenças que acometem as crianças que farão parte da amostra do estudo e risco de recusa por parte da criança no momento da execução e implementação das técnicas do exame semiológico na criança. Ressalta-se que os participantes do estudo apenas correrão o risco de exposição física durante a realização do exame semiológico/físico pertinente ao processo de coleta de dados, cabendo ao pesquisador resguardar o paciente participante no momento da captação destes.

Os resultados deste estudo serão publicados em congressos e demais eventos do ramo científico, mas a sua identidade será preservada em todos eles, visto que a criança que participar da pesquisa não será identificada em nenhum destes eventos, bem como nos arquivos digitalizados e armazenados, sua identidade estará preservada.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

TÍTULO: Validação de Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem a Crianças Hospitalizadas de 0 a 5 anos na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

PESQUISADORA ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Marta Miriam Lopes Costa

PESQUISADORA CO-ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Kenya de Lima Silva

MESTRANDO: Thalys Maynnard Costa Ferreira

CONTATOS:

Nome: Thalys Maynnard Costa Ferreira

Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem

Rua Delmiro Arnaud Diniz, Cidade Universitária – PB.

Telefone: (83) 98098790

Email do pesquisador: thalys_maynnard@hotmail.com

CONTATO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal de Paraíba. 2º andar – Cidade Universitária.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Li e entendi todas as informações deste consentimento, sendo devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre esse estudo e seus procedimentos, assim como possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação da minha criança. Foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Dou livre e esclarecidamente meu consentimento para que a minha criança participe desse estudo, até que decida o contrário.

João Pessoa, _____ de _____ de 2018.

Pesquisadoras responsáveis

Dra. Marta Miriam Lopes Costa e Dra. Kenya de Lima Silva

Thalys Maynnard Costa Ferreira

Aluno Pesquisador

RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

APÊNDICE B – INSTRUMENTO ORIGINAL



**HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**
LAURO WANDERLEY-UFPA

DIVISÃO DE ENFERMAGEM
Sistematização da Assistência de Enfermagem
Clínica Pediátrica
Histórico de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:			Idade:	
Como é chamado em casa	Sexo: ☐ M ☐ F	Procedência:	Data Nascimento: / /	
Nome Acompanhante:			Escolaridade acompanhante	
Data de admissão: ____/____/____	Enfermaria:	Nº Prontuário	Religião:	

2. INTERNAÇÕES ANTERIORES / QUEIXA PRINCIPAL

3. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS / EXAME FÍSICO:

T ____ °C	P ____ bpm	R ____ ipm	PA ____ mmHg	FC ____ bpm
Est. ____ cm	Peso ____ Kg	PC ____ cm	PT ____ cm	CA ____ cm

Necessidade de Oxigenação
 Respiração: ☐ bradipneia ☐ eupnéica ☐ dispnéica ☐ taquipnéica Tosse: ☐ seca ☐ cheia com expectoração ☐ cheia sem expectoração
 Característica das secreções: _____ ☐ batimento de asa do nariz ☐ tiragem intercostal
 Ausculta pulmonar: ☐ murmúrios vesiculares ☐ sibilos ☐ roncos ☐ estertores ☐ creptos Cianose: ☐ labial ☐ ungueal

Necessidade de Nutrição
 Estado nutricional: ☐ obeso ☐ normal ☐ emagrecido ☐ caquético Aceitação alimentar: ☐ boa ☐ regular ☐ insuficiente
 Intolerância Alimentar: ☐ sim ☐ não A que _____
 Via de administração alimentar: ☐ oral ☐ SNG ☐ sonda nasointestinal ☐ parenteral

Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica
 Estado de hidratação: ☐ hidratada ☐ desidratada ☐ hiperhidratada Restrição Hídrica: ☐ sim ☐ não _____ ml
 Infusão de líquido: ☐ TRO ☐ Infusão venosa Fontanelas: ☐ abauladas ☐ deprimida ☐ normal
 Reposição de substâncias hidroeletrolíticas: ☐ sim ☐ não Quais _____
 Risco de perdas hídricas e eletrolíticas: ☐ sim ☐ não

Necessidade de Eliminação
 Abdome: ☐ plano ☐ flácido ☐ tenso ☐ distendido ☐ encovado ☐ globoso ☐ presença de massa Localização _____
 Som: ☐ maciço ☐ submaciço ☐ timpânico
 Vômito: ☐ sim ☐ não Frequência _____ Aspecto: _____
 Fezes: ☐ ressecadas ☐ normal ☐ pastosa ☐ líquida Frequência _____ Aspecto: _____
 Urina: Coloração _____ Frequência _____ Aspecto: _____
 Uso de laxante: ☐ sim ☐ não Qual _____ Uso de diurético: ☐ sim ☐ não Qual _____

Necessidade de Sono e Repouso
 Uso de medicação sedativa: ☐ sim ☐ não Qual _____
 Auxiliares do sono: ☐ sim ☐ não Qual _____
 Características do sono: ☐ insônia ☐ sonilóquio ☐ sonambulismo ☐ terror noturno

Necessidade de Exercício e Atividade Física / Mecânica Corporal/ Motilidade
 Movimentação das articulações: ☐ todos os membros ☐ apenas os MMII ☐ apenas os MMSS ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE
 Trajeto da coluna: ☐ cifose ☐ lordose ☐ escoliose ☐ presença de tumefação
 Força muscular: ☐ adequada para idade ☐ hipertonia ☐ hipotonia Localização: _____

Necessidade de Cuidado Corporal

Higiene corporal: ☐ preservada ☐ prejudicada Frequência de banhos _____ ☐ manhã ☐ tarde ☐ noite

Higiene íntima: _____

Higiene bucal: ☐ presença de dentes ☐ ausência de dentes ☐ cárie ☐ dentes quebrados ☐ gengivite ☐ lesões

Couro cabeludo: ☐ sujo ☐ limpo ☐ pediculose ☐ miíase ☐ seborréia ☐ alopecia ☐ lesões

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condições da pele: ☐ nódulo ☐ tumor ☐ bolha ☐ pústula ☐ equimose ☐ hematoma ☐ petéquias ☐ eritema ☐ erisipela ☐ celulite

Localização _____ Outras Lesões _____ Localização _____

Coloração da pele: ☐ hipocorada ☐ normocorada ☐ hipercoreada ☐ ictérica ☐ pálida

Condições da Mucosa: ☐ úmida ☐ ressecada ☐ placas ☐ fissuras Outras lesões _____

Necessidade de Regulação Térmica

☐ hipotermica ☐ normotermica ☐ hipertermica ☐ tremores ☐ calafrios ☐ sudorese

Necessidade de Regulação Hormonal

Alteração nos caracteres sexuais: ☐ sim ☐ não Qual _____

Doença Endócrina: ☐ sim ☐ não Qual _____

Necessidade de Regulação Neurológica

Nível de consciência: ☐ consciente ☐ inconsciente ☐ orientada ☐ desorientada Responde a estímulos: ☐ verbais ☐ sensitivos

Crises convulsivas: ☐ sim ☐ não Episódio _____

Reflexos: ☐ sucção ☐ moro ☐ tônico-cervical ☐ preensão ☐ marcha ☐ Babinsk Compatibilidade dos reflexos para idade: ☐ sim ☐ não

Necessidade de Regulação Imunológica

Alergias: ☐ sim ☐ não Qual _____

Calendário Vacinal: ☐ completo para idade ☐ incompleto Vacinas faltosas _____

Doenças no sistema imunológico: ☐ sim ☐ não Qual _____

Necessidade de Regulação do Crescimento Celular / Locomoção

Desenvolvimento motor: ☐ apóia o corpo com as braços ☐ senta ☐ arrasta-se ☐ engatinha ☐ fica de pé com apoio

☐ fica de pé sem apoio ☐ deambula com apoio ☐ deambula sem apoio

CD compatível com faixa etária: ☐ sim ☐ não Qual _____

Necessidade de Regulação Vascular

Doença Cardiovascular: ☐ sim ☐ não Qual _____ Perfusão Periférica: ☐ preservada ☐ diminuída

Doença cerebrovascular: ☐ sim ☐ não Qual _____ Rede Vascular Periférica: ☐ Comprometida ☐ Preservada

Edema: ☐ ausente ☐ presente Localização _____

Necessidade de Percepção

Condição da visão: ☐ acompanha objetos com o olhar ☐ capacidade de coordenar o globo ocular

☐ capacidade de focalizar objetos a pequena distância ☐ estrabismo Olhos: ☐ simétricos ☐ assimétricos

Condição da audição: ☐ gira a cabeça em direção aos sons ☐ presença de reflexo cocleo-palpebral ☐ muco na canal auditivo

☐ cerúmen no canal auditivo

Condição da gustação _____

Sensibilidade à dor: ☐ comportamento não verbal de dor ☐ verbalização de dor ☐ sensação tátil comprometida

Necessidade de Segurança / Amor e aceitação/ Gregária

Sentimentos e Comportamentos: ☐ ansiedade ☐ apatia ☐ depressão ☐ agressividade ☐ irritabilidade ☐ insegurança ☐ medo

☐ verbalização de figuras imaginárias ☐ expressão de sentimento por outras pessoas ☐ verbaliza falta de familiares ☐ evita familiares

☐ agarra-se a acompanhante na presença de outras pessoas ☐ dor sem causa aparente

Necessidade de Comunicação / Recreação e Lazer

Distúrbio da fala: ☐ mutismo ☐ afasia Compreende comandos: ☐ verbais ☐ não verbais Linguagem da criança: ☐ verbal ☐ não verbal

Participa das atividades de recreação: ☐ sim ☐ não Motivo _____

4.IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA:

Enfermeira:	COREN:	Data: ____/____/____
-------------	--------	----------------------

APÊNDICE C – INSTRUMENTO APÓS VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – CRIANÇA 0 – 5 ANOS



**HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**
LAURO WANDERLEY-UEPB

DIVISÃO DE ENFERMAGEM
Sistematização da Assistência de Enfermagem
Clínica Pediátrica

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:			Idade:		
Como é chamado em casa	Sexo: ☐ M ☐ F	Procedência:	Data Nascimento: / /		
Nome Acompanhante:			Escolaridade acompanhante		
Data de admissão: / /	Enfermaria:	Nº Prontuário	Religião:		

2. INTERNAÇÕES ANTERIORES / QUEIXA PRINCIPAL

3. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS / EXAME FÍSICO:

T _____ °C	P _____ bpm	R _____ ipm	PA _____ mmHg	FC _____ bpm
Est. _____ cm	Peso _____ Kg	PC _____ cm	PT _____ cm	CA _____ cm

Necessidade de Oxigenação
 Respiração: **2** Bradpneica **0** Eupneica **1** Dispneica **2** Taquipneica **3** Batimento de asa do nariz **3** Tiragem intercostal
 Tosse: **1** Seca **2** Cheia com expectoração **3** Cheia sem expectoração Característica das secreções: _____
 Oxigenoterapia: **1** Sim **2** Não Tipo: _____
 Ausculta pulmonar: **0** Murmúrios vesiculares **2** Sibilos **1** Roncos **1** Estertores **2** Creptos Obs: _____
 Cianose: **2** Centro-labial **1** Periférica

Necessidade de Nutrição
 Estado nutricional: **3** Obeso **0** Normal **1** Emagrecido **3** Caquético Aceitação alimentar: **0** Boa **1** Regular **2** Insuficiente
 Intolerância Alimentar: **1** Sim **0** Não Qual? _____
 Via de administração alimentar: **0** Oral **1** SNG **2** SNE **3** Parenteral **2** GTT

Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica
 Estado de hidratação: **0** Hidratada **3** Desidratada **2** Hiperhidratada **2** Hipohidratada Restrição Hídrica: **1** sim **0** não _____ ml
 Infusão de líquido: **1** TRO **2** Infusão venosa Fontanelas: _____
 Risco de perdas hídricas e eletrolíticas: **2** Sim **0** Não
 Reposição de substâncias hidroeletrólíticas: **2** Sim **0** Não Quais? _____

Necessidade de Eliminação
 Abdome: **0** Plano **0** Flácido **1** Tenso **2** Distendido **2** Encovado **1** Globoso **3** Presença de massa Localização: _____
 Som à percussão: **2** Maciço **2** Submaciço **1** Timpânico
 Vômito: **2** Sim **0** Não Frequência: _____ Característica: _____
 Fezes: **1** Ressecadas **0** Normais **1** Pastosas **2** Líquidas **2** Ausentes Frequência: _____ Aspecto: _____
 Urina: Coloração: _____ Frequência: _____ Aspecto: _____
 Uso de laxante: **1** Sim **0** Não Qual? _____ Uso de diurético: **1** Sim **0** Não Qual? _____

Necessidade de Sono e Repouso
 Uso de psicotrópicos? **1** Sim **0** Não Qual? _____
 Auxiliares do sono: **1** Sim **0** Não Qual? _____
 Características do sono: **1** Insônia **0** Sonilóquio **1** Sonambulismo **2** Terror noturno

Necessidade de Exercício e Atividade Física / Mecânica Corporal/ Motilidade
 Movimentação dos membros: **0** Todos os membros **2** Apenas os MMII **2** Apenas os MMSS **1** MSD **1** MSE **1** MID **1** MIE **3** Não
 Força muscular: **0** adequada para idade **1** hipertonia **1** hipotonia Localização: _____
 Deformidade da coluna: **2** Cifose **2** Lordose **2** Escoliose **3** Presença de tumefação Localização: _____

Necessidade de Cuidado Corporal
 Higiene corporal: **0** Preservada **1** Prejudicada Frequência de banhos: **0** Sim **1** Não ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite
 Higiene íntima: **0** Preservada **1** Prejudicada Higiene Bucal: **0** Preservada **1** Prejudicada
 Aspectos bucais: **0** Presença de dentes **1** Ausência de dentes **2** Cárie **2** Dentes quebrados **2** Gengivite **2** Lesões: _____
 Couro cabeludo: **1** Sujo **0** Limpo **1** Pediculose **3** Miíase **1** Seborreia **1** Alopecia **2** Lesões: _____

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA OS JUÍZES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a)

A fim de garantir a sua participação no estudo, explicitado no transcorrer do e-mail, solicito a assinatura do referido termo de consentimento livre esclarecido para seguirmos com a pesquisa respeitando todas as suas etapas e nuances éticas.

Eu, _____, afirmo estar de acordo em me incluir, como **JUIZ/ESPECIALISTA** no tocante à validação do instrumento de coleta de dados, a ser validado quanto ao conteúdo, da pesquisa: “Validação de instrumento para sistematização da assistência de enfermagem a crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.” cujo objetivo geral é validar o conteúdo um instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

Estou ciente dos seguintes pontos a serem executados e esclarecidos a mim no tocante à execução da minha participação no estudo:

1. Avaliar o conteúdo, item a item, das necessidades humanas básicas que compõem o instrumento através do julgamento entre *Adequado, Parcialmente adequado e Inadequado*;
2. A análise do conteúdo será com o objetivo de avaliar a pertinência do conteúdo, sequência de itens, além de estabelecer valores quanto ao risco clínico de cada item inerente à variável das necessidades humanas básicas;
3. Após finalizado o processo, estarei de posse dos resultados do instrumento;
4. Serei certificado quanto à execução do meu trabalho enquanto **JUIZ/ESPECIALISTA**;
5. Esta pesquisa não oferta riscos, sendo eu enquanto **JUIZ/ESPECIALISTA**, preservado, alcançando sigilo total;
6. Estarei livre para desistir a qualquer momento;
7. Esta pesquisa não oferta remuneração alguma por participação.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

TÍTULO: Validação de Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem a Crianças Hospitalizadas de 0 a 5 anos.

PESQUISADORA ORIENTADORA: Prof^ª. Dra. Marta Miriam Lopes Costa

PESQUISADORA CO-ORIENTADORA: Prof^ª. Dra. Kenya de Lima Silva

MESTRANDO: Thalys Maynard Costa Ferreira

CONTATOS:

Nome: Thalys Maynard Costa Ferreira

Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde
Mestrado em Enfermagem
Rua Delmiro Arnaud Diniz, Cidade Universitária – PB.
Telefone: (83) 98098790
Email do pesquisador: thalys_maynnard@hotmail.com

CONTATO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal de Paraíba. 2º andar – Cidade Universitária.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Li e entendi todas as informações deste consentimento, sendo devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre esse estudo e seus procedimentos, assim como possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Dou livre e esclarecidamente meu consentimento para participação, enquanto juiz, desse estudo, até que decida o contrário.

João Pessoa, _____ de _____ de 2018.

Pesquisadoras responsáveis
Dra. Marta Miriam Lopes Costa e Dra. Kenya de Lima Silva

Thalys Maynnard Costa Ferreira
Aluno Pesquisador

JUIZ

APÊNDICE E – CERTIFICAÇÃO DOS JUÍZES



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM



CERTIFICAÇÃO DE AVALIAÇÃO

Declaramos, para fins de comprovação que, o(a) **PROF^a. DR.(A)** _____ participou como **JUIZ(A)**, do processo de análise do conteúdo e caracterização do risco clínico do instrumento de coleta de dados para histórico de enfermagem, pertinente às crianças inseridas na faixa etária de 0 a 5 anos admitidas em Clínica Pediátrica de um Hospital Universitário. A Doutora atingiu os requisitos prévios os quais a qualifica, extraordinariamente, como competente à verificação clínica/analítica pediátrica dos domínios que compõem o instrumento referente à pesquisa intitulada “VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS DE 0 A 5 ANOS”, realizada por Thalys Maynard Costa Ferreira, discente regularmente matriculado no curso de **MESTRADO EM ENFERMAGEM** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob orientação da Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa e co-orientação da Prof^a. Dra. Kenya de Lima Silva.

João Pessoa, ____ de _____ de 2018.

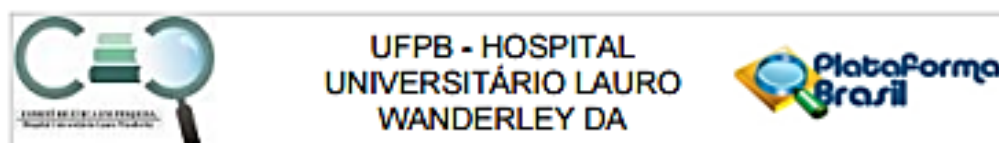
Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa

Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Tratamento de Feridas



ANEXOS

ANEXO A – CERTIDÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS DE 0 A 5 ANOS NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

Pesquisador: MARTA MIRIAM LOPES COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76649517.3.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

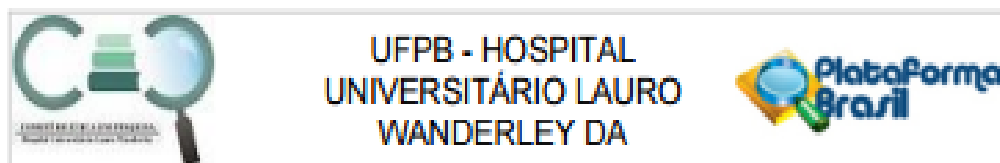
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.406.608

Apresentação do Projeto:

Esta relatoria refere-se à avaliação de pendências apontadas no parecer anterior de nº 2.320.613, de 08 de outubro de 2017, sob responsabilidade do pesquisador Thalys Maynard Costa Ferreira, sob orientação da Profª. Dra. Marta Miriam Lopes Costa. Trata-se de um Projeto de mestrado, a ser desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB. Pesquisa do tipo metodológica, com abordagem quantitativa, que será desenvolvida no setor de Clínica Pediátrica do HULW com as crianças na faixa etária de 0-5 anos, em processo de admissão na clínica pediátrica, sendo inseridas na primeira etapa do Processo de Enfermagem, a fim de levantar-se os dados clínicos do paciente e os diagnósticos prioritários. A captação será feita em horário de rotina assistencial, durante o processo admissional da criança, tendo como margem de coleta o tempo de até 24 horas após o momento da internação da criança na clínica. Para isso, serão treinados, através de oficinas voltadas à execução do exame físico da criança e SAE, profissionais enfermeiros que atuam na prática clínica pediátrica com a definição de diagnósticos de enfermagem, para que assim, a padronização na forma de coleta seja estabelecida, bem como, os critérios de levantamento de dados sejam criteriosamente pactuados. São critérios de inclusão: Estar inserido na faixa etária de 0 a 5 anos; estar em processo de admissão hospitalar na clínica pediátrica. Critérios de exclusão: Encontrar-se fora do período base para elencar os diagnósticos de enfermagem prioritários (primeiras 24 horas desde a admissão). A coleta dos dados dar-se-á

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (83)3218-7984 Fax: (83)3218-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 2.406.608

por meio da implementação do instrumento destinado ao levantamento das informações clínicas iniciais da criança de 0-5 anos, validado por Silva (2006) e atualmente em uso na clínica pediátrica. Os dados serão sistematizados por meio das necessidades humanas básicas e utilizados para o levantamento dos diagnósticos de enfermagem. Seguindo as fases do processo de enfermagem, os dados serão analisados por meio do processo de raciocínio diagnóstico de Gordon, que consiste nas seguintes etapas: coleta de informações, interpretação das informações, agrupamento de informações e denominação do agrupamento (GORDON, 1994). Serão denominados os diagnósticos de enfermagem com auxílio da nomenclatura utilizada na clínica pediátrica. Ao longo de uma coleta de dados em três meses, espera-se uma população de tamanho 192 (766/4). Para uma amostra de 150 crianças, atinge-se uma fração amostral de 78,6%. Com esta amostra obtém-se uma confiança de 96% com erro amostral de 4%. O plano de análise estatística para esta pesquisa é a medida de fidedignidade Alpha de Cronbach e teste de igualdade uma proporção.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

- Validar clinicamente um instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos internadas em uma Clínica Pediátrica.
- Validar os diagnósticos de enfermagem levantados a partir da implementação do instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos internadas em uma Clínica Pediátrica.

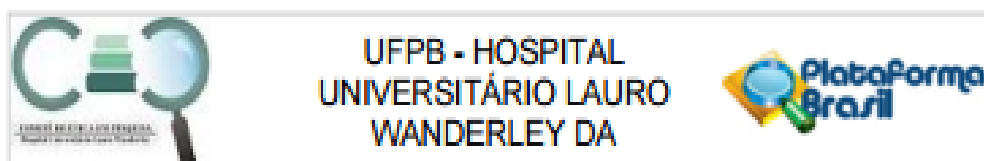
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador aponta como riscos: exposição do pesquisador às doenças que acometem as crianças que farão parte da amostra do estudo; risco de recusa por parte da criança no momento da execução e implementação das técnicas do exame semiológico na criança, e o risco de exposição física da criança durante a realização do exame semiológico/físico pertinente ao processo de coleta de dados, incluído na nova versão do projeto.

E como benefícios: melhorias no cuidado ofertado à criança de 0 a 5 anos inserida no ambiente hospitalar de atendimento clínico em pediatria, embasado em um processo de enfermagem conciso e eficaz.

Estes são apontados tanto no projeto, quanto no TCLE.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-600
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@huw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 2.405.638

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta relevância científica, podendo contribuir com melhorias para o instrumento de coleta de dados e sua operacionalização no cotidiano assistencial na clínica pediátrica; expandir o uso do instrumento a outros serviços de acordo com os resultados da pesquisa em desenvolvimento.

O projeto está bem escrito e os aspectos metodológicos são bem delineados.

Em relação aos aspectos éticos, passaram a ser mencionados os riscos para os sujeitos da pesquisa, apontados no projeto e no TCLE, para análise do binômico risco-benefício, e como forma de garantir a autonomia do sujeito na escolha de participar ou não do estudo, a partir do conhecimento dos riscos e dos benefícios da pesquisa, em conformidade com a Res. nº 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta Carta Resposta ao CEP, contemplando justificativa à solicitação de pendência do parecer anterior, não existindo mais inadequação.

Recomendações:

Recomenda-se que:

(O)A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores, MANTENHAM A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW.

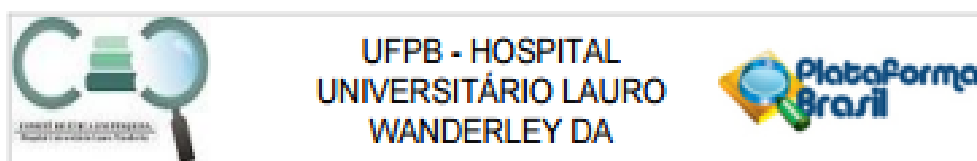
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o(a) pesquisador(a) atendeu adequadamente às recomendações feitas por este Colegiado em parecer anterior a este, e que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica, estando em consonância com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS/MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 28 de novembro de 2017.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7564 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 2.405.638

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

. O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até 30/06/2018.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de NOTIFICAÇÃO, o Relatório final ao CEP/HULW para emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW toma-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_993195.pdf	27/10/2017 16:01:39		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.pdf	27/10/2017 15:59:25	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PRÓJETO.docx	27/10/2017 15:54:57	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3218-7984 Fax: (83)3218-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.406.038

Investigador	PROJETO.docx	27/10/2017 15:54:57	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/10/2017 15:54:37	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA.doc	14/09/2017 23:35:23	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
Outros	ANUENCIA_HULW.PDF	14/09/2017 23:26:47	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
Outros	CERTIDAO_PPGENF.PDF	14/09/2017 23:25:04	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.PDF	14/09/2017 23:21:28	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 29 de Novembro de 2017

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador)

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7564 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br

ANEXO B - ANUÊNCIA DO HULW PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA (GEP)
FICHA DE CADASTRO - PROJETO DE PESQUISA**



DADOS DO PROJETO	
Título do Projeto: Validação de instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem a crianças hospitalizadas de 0 a 5 anos na clínica pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley.	
Palavras-chave (mínimo 3): Validação; Processo de Enfermagem; Pediatria; Enfermagem.	
Tipo da Pesquisa: () Ciências Sociais e humanas aplicadas em saúde () Epidemiologia () Infraestrutura () Pesquisa pré-clínica () Pesquisa sobre sistema de saúde, planejamento e gestão de políticas, programas e serviços de saúde () Qualitativo () Pesquisa de avaliação e tecnologia em saúde () Clínica epidemiológica/observacional () Ensaio clínico-fase I () Ensaio clínico-fase II () Ensaio clínico-fase III () Ensaio clínico-fase IV (X) Outro Especificar: Estudo Metodológico	
Selecione o(s) agravos(s) em saúde de sua investigação:	
1 () Causa externas de morbidade e mortalidade 2 () Doenças de pele e do tecido subcutâneo 3 () Doenças do aparelho circulatório 4 () Doenças do aparelho digestivo 5 () Doenças do genitúrnino 6 () Doenças do aparelho respiratório 7 () Doenças do olho e anexos 8 () Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos 16 (X) Outro: Necessidades Humanas Básicas em Pediatria	9 () Doenças do sistema nervoso 10 () Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 11 () Doenças infecciosas e parasitárias 12 () Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviço de saúde 13 () Gravidez, parto e puerpério 14 () Neoplasias 15 () Transtornos mentais e comportamentais 17 () Não se aplica
Tipo de Financiamento: () Agência(s) de Fomento Nacional: () CNPq () CAPES () FAPESQ () Outra, Especificar: PIVIC () Agência(s) de Fomento Internacional: () OMS () OPAS () Outra, Especificar: _____ () Indústria Farmacêutica, Especificar: _____ (X) Recursos Próprios	
Finalidade: 1) PESQUISA DO TIPO ACADÊMICA: () Pesquisa de pós-doutoramento () Tese de Doutorado (X) Dissertação de Mestrado () Monografia de Pós-Graduação (Residência/Especialização) () TCC () PIBIC/PIVIC () PET 2) PESQUISA DO TIPO NÃO ACADÊMICA: () Publicação () Outra, Especificar: _____	
Local da realização da pesquisa no HULW: Clínica Pediátrica	
Duração da Pesquisa: Início - Setembro 2017	Término - Abril 2019

DADOS DO ORIENTADOR (PESQUISA ACADÊMICA) OU PESQUISADOR RESPONSÁVEL (PESQUISA NÃO ACADÊMICA)	
Nome: Maria Miriam Lopes Costa	CPF: 24905260
Lotação para Docente (IES/Centro/ Departamento/Curso): UFPB/CCS/DENC/Enfermagem	
Lotação para Servidor (Instituição/Setor): Divisão de Enfermagem	
Linha de pesquisa principal: Fundamentos técnico-filosóficos do cuidar em Saúde e Enfermagem	
Está vinculado a algum Programa de Pós-Graduação? () Não (X) Sim, Especificar: PPGENF Programa de Pós-graduação em Enfermagem	
Titulação máxima () Graduado () Especialista () Mestre (X) Doutor () Pós-doutor	
Regime de trabalho () 20 horas () 40 horas () DE (X) Outros, Especificar as horas: 30 h	
Vínculo com IES (para Docente): () Substituto () Visitante () Auxiliar () Assistente () Adjunto () Associado (X) Titular	
E-mail: marthamiryam@hotmail.com	Telefones: (83) 996147977

DADOS DO ORIENTADOR (PESQUISA ACADÊMICA) OU PESQUISADOR RESPONSÁVEL (PESQUISA NÃO ACADÊMICA) NO ÚLTIMO SEMESTRE

TIPO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA	TOTAL
Dissertação de Mestrado (data da defesa)	
Tese de Doutorado (data da defesa)	
Artigos Publicados em Periódicos Nacionais	
Artigos Publicados em Periódicos Internacionais	
Projetos aprovados no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	
Patentes Obtidas	
Patentes Registradas	
Capítulos de Livros Publicados	
Livros Publicados	

ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO			
NOME	CURSO	NÍVEL	ATRIBUIÇÕES NO PROJETO
Thalys Maynard Costa Ferreira	Enfermagem	Mestrado	Desenvolver a pesquisa no âmbito hospitalar a partir da implementação das ações que visam alcançar os objetivos propostos.

RESUMO (até 500 caracteres) Deve conter: Introdução (destacar a relevância do estudo – no máximo 3 linhas); Objetivos; Metodologia detalhada (tipo do estudo, participantes, critérios para seleção da amostra, procedimentos para coleta e análise dos dados e observâncias éticas).

Introdução: partindo do pressuposto que para que aconteça a operacionalização do cuidado de forma sistemática e cientificamente embasada, é necessária a utilização de meios que tornem essas estratégias elencadas pelo enfermeiro viáveis de serem implementadas. Uma delas, a implementação de instrumentos validados. Objetivos: validar clinicamente um instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos internadas em uma Clínica Pediátrica e validar os diagnósticos de enfermagem levantados a partir da implementação do instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos internadas em uma Clínica Pediátrica. Método: tratar-se-á de uma pesquisa do tipo metodológica, com abordagem quantitativa, desenvolvida na Clínica Pediátrica do HULW. Farão parte do estudo, crianças de 0 a 5 anos, em processo de admissão na clínica pediátrica, sendo inseridas na primeira etapa do processo de enfermagem a fim de levantar-se os dados clínicos do paciente e os diagnósticos prioritários. Para uma amostra de 150 crianças, atinge-se uma fração amostral de 78,5%. Obtém-se assim uma confiança de 96% com erro amostral de 4%. O plano de análise estatística para esta pesquisa é a medida de fidedignidade Alpha de Cronbach e teste de igualdade uma proporção. A pesquisa será realizada levando em consideração os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata do envolvimento de seres humanos em pesquisa.

Preenchimento pela Secretaria da GEP:

Protocolo GEP: nº 124 / 2013

Data: 14 / 09 / 13

Aprovação CEP/HULW: nº /

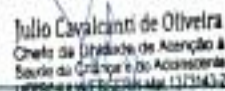


Assinatura do Orientador ou
Pesquisador Responsável



Assinatura e Carimbo da Gerência de Ensino e
Pesquisa - GEP/HULW/Ebserh

Profª Solange Fátima Geraldo da Costa
Chefe do Setor de Ensino e Pesquisa
EBSERH - HULW


Julio Cavalcanti de Oliveira
Chefe da Unidade de Atenção à
Saúde da Criança e do Adolescente
(Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente)

Assinatura e Carimbo da Chefe do Setor do HULW
onde o Projeto será executado

Solicita-se que o (a) Chefe do Setor responda às perguntas:

(1) Os procedimentos de coleta de dados acarretarão interferência relevante no atendimento aos pacientes envolvidos na pesquisa?

() Sim (X) Não

(2) Haverá custos financeiros adicionais para o setor pela realização da pesquisa? () Sim (X) Não

ANEXO C – NORMAS DOS PERIÓDICOS

Artigo 1 – Enfermería Global

Directrices para autores/as

Los artículos y trabajos incluidos se distribuyen, según sus temáticas, en las secciones de Originales y Revisiones.

- Los artículos, documentos o estudios que se remitan para la consideración de su publicación deberán estar relacionados con los campos generales correspondientes a investigación, docencia, asistencia y administración enfermera. Las distintas secciones de la revista son:
 - *Originales*.- Trabajos, estudios e investigaciones originales.
 - *Revisiones*.- Estudio crítico y actualizado sobre literatura/temática de interés para la disciplina enfermera, presentando en su desarrollo Análisis y Conclusiones.
- Los trabajos deberán ser inéditos.
- En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o similares deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, si fue presentado como póster, comunicación oral o ponencia. Y también si se ha publicado el resumen en el libro oficial del congreso, número de página, etc.
- No se consideran inéditos si en el libro oficial del congreso se ha publicado el texto en su totalidad.
- No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos al trabajo.
- Enfermería Global entiende que cada investigación enviada para su publicación, cumple previamente la normativa de evaluación por el respectivo Comité de Ética, quedando constancia del anonimato y la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación.
- En las investigaciones que involucran a seres humanos, los autores deben enviar una copia de la aprobación por el Comité de Ética.
- En el proceso de evaluación de los artículos de "Enfermería Global" se efectúa un arbitraje científico mediante la revisión por pares y un tercer revisor en caso de discrepancia, siendo estos evaluadores externos a la institución editora de la revista en un 95%, y expertos en el contenido del trabajo objeto de valoración, con total anonimato en la revisión de manuscritos. El tiempo empleado para la revisión e información al autor de su aceptación o rechazo, será de diez semanas a partir de su recepción.

- Los idiomas utilizados serán el castellano, inglés y portugués. Una vez aceptado el artículo serán OBLIGATORIOS los dos primeros.
- Los contenidos de la revista se publicarán colectivamente como parte de un número, cerrándose la posibilidad de añadir nuevos documentos a ese número.

Presentación de trabajos:

Estructura/Formato

- Los trabajos *originales* se ordenarán según los apartados habituales: Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Bibliografía.
- Se presentaran en formato Word, paginados, con interlineado sencillo, y con letra Arial tamaño 12.
- En la primera página debe constar el título en castellano e inglés, y además en portugués si es el idioma nativo del autor. Nombre de autores, identificación de la institución o centro de trabajo a la que pertenecen, y dirección, teléfono y e-mail de contacto del primer autor.
- El **título en el idioma original** del artículo debe estar en negritas, tamaño 14, centrado.
- La **traducción del título** debe venir en la siguiente línea, en negritas y centrado. Si hay más traducciones escribir cada una en una línea diferente.
- Los **nombres de los autores** deberán estar alineados a la izquierda, cada uno en un párrafo distinto y tamaño 11. Cada autor debe tener un número en formato superíndice indicando a qué afiliación pertenece.
- La(s) **afiliación(es)** debe(n) estar abajo del grupo de autores. Cada afiliación deberá estar en un párrafo y tamaño 10. Al inicio de cada afiliación estará el número en superíndice que lo relaciona con uno o más autor/es.
- El **autor para correspondencia** deberá estar alineado a la izquierda, tamaño 11.
- Presentación de Resumen (de 250 palabras máximo escritas a un espacio) y palabras clave (de tres a seis) en castellano, inglés y lengua nativa del autor, si fuera otra.
- El **resumen** debe venir después de la afiliación de los autores, alineado a la izquierda, tamaño 10. La palabra "Resumen:" debe venir en negritas y con dos puntos. El texto del resumen debe empezar en el párrafo siguiente, tamaño 10 y justificado. Para resúmenes estructurados (contiene secciones como Introducción, Método, Conclusiones, etc.), cada título de sección debe estar en negritas, seguido de dos puntos. El texto de cada sección del resumen debe venir en párrafos distintos.
- Las **palabras clave** deben estar después del resumen, tamaño 10. El texto "Palabras clave:" debe venir en negritas seguido de dos puntos. Cada una de las palabras clave

deben estar separadas por coma o punto y coma, finalizadas por punto.

- El ***Abstract***, deberá estar alineado a la izquierda, tamaño 12. La palabra **Abstract:** debe estar en negritas y con dos puntos. El texto del resumen debe comenzar en un nuevo párrafo, tamaño 10 y justificado. Para abstracts estructurados, cada título de sección debe estar en negritas, seguido de dos puntos. El texto de cada sección del abstract debe venir en párrafos distintos.
- Las ***key words*** deben estar después del abstract, tamaño 10. El texto "Key words:" debe venir en negritas seguido de dos puntos. Cada una de las key words debe estar separadas por coma o punto y coma, finalizadas por punto.
- **Secciones/Subtítulos de párrafo:** Fuente tamaño 16, centrado, en negritas, con mayúsculas.
- **Subsecciones/Subtítulos de párrafo secundarios:** Fuente tamaño 12, centrado, en negritas, con la primera letra en mayúscula. Cuando existan subsecciones de subsección formatear en tamaño 12 negrita y centrado.
- **Cuerpo del texto:** Fuente tamaño 12, justificado. *NO debe haber saltos de línea entre párrafos.*
- No se admiten notas a pie de página.
- **Cita textual con más de tres líneas:** Fuente tamaño 12, margen izquierdo de 4 cm.
- **Título de imágenes:** Fuente tamaño 12, centrado y en negritas, separado por dos puntos de su descripción. Descripción de las imágenes: tamaño 12.
- **Notas al pie de las imágenes:** Fuente tamaño 11 y centradas con respecto a la imagen, la primera letra debe estar en mayúsculas.
- **Imágenes:** deben estar en el cuerpo del texto, insertadas en formato png o jpg y centradas. Las imágenes deben estar en línea con el texto. Se consideran imágenes: gráficos, cuadros, fotografías, diagramas y, en algunos casos, tablas y ecuaciones.
- **Tablas de tipo texto:** El título de las columnas de las tablas debe estar en negritas y los datos del cuerpo de la tabla con fuente normal. Los nombres científicos deben estar en itálicas.
- **Notas al pie de la tabla:** Fuente tamaño 11 y centradas con respecto a la tabla, la primera letra debe estar en mayúsculas.
- Las **Referencias bibliográficas** en el texto deberán tener al inicio el número secuencial correspondiente, tipo Vancouver, con números arábigos consecutivos, en superíndice y entre paréntesis por orden de aparición.
- La **Bibliografía** igualmente debe presentarse utilizando el estilo "Vancouver", citándose con números arábigos consecutivos, entre paréntesis por orden de aparición.

- Para citas y referencias de bibliografía electrónica consultar en Internacional Committee of Medical Journals Editors.
- La extensión de los trabajos estará limitada a 16 folios sin incluir anexos.

Presentación de contenidos

- Título; Debe ser claramente indicativo del contenido del estudio, claro en su redacción y que no supere las 15 palabras.
- Resumen o Abstract: Debe presentar una descripción breve del objetivo del trabajo, el método utilizado, resultados obtenidos y principales conclusiones. No debe superar las 250 palabras.
- En el Resumen no se presentan abreviaturas, ni citas bibliográficas.
- Deben presentarse mínimo 3 palabras clave.
- Introducción: Debe contener la descripción y justificación del problema y/o investigación, aportación de referencias y/o citas bibliográficas que documenten sus contenidos y el objetivo del trabajo.
- En la Introducción, si se trata de una "Revisión bibliográfica", el contenido de la Introducción debe identificar lo conocido publicado sobre el problema de investigación y antecedentes del problema.
- Objetivos: Deben ser concretos, descriptivos y medibles. Redactarse en infinitivo e indicar de forma inequívoca lo que el investigador pretende alcanzar.
- Metodología: Debe contemplar el material y método utilizado para la investigación/trabajo/estudio, muestra y características, temporalidad y ubicación del estudio, así como instrumentos/herramientas de medición, variables y tipología (si las presenta), tratamiento cualitativo o cuantitativo de datos.
- Respecto a la muestra (si la hay) especificar la población diana, la población accesible al estudio y la seleccionada.
- Respecto al tipo de estudio, explicarlo, concretar cómo se ha hecho la selección de la muestra (criterios de inclusión y de exclusión).
- Respecto a las herramientas de medición, describir validez y fiabilidad de cada instrumento utilizado: documentarlas si están validadas o explicar detalladamente cómo se han validado si son obra del autor.
- Resultados: Deberán estar relacionados con los objetivos/hipótesis y contenidos metodológicos de la investigación.
- Exponerlos ordenadamente y de forma secuencial según el proceso metodológico.

- **Discusión:** Se expondrá, a la luz de los resultados obtenidos, y referida a la relación de similitudes o discrepancias entre otros autores, siendo citados bibliográficamente, y los resultados obtenidos por el autor del artículo del estudio/investigación.
- Las interpretaciones de la Discusión deben basarse en los datos obtenidos, en función de los objetivos del estudio y sin repetir los resultados del trabajo.
- Discutir adecuadamente las limitaciones del estudio y la forma en que estas puedan afectar a las conclusiones.
- Se pueden sugerir recomendaciones, si procede.
- **Conclusiones:** Deben estar relacionadas con los objetivos, metodología y resultados del trabajo presentado.
- Las **Referencias bibliográficas** deberán tener al inicio el número secuencial correspondiente.
- La Bibliografía debe presentarse utilizando el estilo "Vancouver", citándose con números arábigos consecutivos, en superíndice y entre paréntesis por orden de aparición.
- El número de referencias bibliográficas no debe pasar de 30 y, al menos un 50%, deben estar actualizadas (últimos cinco años).
- Para citas y referencias de bibliografía electrónica consultar en [Internacional Committee of Medical Journals Editors](#).
- La dirección de la revista no se responsabiliza de las opiniones de los autores.

Aviso de derechos de autor/a

Las obras que se publican en esta revista están sujetas a los siguientes términos:

1. El Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (la editorial) conserva los derechos patrimoniales (copyright) de las obras publicadas, y favorece y permite la reutilización de las mismas bajo la licencia de uso indicada en el punto 2.

© [Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia](#), 2018

2. Las obras se publican en la edición electrónica de la revista bajo una licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 España \(texto legal\)](#). Se pueden copiar, usar, difundir, transmitir y exponer públicamente, siempre que: i) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); ii) no se usen para fines comerciales; iii) se mencione la existencia y especificaciones de esta licencia de uso.

3. Condiciones de auto-archivo. Se permite y se anima a los autores a difundir electrónicamente las versiones pre-print (versión antes de ser evaluada y enviada a la revista) y/o post-print (versión evaluada y aceptada para su publicación) de sus obras antes de su publicación, ya que favorece

su circulación y difusión más temprana y con ello un posible aumento en su citación y alcance entre la comunidad académica. *Color RoMEO: verde.*

“Quando os pés não conseguirem mais andar, permita-se ajoelhar com os olhos fechados.”

Thalys Maynnard

