

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA

PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM
INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS

JOÃO PESSOA

2024

THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA

PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM
INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) como pré-requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Saúde e Enfermagem.

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

2024

THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA

**PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE
DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS**

Aprovada em: 26/02/2024

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

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

**Profª Dra. Gabriela Lisieux Lima Gomes – Examinadora Externa Titular
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)**

**Profª Dra. Carla Lidiane Jácome dos Santos – Examinadora Externa Titular
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)**

**Profº Dr. Mailson Marques de Sousa – Examinador Suplente Interno
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)**

**Profª Dra. Patrícia Simpício de Oliveira – Examinadora Suplente Externa
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)**



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



ATA DA 142ª SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE

Às 13:30 horas do dia 26 de fevereiro de 2024, realizou-se a sessão de defesa de tese do discente **THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA**, regularmente matriculada no curso de **DOUTORADO EM ENFERMAGEM** da Universidade Federal da Paraíba, que apresentou a tese intitulada **"PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS"**, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. A banca examinadora foi composta pelos(as) docentes Dra. Marta Miriam Lopes Costa (Orientadora), Dra. Glenda Agra (Membro Externo - UFCG), Dra. Gabriela Lisieux Lima Gomes (Membro Externo), Dra. Jacira dos Santos Oliveira (Membro Interno), Dra. Carla Lidiane dos Santos Lima (Membro Externo), Dra. Patrícia Simplicio de Oliveira (Membro Externo Suplente) e Dr. Mailson Marques de Sousa (Membro Interno Suplente). Após a exposição do trabalho, a aluna foi submetida à arguição, dispondo cada membro da banca de 20 minutos. Encerrada a sessão pública de apresentação e de defesa do trabalho final, a comissão examinadora, em sessão secreta, deliberou sobre o resultado e atribuiu ao trabalho o conceito aprovado. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi encerrada às 19:35 horas e eu, Profa. Marta Miriam Lopes Costa, presidi a banca examinadora da defesa da tese e lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos demais membros da banca.

João Pessoa, 26 de fevereiro de 2024.

MEMBRO	ASSINATURA
ORIENTADOR(A)	Marta Miriam Lopes Costa
MEMBRO EXTERNO	Gabriela Lisieux Lima Gomes
MEMBRO EXTERNO	Carla Lidiane dos Santos Lima
MEMBRO EXTERNO	Patrícia Simplicio de Oliveira
MEMBRO INTERNO	Jacira dos Santos Oliveira
SUPLENTE EXTERNO	—
SUPLENTE INTERNO	—

DEFESA DE DOUTORADO
RELATÓRIO DO(A) ORIENTADOR(A)

Eu, Profa. Marta Miriam Lopes Costa, orientadora do trabalho final do aluno **THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA**, matrícula nº. 20201021791, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, após exame da vida acadêmica da mencionada aluna, tenho a relatar:

- Título do Trabalho: **PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS**
- O curso foi integralizado em **43** meses, dentro do prazo regular do regimento do programa
- Kursou **39** créditos da estrutura curricular a que está submetido;
- Obteve um Coeficiente de Rendimento Acadêmico (CRA) de **9.51**;
- Foi aprovada nos exames de verificação da capacidade de leitura em **LÍNGUA INGLESA (25/08/2019)** e **LÍNGUA ESPANHOLA (31/10/2018)**;

OBSERVAÇÕES DA BANCA EXAMINADORA

A BANCA EXAMINADORA, TENDO EM VISTA A EXPOSIÇÃO ORAL APRESENTADA E PROCEDIDA A ARGUIÇÃO PERTINENTE AO TRABALHO FINAL, CONSIDEROU O CANDIDATO:

(X) APROVADO () REPROVADO () INSUFICIENTE

MEMBROS DA BANCA	TIT.	ÓRGÃO/INST. DE ORIGEM	ASSINATURA
Marta Miriam Lopes Costa	Dra.	UFPB	Marta Miriam Lopes Costa
Glenda Agra	Dra.	UFCG	-
Gabriela Lisieux Lima Gomes	Dra.	UFPB	Gabriela Lisieux Lima Gomes
Jacira dos Santos Oliveira	Dra.	UFPB	Jacira dos Santos Oliveira
Carla Lidiane dos Santos Lima	Dra.	-	Carla Lidiane dos Santos Lima
Patrícia Simplicio de Oliveira	Dra.	-	Patrícia Simplicio de Oliveira
Mailson Marques de Sousa	Dr.	UFPB	-
LOCAL	HORA	DATA	
JOÃO PESSOA – PARAÍBA	13:30	06/02/2024	

INSTRUÇÕES À BANCA EXAMINADORA

O conceito da avaliação deverá ser expresso como: Aprovado, Reprovado, Insuficiente.
A avaliação é feita logo após o encerramento da exposição oral e arguição do(a) candidato(a).
Caso seja sugerida reformulação do Trabalho Final, a Banca Examinadora deverá estabelecer um prazo disponível para o(a) aluno(a) procedê-la.
Após o preenchimento desta Ficha de Avaliação, a mesma deverá ser entregue à Secretaria de Pós-Graduação pelo Presidente da Banca Examinadora.

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F383p Ferreira, Thalys Maynard Costa.

Perfil e estratificação de risco clínico frente a aplicabilidade de um instrumento a crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas / Thalys Maynard Costa Ferreira. - João Pessoa, 2024.

132 f. : il.

Orientação: Marta Miriam Lopes Costa.

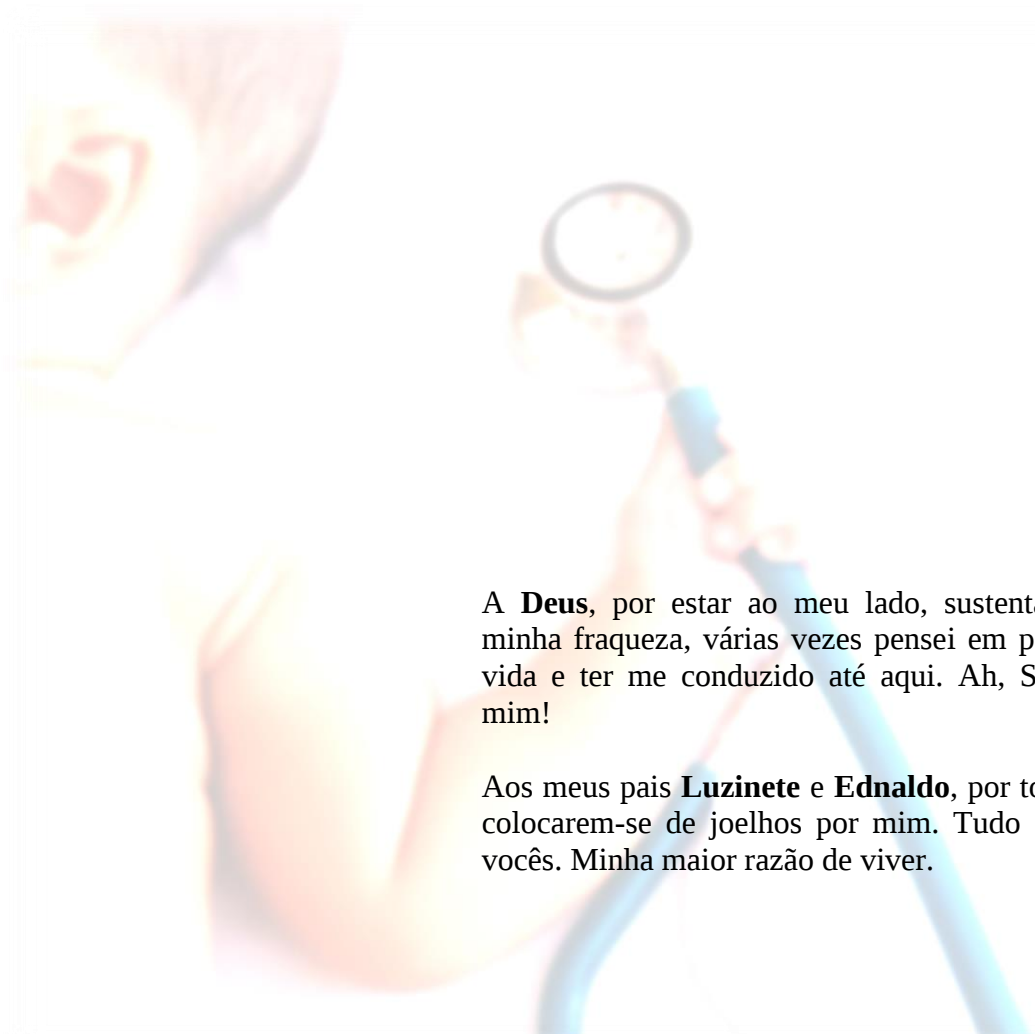
Coorientação: Kenya de Lima Silva.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Enfermagem - Pesquisa metodológica. 3. Processo de enfermagem. 4. Cuidados de enfermagem. I. Costa, Marta Miriam Lopes. II. Silva, Kenya de Lima. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083-053.2(043)



DEDICATÓRIA

A **Deus**, por estar ao meu lado, sustentando-me mesmo quando, em minha fraqueza, várias vezes pensei em parar. Por ser o meu fôlego de vida e ter me conduzido até aqui. Ah, Senhor, quão bondoso és para mim!

Aos meus pais **Luzinete** e **Ednaldo**, por todos os dias, incansavelmente, colocarem-se de joelhos por mim. Tudo o que sou, transfigurou-se de vocês. Minha maior razão de viver.

Dedico...

AGRADECIMENTOS



A **Deus**, por ser meu porto seguro em meio as mais diversas tormentas. Por ser Ele que me concedeu, gentilmente, a paz que excede o entendimento nos dias que mais precisei. Pelo fôlego de vida que me mantém de pé, minha gratidão.

Aos meus pais, **Luzinete e Ednaldo**, que não medem esforços para me fazer realizado diante de tantos desafios que essa vida já nos impôs. Sustentei-me de pé, até aqui, porque tenho vocês dois ao meu lado, isso é uma dádiva a qual sou grato. São meu alicerce, maior razão por eu não ter desistido e ter enfrentado tudo, com a coragem e perspicácia a qual me ensinaram, todos os dias, a desenvolver diante das situações da vida.

A minha irmã **Ianne Mayara**, meu maior exemplo de Enfermeira. Conheci a Enfermagem através dela e decidi segui-la. Mas além disso, sou grato por poder compartilhar tudo com você, desde a profissão até a vida. E sem medidas! Minha parte forte, racional e amorosa ao mesmo tempo, que escuta e aconselha, abraça e chora comigo. Amo-te infinitamente. Essa tese também é sua!

Ao meu companheiro **Wellyson**, por tamanha dedicação conjunta, entrega diária, parceria, ajuda, escuta, compreensão (não foi pouca), amor, companheirismo, enfim, tudo o que pudemos partilhar, desde a decisão de seguir esse rumo, na mudança do rumo, nas firmezas e fragilidades das etapas da vida, meu muito obrigado! Deus compreende o quanto, sabiamente, acertou em te colocar no meu caminho. Essa tese também é sua!

A minha **Voinha**, que está guardada no céu, por ter me feito Doutor, melhor dizendo, Doutorzinho, antes mesmo de eu sequer entender o real significado de tudo o que, hoje, concretiza-se. Diante da falta que aperta o peito e de cada lágrima que de mim foi arrancada ao me despedir naquele Abril de 2019, seis dias antes da dissertação ser defendida, deixo registrado o quanto fizestes diferença em minha vida. Por isso, essa tese também é sua, minha eterna Voinha.

A minha **Família**, todos que acreditam em mim, meu mais sincero obrigado por serem essenciais em todo o percurso, seja profissional ou até mesmo pessoal. Família é abrigo forte e reparador.

À Professora **Marta Miriam**, seria muito difícil descrever em poucas linhas o quão grato sou por sua vida. Acreditou em mim quando fui aluno na Semiologia, abrindo a porta da pesquisa, quando me fecharam ela. Construiu-me Enfermeiro, ensinando os mais lindos fundamentos da profissão, de forma tão compromissada e ética. A arte da Enfermagem veio com você e se tornou o maior sustento das minhas condutas profissionais e, por vezes, vida. Mas, para além da Enfermagem, ganhei uma grande amiga e, mais que isso, uma mãe. Cuidado e ciência, carinho e correção quando necessário, compromisso e amor, força e amparo, tudo está tão ligado a ti que, não consigo segregar, pois é o que te integra. Essa tese é nossa, Professora Marta, gratidão por não ter me deixado desistir.

À Professora **Kenya**, um carinho que transcende os cuidados complexos que compartilhamos a todas as crianças que passaram por nossas mãos. E que honra poder ter compartilhado contigo, nos corredores das enfermarias, a essência da Enfermagem Pediátrica, lado a lado. E, coube ao destino, colocar-me também sob os seus ensinamentos pediátricos para que eu pudesse me encontrar na vida enquanto Enfermeiro. E que responsabilidade, Professora Kenya! Fez um menino perdido, no seu sexto período de graduação, tomar uma das maiores decisões de vida. Quantos “porquês” que construíram, desconstruíram e reconstruíram. Mas, quero externar a minha gratidão por todas as palavras de força, determinação, orientação e acolhimento. Sua ternura sempre acalma, ensina e guia nos momentos de anseio. Então, essa tese é nossa, gratidão por estar ao meu lado.

À Professora **Glenda**, minha Glendinha, que se fez ao meu lado em brisa leve, quando mais precisei, mas que também é extremamente forte e intensa, assim me fazendo ser quando necessitei. Apresentou-me o lado bom de levar a dura rotina acadêmica, pois ela é daquelas que excede os limites universitários para não perder o essencial que a vida propõe viver, cotidianamente. Ahhh, Glendinha, você é luz! Menina de sorriso fácil, amor que conforta e abraço que é casa. Juntos até o doutorado, disse a ti naquela

mesa de trabalho de conclusão de curso, e assim foi. Mas, para além dessa tese, que é nossa, temos uma jornada juntinhos. Vamos, minha linda borboleta azul?

À Professora **Gabriela Lisieux**, que me ensinou a ser monitor, no corredor da clínica pediátrica, dividiu sala de aula, os desafios e os amores da docência e assistência, conversas pediátricas e fases de nossas vidas. Que honra te ter como banca, amiga e companheira de amores pelos pequenos. Hoje, externo a minha maior gratidão a ti pelo ser humano incrível que és, por ter, prontamente, aceitado esse desafio. Você fez, faz e continuará fazendo parte da minha jornada. Que essa tese, que é nossa, torne-se mais um momento partilhado entre nós. Levarei você no coração, minha amiga Gabi.

À Professora **Carla Lidiane**, que além de banca examinadora, minha irmã de vida! Quão bom é poder contar com pessoas especiais as quais Deus colocou em meu percurso. Você é daquelas que a gente leva no coração, eternamente, pois é raro encontrar uma amiga tão única quanto és. Obrigado por estar ao meu lado em todas as etapas acadêmicas e além delas também. Essa tese é nossa!

À Professora **Jacira**, tão dedicada e comprometida com o que faz, com a vida de todos os que passam por seus ensinamentos. Não foi diferente para comigo, então, quero externar meu agradecimento nessas entrelinhas que tanto demoraram a sair, mas que, como a senhora me orientou na banca de Mestrado: um pouco a cada dia, construímos um grande castelo. Assim levarei esse ensinamento para a vida! Gratidão por ser essa pessoa tão acolhedora e grandiosa que és. Essa tese, sob o seu olhar, ficou mais brilhante.

A todos os Professores Suplentes, Prof. Dr. **Mailson** e a Prof^a Dra. **Patrícia**, meu agradecimento por tamanha atenção em ler e poder contribuir com a tese. Vocês são seres iluminados.

Ao grupo “Além do Dr.”, meninas fortes e companheiras, **Danielma**, **Patrícia**, **Carlinha**, que seguraram a minha mão desde o tempo da graduação, deixo meu agradecimento. Carlinha, como sempre, muito solícita e companheira, não mede esforços para abraçar a causa, como uma amiga verdadeira. Deus sabe o quão grato por sua vida eu sou e que estás guardadinha no meu coração. Paty, meu maior exemplo de iniciação na pesquisa. Grato a ti pelos meus primeiros passos, ainda perdidos, mas encontrados por você durante o momento que passávamos, juntos, na graduação. Minha grande amiga, gratidão por tudo. E Dani, minha cúmplice, minha parceira de anseios, lutas, trocas diárias, áudios e mais áudios de compartilhamento de todas as nuances desse doutorado, mestrado... Vida! Dani é o exemplo de amiga que luta por ti, defende, abraça o que é certo e arrisca, juntos, até o que é errado se preciso (risos). Só ela sabe o quanto sou grato por tão forte parceria e amizade. Minha tese, sua tese, lembra? Juntos, da seleção até o fim.

À **Rossana**, minha amiga de toda uma vida, externo meu agradecimento por acreditar no guri mais louco que ela já deve ter conhecido. Uma menina-amiga sensata e que te sustenta sempre, presente ao lado, independente do marco temporal que nos separe fisicamente. A amizade é uma dádiva, Rossa é uma dádiva, a amiga que terei, com certeza, até os fins dos dias. Gratidão por isso, Migs!

Ao meu grupo “**Além dos Muros**”, Evyzinha, Carol, Lariça e Érika Leite, meu abraço apertado em cada uma, pois trilhamos caminhos diferentes, porém com a mesma conexão de sempre. Que o destino nos aproxime, nem que seja em nossos encontros desafiadores (risos).

Ao **Ronny**, meu braço forte, grande pesquisador, amigo acima de tudo, que possas seguir ascendendo na vida e conquistando o mundo, meu muito obrigado!!!

Ao **Grupo de Pesquisa** da Professora Marta, como costume chamar, meu muito obrigado por ter acolhido esse menino quando ele mais almejou iniciar na pesquisa.

À **Thaynara** e **Amanda**, minha melhor definição de amizade, daquelas que podemos entregar tudo e contar a todo instante, sem medo de ser feliz e, independente do tempo e espaço, juntou, tudo fica novo de novo e excepcionalmente alegre. Quão bom é ter vocês em minha vida. Entramos juntos na

empreitada do Doutorado, estamos saindo também, como planejamos. Que os caminhos de nossas vidas continuem cruzados, fortalecidos, amigos, na ciência e no melhor drink que podemos ter. Essa tese também é de vocês!

Aos **Amigos da Enfermagem**, meninas da Emergência Pediátrica da UPA Bancários, Pediatria e UTI Pediátrica HULW, **Cristina e Bethe** que tanto me auxiliaram nesse processo com risadas e um ombro amigo, minha eterna equipe da UTI Infantil do HUAC, externo minha gratidão por serem parte da construção desse trabalho e do Enfermeiro que sou hoje.

À **Cybelle**, minha amiga e Pareia que a vida me presenteou, ela que me ensinou tanto de Enfermagem e sobre que rumos trilhar quando mais precisei. Ela é daquelas arretadas, sabe? Que enfrenta tudo de cabeça erguida e, por isso, damos muito certo, porque é na cumplicidade de uma grande amizade que conseguimos enfrentar tantos desafios que a vida nos promove. Foi mais fácil não desistir de ser Doutor, Pareia, depois daquela conversa na copa da UTI Infantil no HUAC. Essa tese também é sua!

Aos meus MedMilhões, **Martinha, Gui, Matheus, Vivi, PJ, Clarinha, Rubi e Isa** meus mais lindos e guerreiros, obrigado por serem os que aturam as chatices desse menino, por vezes cansado dos plantões, nas manhãs e tardes intermináveis de ciência e medicina, mas que pacientemente me abraçam todo dia renovando minhas forças e passando energias positivas para a caminhada. Meu coração já tem um lugarzinho só de vocês!

À **Turma de Doutorado 2020.2**, que desafiadoramente iniciou na telinha, devido ao período pandêmico, meu maior respeito e apreço, por serem exímias Enfermeiras, com demais atribuições que vão além da docência, assistência, mas mesmo assim conseguiram trilhar esses anos e concluir essa etapa.

Às **Crianças das Clínicas Pediátricas**, as quais respeitosamente me dirigi para coletar dados que sustentaram esse trabalho, meu agradecimento por serem seres de luz que estão passando por momentos difíceis de hospitalização, mas que não se deixam esvair o carinho em cada olhar e abraço. Que honra poder ter recebido vários. Essa tese também é de vocês!

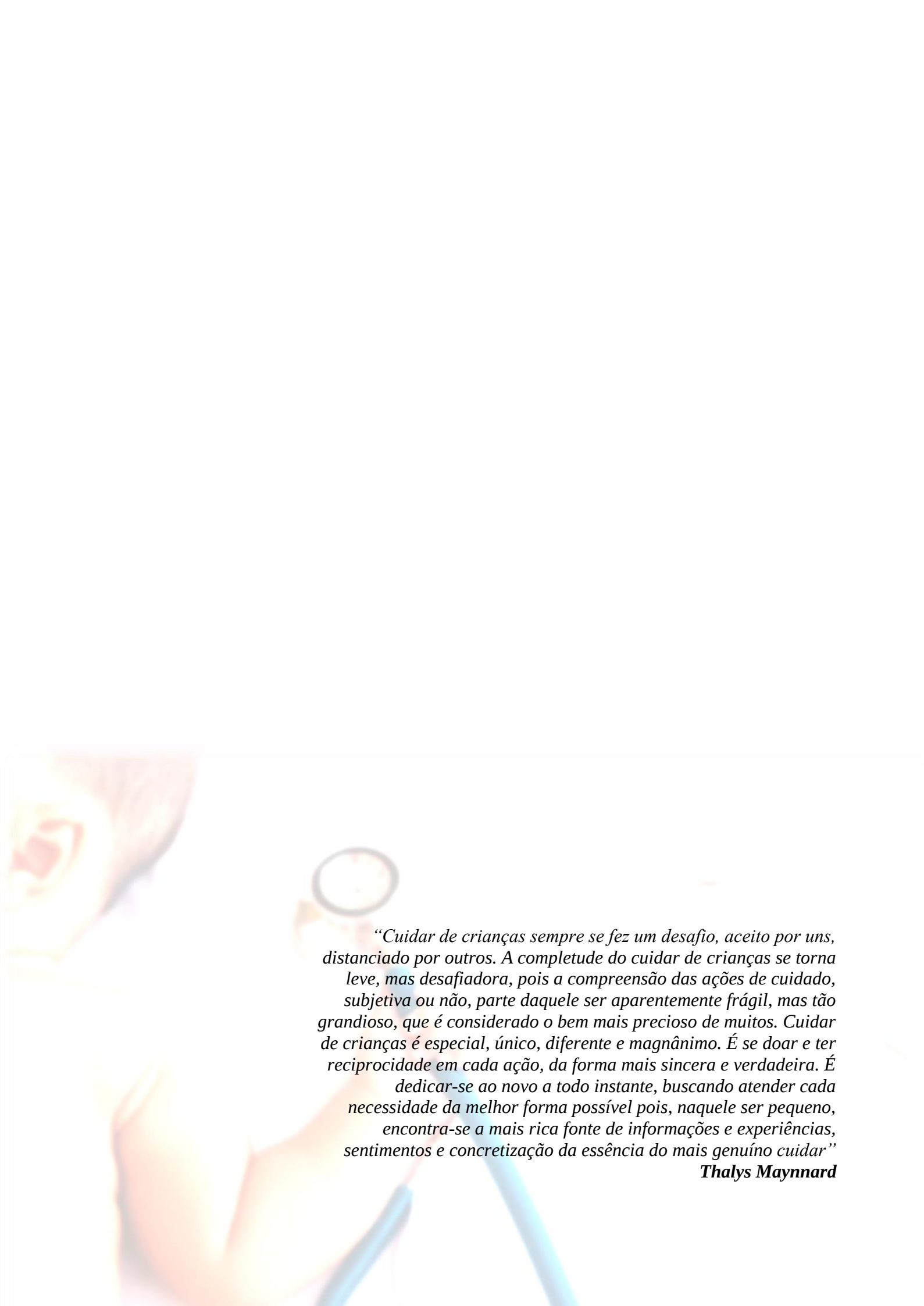
Às **Enfermeiras** que fizeram parte da amostra, meu muito obrigado por serem tão exemplares e terem contribuído com esse jovem pesquisador. Vocês são a personificação do mais exímio cuidar!

À **Nathali**, essa moça de cachos bonitos, que tanto me faz sorrir com os inúmeros e-mails que envie nesses seis anos de pós, gratidão por ser a que medeia tudo em prol de nossas concretizações. Você é uma amiga que levarei para o resto da vida, além do PPGENF.

Sr **Antônio e Felipe**, por estarem sempre por trás de cada palavrinha escrita que é impressa, grandes amigos que pude fazer. Disse que estaria com vocês, do TCC a Tese, e assim cumpri. Pelo compromisso nos momentos de emergências na graduação, pela dissertação fisicamente feita e pela tese concretizada através das vossas mãos, gratidão!

À **UFPB**, segunda casa, local que me transformou em um profissional compromissado, crítico, politizado, que prioriza a ciência e que trabalha com seres humanos em seu maior estado de vulnerabilidade. Obrigado por, em 2011, acolher um menino inocente e cheio de medos, bem como por, em 2024, tornar esse mesmo menino, Doutor.

Obrigado!



“Cuidar de crianças sempre se fez um desafio, aceito por uns, distanciado por outros. A completude do cuidar de crianças se torna leve, mas desafiadora, pois a compreensão das ações de cuidado, subjetiva ou não, parte daquele ser aparentemente frágil, mas tão grandioso, que é considerado o bem mais precioso de muitos. Cuidar de crianças é especial, único, diferente e magnânimo. É se doar e ter reciprocidade em cada ação, da forma mais sincera e verdadeira. É dedicar-se ao novo a todo instante, buscando atender cada necessidade da melhor forma possível pois, naquele ser pequeno, encontra-se a mais rica fonte de informações e experiências, sentimentos e concretização da essência do mais genuíno cuidar”

Thalys Maynnard

RESUMO

Ferreira, Thalys Maynard Costa. **Perfil e estratificação de risco clínico frente a aplicabilidade de um instrumento a crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas**. 2024. 133f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

Introdução: o processo de enfermagem requer conhecimento científico para ser executado, além de uma boa condução clínica, partindo sempre das necessidades humanas que o indivíduo evidencia, levando em consideração a individualidade do ser enquanto portador de um quadro de saúde conturbado. A utilização de instrumentos, considerados tecnologias essenciais para o alcance da qualidade e aprimoramento do cuidar em pediatria, vem sendo alvo de estudos com seus respectivos objetos voltados ao crescimento e consolidação das práticas da enfermagem. **Objetivo:** analisar a acurácia de um instrumento para coleta de dados e sua correlação entre a estratificação do risco e perfil clínico assistencial em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas a partir da aplicação de uma ferramenta validada. **Método:** estudo metodológico, fundamentado em uma abordagem quanti-qualitativa. Fizeram parte do estudo uma amostra de 220 crianças, com idade de 0 a 5 anos, hospitalizadas em clínica pediátrica de três instituições de referência no atendimento pediátrico em João Pessoa e, 27 enfermeiros, atuantes nas referidas clínicas pediátricas que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Etapas operacionais do estudo: 1) avaliação da acurácia do instrumento; 2) delineamento do risco e perfil clínico; 3) aplicabilidade do instrumento por enfermeiros e a percepção destes acerca do processo. A análise dos dados quantitativos deu-se por estatística descritiva, sob auxílio do software SPSS e, analítica, por meio da Regressão Logística, sob análise mediada pela criação de um modelo de regressão binário. Os dados qualitativos foram submetidos à análise lexicográfica, por meio do software IRAMUTEQ, pela Estatística Textual Clássica e Classificação Hierárquica Descendente, bem como os discursos foram submetidos à Análise do Conteúdo. Atendeu-se os requisitos éticos e legais do estudo com seres humanos, preconizados na Resolução nº 466/12, bem como o preceituado na Resolução COFEN nº 564/2017 que diz respeito ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, tendo como número do protocolo 5.899.309. **Resultados:** alcançou-se a acurácia do instrumento a partir do Coeficiente de Correlação Intraclassas, com valor de 71,4% de concordância interjuízes, substancialmente alcançado (0,969), classificado como excelente, comprovando acurácia. Delineou-se um perfil clínico prevalente, abordando síndromes estabelecidas conforme necessidades humanas básicas alteradas, identificando prevalência numérica das síndromes respiratórias, gastrointestinais, urinárias e neurológicas. No contexto do risco clínico, a partir da aplicação do modelo de regressão logística, foram criados grupos classificatórios conforme escores de risco clínico: baixo risco (0-25), risco moderado (25-66) e elevado risco (66-150), diante de uma amostra com perfil de risco baixo a moderado e, por sua vez, 12 variáveis preditoras do risco elevado foram evidenciadas, demonstrando-se validade mensuratória quanto ao risco clínico sob p-valor <0,05, coeficiente de Nagelkerke (K^2) 91,5% e Odds Ratio satisfatório, esclarecendo o efeito e poder de explicação do modelo. Quanto à análise dos discursos dos enfermeiros entrevistados, gerou-se dois subcorpos, seis classes e quatro subcategorias, denominadas: histórico de enfermagem e o instrumento para coleta de dados pediátricos: ferramenta norteadora; processo de enfermagem e as suas ferramentas de execução; a pediatria e as suas particularidades: aplicabilidade do instrumento a crianças de 0 a 5 anos; informatização e as melhorias do cuidado: nuances assistenciais. **Conclusão:** o instrumento mostrou-se acurado e dotado de variáveis capazes de, a partir da análise clínica, contribuir com o delineamento das características clínicas da criança de 0 a 5 anos hospitalizada e, também, estratificar o risco clínico a partir das variáveis preditoras do risco elevado.

Descritores: Pesquisa Metodológica em Enfermagem. Processo de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Pediátrica.

RESUMÉN

Ferreira, Thalys Maynard Costa. **Perfil de riesgo clínico y estratificación respecto a la aplicabilidad de un instrumento a niños hospitalizados de 0 a 5 años**. 2024. 133 y siguientes. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2024.

Introducción: el proceso de enfermería requiere para ser ejecutado conocimientos científicos, además de un buen manejo clínico, partiendo siempre de las necesidades humanas que el individuo resalta, teniendo en cuenta la individualidad del ser como portador de una condición de salud problemática. El uso de instrumentos, considerados tecnologías esenciales para alcanzar la calidad y mejorar la atención en pediatría, ha sido objeto de estudios con sus respectivos objetivos encaminados al crecimiento y consolidación de la práctica de enfermería. **Objetivo:** analizar la precisión de un instrumento de recolección de datos y su correlación entre estratificación de riesgo y perfil de atención clínica en niños hospitalizados de 0 a 5 años mediante la aplicación de una herramienta validada. **Método:** estudio metodológico, basado en un enfoque cuantitativo-cualitativo. El estudio incluyó una muestra de 220 niños, de 0 a 5 años, hospitalizados en una clínica pediátrica de tres instituciones de referencia para la atención pediátrica en João Pessoa, y 27 enfermeros, actuantes en las mencionadas clínicas pediátricas, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Etapas operativas del estudio: 1) evaluación de la precisión del instrumento; 2) delimitación de riesgos y perfil clínico; 3) aplicabilidad del instrumento por parte del enfermero y su percepción del proceso. El análisis de los datos cuantitativos se realizó mediante estadística descriptiva, mediante el software SPSS, y analíticamente, mediante Regresión Logística, bajo análisis mediado por la creación de un modelo de regresión binaria. Los datos cualitativos fueron sometidos a análisis lexicográfico, utilizando el software IRAMUTEQ, mediante Estadística Textual Clásica y Clasificación Jerárquica Descendente (CHD), así como los discursos fueron sometidos a Análisis de Contenido. Se cumplieron los requisitos éticos y legales de los estudios con seres humanos, recomendados en la Resolución N° 466/12, así como lo dispuesto en la Resolución COFEN N° 564/2017, relativa al Código de Ética para los Profesionales de Enfermería. El proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Lauro Wanderley, con número de protocolo 5.899.309. **Resultados:** la precisión del instrumento se logró con base en el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI), con un valor de 71,4% de acuerdo entre jueces, alcanzado sustancialmente (0,969), clasificado como excelente, demostrando precisión. Se trazó un perfil clínico prevalente, abordando síndromes establecidos según las necesidades humanas básicas alteradas, identificando prevalencia numérica de síndromes respiratorios, gastrointestinales, urinarios y neurológicos. En el contexto del riesgo clínico, a partir de la aplicación del modelo de regresión logística, se crearon grupos de clasificación según puntajes de riesgo clínico: riesgo bajo (0-25), riesgo moderado (25-66) y riesgo alto (66-150), ante una muestra con perfil de riesgo bajo a moderado y a su vez se destacaron 12 variables que predecían riesgo alto, demostrando validez de medición respecto al riesgo clínico con un valor $p < 0,05$, coeficiente de Nagelkerke (K^2) 91,5% y Odds Ratio satisfactorio, aclarando el efecto y el poder explicativo del modelo. En cuanto al análisis de los discursos de los enfermeros entrevistados, se generaron dos subcuerpos, seis clases y cuatro subcategorías, denominadas: historia de enfermería y el instrumento de recolección de datos pediátricos: herramienta orientadora; proceso de enfermería y sus herramientas de implementación; pediatría y sus particularidades: aplicabilidad del instrumento a niños de 0 a 5 años; Informatización y mejoras en la atención: matices asistenciales. **Conclusión:** el instrumento demostró ser preciso y dotado de variables capaces de, a partir del análisis clínico, contribuir a delimitar las características clínicas de los niños de 0 a 5 años hospitalizados y, además, estratificar el riesgo clínico a partir de las variables predictoras de el alto riesgo.

Descriptores: Investigación Metodológica en Enfermería. Proceso de enfermería. Cuidado de enfermera. Enfermería Pediátrica.

ABSTRACT

Ferreira, Thalys Maynard Costa. **Clinical risk profile and stratification regarding the applicability of an instrument to hospitalized children aged 0 to 5 years.** 2024. 133f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2024.

Introduction: the nursing process requires scientific knowledge to be executed, in addition to good clinical management, always starting from the human needs that the individual highlights, taking into account the individuality of the being as a carrier of a troubled health condition. The use of instruments, considered essential technologies for achieving quality and improving care in pediatrics, has been the subject of studies with their respective objects aimed at the growth and consolidation of nursing practices. **Objective:** to analyze the accuracy of an instrument for data collection and its correlation between risk stratification and clinical care profile in hospitalized children aged 0 to 5 years through the application of a validated tool. **Method:** methodological study, based on a quantitative-qualitative approach. The study included a sample of 220 children, aged 0 to 5 years, hospitalized in a pediatric clinic of three reference institutions for pediatric care in João Pessoa, and 27 nurses, working in the aforementioned pediatric clinics who met the inclusion criteria and exclusion. Operational stages of the study: 1) assessment of the instrument's accuracy; 2) risk delineation and clinical profile; 3) applicability of the instrument by nurses and their perception of the process. The analysis of quantitative data was carried out using descriptive statistics, using the SPSS software, and analytically, using Logistic Regression, under analysis mediated by the creation of a binary regression model. The qualitative data were subjected to lexicographic analysis, using the IRAMUTEQ software, by Classical Textual Statistics and Descending Hierarchical Classification (CHD), as well as the speeches were subjected to Content Analysis. The ethical and legal requirements of studies with human beings, as recommended in Resolution No. 466/12, were met, as well as the provisions of COFEN Resolution No. 564/2017, which concerns the Code of Ethics for Nursing Professionals. The project was submitted to the Research Ethics Committee of the Lauro Wanderley University Hospital, with protocol number 5,899,309. **Results:** the accuracy of the instrument was achieved based on the Intraclass Correlation Coefficient (ICC), with a value of 71.4% interjudge agreement, substantially achieved (0.969), classified as excellent, proving accuracy. A prevalent clinical profile was outlined, addressing syndromes established according to altered basic human needs, identifying numerical prevalence of respiratory, gastrointestinal, urinary and neurological syndromes. In the context of clinical risk, from the application of the logistic regression model, classification groups were created according to clinical risk scores: low risk (0-25), moderate risk (25-66) and high risk (66-150), faced with a sample with a low to moderate risk profile and, in turn, 12 variables that predicted high risk were highlighted, demonstrating measurement validity regarding clinical risk with a p-value <0.05, Nagelkerke coefficient (K^2) 91.5% and satisfactory Odds Ratio, clarifying the effect and explanatory power of the model. Regarding the analysis of the interviewed nurses' speeches, two subbodies were generated, six classes and four subcategories, called: nursing history and the instrument for collecting pediatric data: guiding tool; nursing process and its implementation tools; pediatrics and its particularities: applicability of the instrument to children aged 0 to 5 years; computerization and improvements in care: care nuances. **Conclusion:** the instrument proved to be accurate and equipped with variables capable of, based on clinical analysis, contributing to the delineation of the clinical characteristics of hospitalized children aged 0 to 5 years and, also, stratifying the clinical risk based on the predictor variables of the high risk.

Keywords: Methodological Research in Nursing. Nursing Process. Nursing care. Pediatric Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
PE	Processo de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
TNHB	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Scielo	<i>Brazil Scientific Electronic Library Online</i>
CINHAL	Base de Dados Cinhal Ultimate
DecS	Descritores em Ciências da Saúde
Mesh	<i>Medical Subject Headings</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses</i>
UTIPED	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
PNA	<i>Pediatric Nursing Assessment</i>
NAPNAP	<i>National Association of Pediatric Nurse Practitioners</i>
CHAQ	<i>Child Health Assessment Questionnaire</i>
PEDI	<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory</i>
CCI	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
RLB	<i>Regressão Logística Binária</i>
CPAM	<i>Complexo Pediátrico Arlinda Marques</i>
HMV	Hospital Municipal Valentina
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
H°	Hipótese Zero
OR	<i>Oddis Ratio</i>
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires</i>
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma Prisma do processo de seleção de estudos.	P.41
Figura 2	Diagrama das classes integrantes do dendograma do corpus textual referente aos manuscritos da amostra.	P.93
Figura 3	Análise de similitude entre as palavras dos enfermeiros entrevistados acerca da aplicação do instrumento a crianças de 0 a 5 anos.	P.98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Coeficiente de Correlação Intraclassa - CCI	P.70
Tabela 2	Características gerais das crianças hospitalizadas.	P.71
Tabela 3	Distribuição das variáveis relacionadas ao perfil clínico conforme necessidade humana básica de oxigenação.	P.72
Tabela 4	Distribuição das variáveis relacionadas ao perfil clínico conforme necessidade humana básica de nutrição, hidratação e eliminação.	P.74
Tabela 5	Distribuição das variáveis relacionadas ao perfil clínico conforme necessidade humana básica de regulação neurológica.	P.76
Tabela 6	Características relacionadas à regulação neurológica por faixa etária até os 2 anos de idade.	P.77
Tabela 7	Modelo de regressão logística e variáveis significativas para determinação do risco clínico em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.	P.80

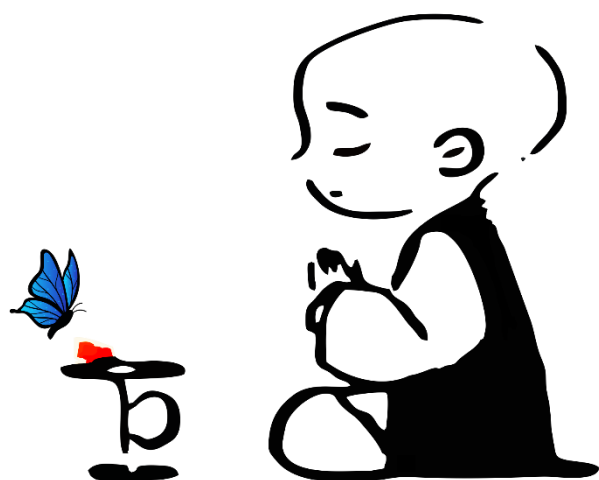
LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estratégias de busca em bases de dados para seleção dos artigos.	P.41
Quadro 2	Sistematização dos estudos incluídos na Scoping Review.	P.43
Quadro 3	Dados referentes ao delineamento populacional e amostral do estudo.	P.58
Quadro 4	Dimensões que compõem o instrumento para coleta de dados de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas.	P.60
Quadro 5	Variáveis com nível de significância preditivo para alcance de risco elevado em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.	P.79
Quadro 6	Discursos dos participantes enfermeiros em suas subcategorias e classes 5, 4 e 3, originadas na CHD.	P.95
Quadro 7	Discursos dos participantes enfermeiros em suas subcategorias e classes 6, 1 e 2, originadas na CHD.	P.96

SUMÁRIO

1. TRAJETÓRIA	P.18
2. INTRODUÇÃO	P.22
3. OBJETIVOS	P.30
3.1 <i>Objetivo geral</i>	
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA (Teoria das Necessidades Humanas Básicas).....	P.32
5. ARTIGO 1: REVISÃO LITERÁRIA (Scoping Review).....	P.38
6. MÉTODOS	P.55
6.1 <i>Delineamento do estudo</i>	
6.2 <i>Local do estudo</i>	
6.3 <i>Sujeitos do estudo</i>	
6.4 <i>Procedimentos e instrumento para coleta de dados</i>	
6.5 <i>Análise de dados</i>	
6.6 <i>Aspectos éticos da pesquisa</i>	
7. RESULTADOS: ARTIGO 2	P.66
<i>Perfil e estratificação do risco clínico de crianças hospitalizadas frente ao uso de um instrumento para histórico de enfermagem.</i>	
8. RESULTADOS: ARTIGO 3	P.89
<i>Aplicabilidade de um instrumento para histórico de enfermagem a crianças hospitalizadas sob à ótica de enfermeiros.</i>	
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	P.108
10. REFERÊNCIAS	P.111
11. ANEXOS E APÊNDICES	P.115

TRAJETÓRIA



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 que me abrigou por longos cinco anos da minha vida, onde pude aprender a crescer e apreender a 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 os desafios de conseguir vencer o básico, o clínico e o lado mais complexo da enfermagem. 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, pudssemos evoluir. E claro, foram os dias de maior experiência em pesquisa que tive na minha graduação! Comecei a sentir o amor pela docência ser formado e fluir. Quão grato eu sou por ter tido uma professora que me acolheu, mesmo quando me fecharam a porta da iniciação científica no âmbito universitário. Ela, por sua vez, pegou-me à mão e me ajudou a seguir, acreditando no meu potencial ainda em formação.

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, passei 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-me. Graduei-me 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 aos pensamentos disparadores e 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 assistência e docência, assumi o cargo de Enfermeiro Assistencial em Emergência Pediátrica, missão que levo comigo até os dias atuais, experiência que me transforma a todo instante enquanto profissional professor e pesquisador.

Fiz Mestrado, etapa tão árdua da minha vida. Dois anos intensos e cheios de saberes. Eu sempre costumo dizer que, ser Mestre em Enfermagem, foi o maior desafio acadêmico que tive. Foi um período de renúncia, dedicação, aprendizado, crescimento, construção e reconstrução contínuas. Mas, foi nesse momento acadêmico que pude dar o pontapé inicial à execução do que, futuramente, seria o término da minha jornada acadêmica: a tão sonhada proposta de tese do Doutorado!

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 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. Desta feita, 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 para compor a prática do enfermeiro pediátrico naquela clínica. Isso me motivou a contribuir, reafirmando a importância e a atualidade da temática, sempre em busca de melhorias assistenciais no cuidado em pediatria.

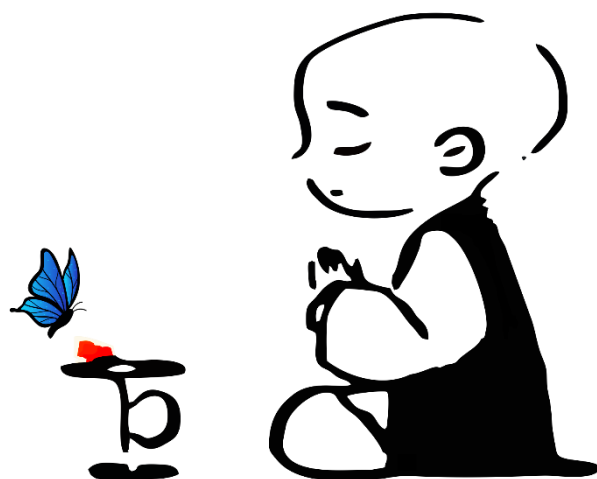
Além disso, para o cuidado de crianças de 0 a 5 anos, foi desenvolvido há mais de 10 anos um instrumento que trouxe a essência da estruturação da dissertação, reafirmando um cuidado minucioso e focado nos recém-nascidos, lactentes e pré-escolares. No entanto, houve a necessidade de melhorias, fazendo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

E assim foi feito! Após um período intenso de dedicação, veio a dissertação sob a ótica de um estudo metodológico que contribuiu com a ciência da Enfermagem Pediátrica, validando o conteúdo e a clínica do instrumento.

Posteriormente ao término, veio a necessidade de seguimento com o doutoramento, como dizia a saudosa Professora Miriam Nóbrega (*in memoriam*). Após ver emergir uma grande contribuição dos juízes envolvidos no processo validatório do instrumento, durante o percurso da execução da pesquisa do mestrado, o olhar voltado à interposição de valores estratificatórios quanto aos quesitos clínicos que compõem o instrumento. O menino que iniciou a jornada de estudos no Campus I da UFPB lembrou que precisava continuar com a pesquisa metodológica até finalizar sua jornada, atribuindo uma estratégia de aprimoramento quanto à identificação e aplicação do instrumento para levantamento dos atributos de risco clínico direcionado às crianças de 0 a 5 anos. Logo, a lâmpada do questionamento de pesquisa acendeu, novamente, tornando possível a estruturação de um projeto de pesquisa, em meio a um período pandêmico, mas com o objetivo único de encarar mais uma jornada de formação e crescimento.

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.

INTRODUÇÃO



Entender um percurso histórico consiste no desafio de ampliar os olhares, pois não há como um conjunto de marcos serem englobados em uma linhagem cronológica, desenhada, delineada sob um papel, sendo este fator limitante ao contexto e suas relações com o social e, consequentemente, a todos os seres humanos que fizeram parte dessa construção, interagindo e exercendo seus papéis enquanto figuras políticas e engajadas em suas trocas cotidianas na conjuntura da sociedade/ambiente.¹

Hodiernamente, quando se reflete acerca da construção da história das profissões, a compreensão do presente, com o firmamento de futuro, estruturado por episódios do passado, faz-se concreto a partir da forma que a trajetória da profissão veio sendo construída ao longo do tempo. Portanto, a conexão entre o saber prático subsidiado pelo teórico torna-se o molde daquilo que, posteriormente, consolida-se como profissão.²

A Enfermagem, hoje ciência do cuidar, vem construindo e reconstruindo sua história, tendo em vista que os conceitos atuais da profissão não se sustentam mais nos antigos paradigmas, passando a assumir seu papel político, social, científico e crítico. Socialmente, a profissão ainda enfrenta preceitos estabelecidos devido a seu percurso histórico, modificando seu real sentido e significado enquanto ciência que compõe as profissões da saúde.¹

Dotados da figura do feminino, os cuidados de enfermagem possuem suas raízes históricas firmadas, primitivamente, na figura materna, onde todas as atividades do lar e os cuidados para com os filhos eram realizadas por mulheres no seio familiar. Quando descrito durante o período da colonização, o cuidado traçava um percurso de construção e, o aprimoramento dos cuidados, deu-se por um contexto e constructo místico, onde a magia e a religião se fundiam com o propósito de explicar as condições de enfermidades advindas de entidades, tornando a figura do líder religioso, o curandeiro, responsável pela resolução das doenças.³

Além disso, pessoas leigas e sem “pudor” eram tidas como indicadas ao cuidado dos doentes, tendo em vista que o contato direto com as injúrias tornava impuro quem assim o fizesse, logo, se esse papel fosse assumido por indivíduos sem qualificação e, até mesmo leigos, marginalizados pela sociedade, tal fato não seria de grande importância aos sacerdotes-curandeiros. Com o avanço da terapêutica, as práticas curativistas foram firmando a atuação de homens responsáveis pela cura e tratamento de moléstias do corpo, surgindo a necessidade de participação de pessoas no processo de cuidado dos enfermos.³

Sob a ótica de uma prática focada na cura, desenvolvida por pessoas incapacitadas e distante do cuidado integralizador, tempos sombrios se firmaram, impregnando dogmas e conceitos que, posteriormente, foram deturpados do meio da ciência do cuidar, mas ainda presentes de forma

atenuada no social. Estabeleceu-se a era obscura das práticas de cuidado.⁴

A partir de 1543, a igreja assume o norte das ações de cuidado dos enfermos, visando o monopólio e a ruptura do contexto deturpado de práticas do cuidar, com a criação das Santas Casas de Misericórdia. No entanto, não se exigia ainda a figura do Enfermeiro como responsável pelo trabalho direto aos doentes. Logo, ao assumirem as práticas de dedicação aos enfermos, as mulheres da época, principalmente as que eram ligadas à igreja, tornaram-se enfermeiras por vocação e empenho caritativo, não por formação científica, desenvolvendo cuidados empíricos, estabelecendo assim mais um dogma social que transpassou tempos impregnando a profissão de figuração amorosa e caridosa.⁴

Tecnicamente não havia fundamentação do cuidado, pois as enfermeiras objetivavam o alcance de respostas imediatas e expressivas dos seus enfermos, isentando-se de análise crítica proveniente das práticas implementadas, o que tornava ainda mais o trabalho sem qualificação acadêmica e potencialmente desvalorizado socialmente.⁵

Florence Nightingale, a precursora da enfermagem, trouxe consigo uma mudança no contexto dos cuidados e, diante de sua atuação, da profissão. Com a era Nightingaleana, período denominado de Enfermagem Moderna, surgiram os pressupostos analíticos e racionais, a oposição ao senso comum, em decorrência da defesa e prática do cuidado mais próximo do saber rigoroso e dotado de condutas distanciadas do empirismo até então praticado.^{6,7}

Com Florence, a enfermagem tomou o seu status socioprofissional devidamente encorpado por uma série de ações que revolucionaram a profissão. Dentre elas, a criação da *Nightingale School for Nurses* em 1860, considerada primeira escola de Enfermagem do mundo, passando a formar Enfermeiras para o desenvolvimento do ofício do cuidar científico e racional, distante das práticas médicas e voltado ao indivíduo em sua necessidade de saúde.^{6,7}

O cuidado assume sua contextualização de compromisso com o ser humano adoecido, que demanda ações integralizadoras, as quais exigem do indivíduo que cuida um olhar mais compreensivo, sensível e, ao mesmo tempo, resolutivo, direcionado e capaz de promover o atendimento das necessidades do enfermo, valorizando-o enquanto ser vulnerável e que assume a posição de receptor.⁸

Ontologicamente, a execução da prática do cuidado é caracterizada como uma forma de interação humana transcendental, uma necessidade básica, transformação que objetiva alcançar o envolvimento do “ser” e a compreensão deste como aspecto primo que, necessariamente, deve estar

nas entrelinhas do trabalho do Enfermeiro, tornando-o profissional mais envolvido com o cerne da essência das práticas de cuidados mais recomendadas e adequadas às situações.⁸

Cuidar é um ato que se orienta ao outro, portanto, sendo necessária a sua compreensão filosófica, pois a condução de cada prática de cuidado se norteia à direção das situações terapêuticas, focadas sempre no ser humano, tornando assim mais visível a demanda integralista de quem oferta. Cabe então à epistemologia da prática do cuidar o regimento e a interpretação de tal consolidação filosófica-operacional no trabalho do enfermeiro, garantindo completude nas variadas modalidades de oferta de cuidados e, mais ainda, na sustentação desta enquanto prática científica.⁹

Partindo do princípio que a profissão passa a alcançar aspectos técnicos e devidamente capazes de legitimar as ações das Enfermeiros durante seu exercício, a Enfermagem passa a adquirir características que tornam evidente a necessidade de firmar-se enquanto ciência, posteriormente denominada de “ciência do cuidar”¹⁰

A construção do conhecimento da ciência da Enfermagem é um processo cronológico que acontece há mais de 140 anos, tornando-se a principal ferramenta que sustenta o ideal científico da profissão. O conhecimento e o seu firmamento, a progressão da teorização do saber e a investigação por meio da pesquisa, traduzem à enfermagem o avanço característico da operacionalização de sua práxis no curso assistencial dos Enfermeiros.¹⁰

O Enfermeiro é aquele que, enquanto profissional, executa e gerencia o cuidado terapêutico, acionando suas habilidades técnicas, de alto rigor, além de uma perspicaz e sólida relação entre conhecimentos fisiopatológicos, sociológicos, psicológicos e culturais acerca do cuidado e da terapêutica, contemplar o ser humano perante suas necessidades de saúde, na sua condição humana, durante a vida ou até mesmo em seu enfrentamento do processo de morte.¹¹

A ciência da Enfermagem em seu percurso de construção do arcabouço teórico, paradigmático e reflexivo quanto o seu objeto de trabalho, evolui dia a dia, e traz à profissão aspectos que progridem a prática e aprimora o cuidado ao ser humano de forma positiva.⁹

Prospectivamente, considerando-a como nova ciência ou até mesmo uma ciência em construção, a Enfermagem deve firmar-se cada vez mais enquanto disciplina, produzir um *corpus* de saberes fundamentados em uma vasta base filosófica que, permita aos que nela estejam inseridos, a participação na construção de práticas e atuação efetiva em um cuidado resolutivo, pautado em resultados e evidências, norteados por estruturas metodológicas que endossem o cuidado como ferramenta acurada de percepção e transformação de vidas, sem se distanciar do aspecto humanístico que, filosoficamente, está implicado ao seu objeto de estudo.¹²

Cada vez mais os Enfermeiros devem entender o seu objeto de trabalho, expandir os olhares críticos, firmar seu campo de atuação, evidenciar a necessidade de serem respaldados por uma regulamentação que distingue/consolide suas ações/práticas e a eles mesmos dos demais profissionais, articular bases filosóficas que tragam a propriedade de quem eles realmente são enquanto Enfermagem, perante as demais classes profissionais e sociais, bem como dentro do mundo científico, tornando esse paradigma conhecido não somente dentro do contexto das relações entre Enfermeiros, mas para além delas.¹²

Alenta-se, então, o entendimento de que as bases conceituais em enfermagem surgem com o princípio de dar validação às afirmações do conhecimento próprio da profissão, primando pelo incorporamento dos padrões do conhecimento voltados à enfermagem científica e seus métodos. Na década de 1950, houve o desenvolvimento dos pilares teóricos que deram engrandecimento à profissão e ao início de um arcabouço teórico-científico aos Enfermeiros, substantiados pelos conceitos do metaparadigma “*a Enfermagem, o ser humano, o ambiente, a saúde*”, levando à tona o primórdio da prática sistematizada a partir de um conhecimento organizado, dotado de conceitos e de um conjunto de terminologias próprias, distintas, inerentes à práxis do cuidado.^{8,13}

Esse ideal, tornou visível o seguimento da construção dos alicerces da profissão, transpassando o conceito de distanciamento entre teoria e prática anteriormente visto nas práticas dos Enfermeiros. Surgem então as teorias da Enfermagem, fruto das inquietações de mulheres que tornaram real o avanço da ciência da Enfermagem, algo visto até a atualidade.^{6-8,13}

As teóricas consolidaram, a partir das práticas de enfermagem, o constructo dos saberes que se tornou o fundamento norteador dos Enfermeiros e seus respectivos cuidados. A tradução dos aspectos epistemológicos e da gnósia assistencial da prática do cuidar está ligada à aplicação de uma teoria de enfermagem, que traz a necessidade de um corpo teórico que sustente qualquer ação e prática dos profissionais que compõem a categoria.^{9,14,15}

As teorias servem para o norteamento e sustentação do pensamento crítico perante as boas práticas da enfermagem. Logo, a consistência dos valores, dos aspectos críticos e analíticos e das evidências que compõem as decisões e guiam as ações dos enfermeiros, emergem de uma teoria que tece saberes fundamentais ao processo de raciocínio crítico em enfermagem, antes, durante e após a realização dos cuidados e, para além deles, desde a doença até a mais ampliada percepção de recuperação do estado de saúde.^{9,14,16}

As teorias passam a ser o referencial para a prática assistencial, tornando-se o ponto de partida para a consolidação das estratégias de cuidado que priorizam as condutas do enfermeiro e trazem à

tona a essência consolidada do trabalho desse profissional. Neste sentido, a ideia de um cuidado mais organizado e sistemático passou a assumir sua forma mediante a criação e aplicação da ferramenta denominada de Processo de Enfermagem (PE).^{16,17}

Na ótica ampliada da logística e exequibilidade do cuidado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste na organização de elementos que compõem a micropolítica do cuidar de forma intelectual, ou seja, é a prática metodológica e científica composta por conhecimentos baseados em evidências que propiciam o desenvolvimento do fluxo de trabalho do Enfermeiro, primando o surgimento e o provimento de componentes inerentes ao exercício laboral, como equipamentos, pessoal, novos métodos e material para desenvoltura concreta do cuidado. O planejamento de enfermagem é uma atividade profissional privativa do Enfermeiro que foi legitimada pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e do Decreto nº 94.406/87, que regulamentam as práticas ocupacionais, validadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pela Resolução COFEN 272/2002, que atualmente é representada pela Resolução COFEN nº 736/2024.¹⁸

Em se tratando do PE, compreende-se como o componente do todo sistemático, utilizado pelo Enfermeiro, para tornar real a aplicabilidade dos procedimentos inerentes a sua dinâmica de cuidar. Para isso, conforme a Resolução nº COFEN 736/2024, o PE é constituído de cinco etapas, interdependentes e que se relacionam para trazer um aprimoramento: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução.¹⁸

Com um método assistencial próprio, a Enfermagem cursa com a progressão e firmamento de suas práticas profissionais. Com o avanço da Enfermagem Moderna e a consequência da prática fundamentada em modelos teóricos, incumbiu-se à enfermagem a competência técnica e necessidade de uma macrogerência do cuidado e de suas especificidades, tornando uma necessidade urgente aos enfermeiros o desenvolvimento de estratégias que visam a operacionalização do cuidado dentro da sua mais genuína micropolítica de execução: o espaço beira-leito.^{15,19,20}

Portanto, com a construção de ferramentas voltadas para o cuidado, surge o embasamento que torna viável e exequível o cuidado consolidado sob pilares teóricos inerentes à profissão, tendo em vista que os artefatos tecnológicos usados pelos enfermeiros como formas de pôr em prática as estratégias de cuidado e, assim, desenvolve-lo com primor, são construídos, testados e validados sob à ótica das teorias de enfermagem, arcabouço histórico e metodológico que lidera substancialmente a assistência dos enfermeiros que cuidam dentro da perspectiva da enfermagem moderna. É o saber-fazer que lidera e alcança um importante espaço na enfermagem atual.^{21,22}

Os instrumentos modificam as ações dos Enfermeiros, norteiam e auxiliam na construção de uma perspectiva de cuidado mais crítica, tendo em vista que não exime e nem oblitera o raciocínio

clínico e diagnóstico do profissional Enfermeiro, mas sim, torna-o formal, respaldado, incorporado de conteúdo científico e produtor de resultados que servirão para a condução dos problemas de saúde encontrados durante o trabalho em enfermagem. O uso dos instrumentos para o cuidado é uma aproximação necessária à realidade cotidiana dos serviços de saúde e, até mesmo, das rotinas assistenciais vividas por quem nela se insere.^{21,22}

Diante do exposto, ressalta-se que o interesse pela temática do uso dos instrumentos no cuidado à criança hospitalizada surgiu durante a graduação, em um percurso de aproximação com o cuidado que iniciou no programa de monitoria no componente curricular de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente II, no qual se verificou que as estratégias de cuidado na clínica pediátrica demandavam resolutividade e precisão no tocante à execução, fundamentadas no processo de enfermagem enquanto ferramenta essencial para progressão do trabalho do enfermeiro. Sendo assim, os instrumentos utilizados para a assistência viabilizavam as intervenções e promoviam a sistematização e implementação do processo de enfermagem de forma satisfatória, despertando desse modo os radares à pesquisa dentro da vertente temática.

Para tanto, foi desenvolvido o projeto de pesquisa para o mestrado (2017-2019), com o propósito de verificar a validade do conteúdo dos indicadores referentes ao instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas, bem como averiguar a sua validade clínica quanto à capacidade mensuratória das necessidades humanas básicas através do risco clínico de crianças entre 0 a 5 anos hospitalizadas. Esta ferramenta foi construída sob a ótica da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta adaptadas à criança de 0 a 5 anos e validada quanto ao conteúdo e clínica após o percurso da dissertação.

Dentro do escopo de construção do panorama atual da tese, explicita-se que a validação de instrumentos para estratificação do risco e estruturação do perfil clínico de crianças é uma prática fundamental para garantir a qualidade e a confiabilidade dos dados utilizados na tomada de decisões clínicas e no desenvolvimento de intervenções personalizadas, tornando-se uma necessidade evidente no campo da Enfermagem Pediátrica.

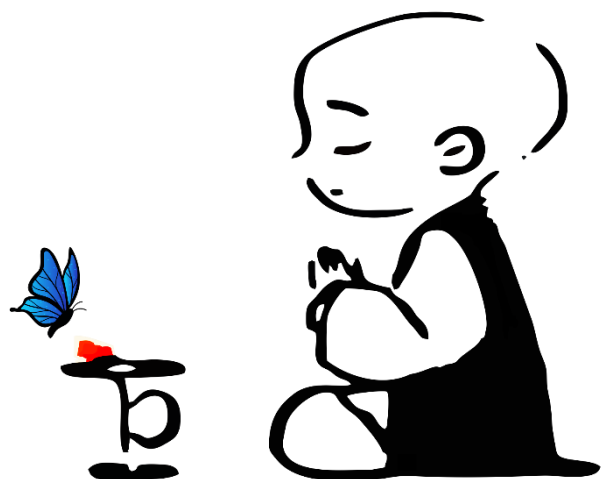
Um olhar acurado quanto ao perfil clínico de crianças de 0 a 5 anos, inseridas no ambiente de clínica pediátrica, garante que intervenções sejam tomadas de forma rápida e oportuna, trazendo resolutividade à problemática prognóstica das afecções que lideram os números de internações pediátricas, tornando assim o cuidado de enfermagem necessário e preditor de um desfecho de risco favorável à criança hospitalizada, fator este que amplia a necessidade e importância da desenvoltura de estudos que estratifiquem e consolidem o risco clínico assistencial infantil.

Possuir um instrumento que realmente mede o que se propõe a medir, acuradamente e sob a perspectiva de um delineamento do perfil clínico, ajuda a garantir que os dados coletados sejam confiáveis e representativos, tornando assim a ferramenta vital.

Ante o exposto, fica evidenciada a necessidade de realizar estudos que aprimorem a qualidade das tecnologias utilizadas durante o cenário do cuidado à criança hospitalizada, enfatizando a contribuição destas no Processo de Enfermagem enquanto principal estratégia de efetivação do cuidado do enfermeiro. A partir dessa conjuntura, lança-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: qual é o perfil clínico delineado a partir da estratificação do risco clínico de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas?

Assume-se como tese: o instrumento é acurado para a estratificação do risco e estruturação do perfil clínico de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

OBJETIVOS



OBJETIVO GERAL

- Analisar a acurácia de um instrumento para coleta de dados e sua correlação entre a estratificação do risco e perfil clínico assistencial em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas a partir da aplicação de uma ferramenta validada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear o panorama das evidências científicas quanto ao uso de instrumentos para o cuidado de crianças hospitalizadas sob a perspectiva da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.
- Verificar a acurácia de um instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas;
- Traçar o perfil clínico da criança hospitalizada de 0 a 5 anos a partir da análise das dimensões do instrumento de coleta de dados validado;
- Estratificar o risco clínico de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas a partir da implementação de um instrumento de coleta de dados validado;
- Investigar a percepção de enfermeiros acerca da utilização e aplicação de um instrumento de coleta de dados a crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS EM PEDIATRIA

O conhecimento acerca das demandas provenientes do ser humano que, a partir de um estado de adoecimento, torna-se uma ferramenta vital a ser utilizada na interpretação e manejo das necessidades fisiológicas alteradas, passou a ser algo incorporado ao cuidado de Enfermagem substanciado pelas teorias que sustentam a profissão desde o advento da mudança do paradigma para a Enfermagem moderna e consolidação da ciência do cuidado da Enfermagem, permeando a abrangência que a torna, ontologicamente, uma miríade de sentidos e práticas científicas.²³

Wanda de Aguiar Horta, em sua teoria denominada de Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), incita o conceito de Enfermagem enquanto Ciência e Arte de assistir o ser humano, dentro de sua perspectiva de necessidade evidenciada, contemplando-o frente ao que ele mesmo não consegue executar por si, fazendo assim efetivo o trabalho do enfermeiro enquanto o responsável por exercer a ciência descrita por ela dentro do arcabouço conceitual da teoria. É a ciência que tem como caráter e seu locus epistêmico o cuidado, independente da área ou modalidade de apresentação.^{24,25}

Horta, em seu escopo teórico, explica que a ciência da Enfermagem está descrita como aquela que transcende a compreensão do indivíduo às necessidades humanas básicas que lhes são intrínsecas, tornando a Enfermagem responsável pelo atendimento e pela resolução dos problemas potenciais que surgem, identificação dos fatores que alteram a manifestação de tais necessidades, bem como pela implementação do atendimento e assistência direta ao ser humano, sendo esse partícipe do seu processo de cuidado.^{24,25}

Horta considera que, ao se encontrar em um estado de doença, o paciente apresentará um quadro enérgico desestabilizado, o que resulta em demandas de saúde conturbadas, expondo o ser humano a situações de vulnerabilidade física, mental/psíquica e social. A confluência dos domínios energéticos que precisam tornar à estabilidade acontecerá de maneira espontânea com o autocuidado capacitado, expressão usada para o alcance do próprio cuidado pelo paciente, ou por meio das ações estratégicas de profissionais na prática da ciência do cuidar que, por sua vez, adentram o escopo de intervenções, implementando-as devido ao não alcance, autonomamente, pelo paciente. Portanto, conforme a teórica, a Enfermagem configura-se essencial à prática da teoria aplicada ao paciente, quando a doença gera um estado de desequilíbrio de tais necessidades humanas e deste com o mundo a sua volta, culminando nos problemas de enfermagem.²⁶

A polissemia do cuidado bem como a concretude da práxis que orienta a perspectiva simétrica

da ciência Enfermagem, a torna passível de ser orientada a partir da teoria, tornando assim o uso da TNHB um evento norteador do cuidado vivo, que se transforma frente a maior demanda existente no ser humano: a priorização de suas necessidades.²⁶

Na desenvolvimento da TNHB, Horta se baseou na teoria da motivação de Maslow e, utilizou a denominação dos níveis da vida psíquica utilizados por João Mohana para classificar as necessidades humanas, denominando-as: necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais.²⁴

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.²⁴

A criação da maior ferramenta que sistematiza o cuidado de enfermagem trouxe à Horta o ganho teórico de que o cuidado é exequível quando sustentado pelo Processo de Enfermagem (PE), deixando de ser uma quimera. O Processo de Enfermagem consiste em uma interdependência de fases atribuídas ao trabalho dos enfermeiros que lidam diretamente com os seres humanos em situações de vulnerabilidades de saúde a serem atendidas, demandando assim de um cuidado profissional.^{24,27,28}

É a estratégia metodológica de sistematizar o cuidado em etapas, que se interligam através das condições apresentadas pelo paciente e, auxiliam ao enfermeiro a raciocinar clinicamente e criticamente perante as situações de doença, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.^{29,30}

O pensamento crítico, primordial ao enfermeiro durante a efetivação do PE, caracteriza-se como um processo que envolve habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clínico. O pensamento crítico é fundamental para atingir ótimas metas e acurácia diagnóstica, sendo fundamental para o prosseguimento assistencial na área da Enfermagem. O raciocínio clínico, por sua vez, guia a tomada de decisão, que poderá ser diagnóstica ou terapêutica.^{29,30}

As etapas do Processo de Enfermagem estruturadas por Horta, em sua teoria, foram: Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados, Evolução de Enfermagem, Prognóstico de Enfermagem. A teoria sustenta o PE e suas seis etapas diante de um método conhecido por hexágono funcional, em que possui seus vetores, bi-orientados,

voltados ao centro único representado pelo indivíduo e suas necessidades.²⁴

Porém, após a publicação da Resolução COFEN nº 736/2024, que delibera sobre a obrigatoriedade da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE), em toda instituição da saúde que desenvolve cuidados de enfermagem, o PE passou a ser composto por cinco etapas: avaliação, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e evolução de enfermagem.¹⁸

A avaliação de enfermagem constitui a primeira etapa do processo de enfermagem, tendo em vista que é o momento em que o enfermeiro se aproximará do paciente em busca de informações essenciais ao percurso terapêutico durante os cuidados a serem prestados. É o *corpus* de informações inerentes às necessidades elencadas por Horta como vitais, pois é nele que o enfermeiro condensa os pilares assistenciais que nortearão as decisões, o raciocínio crítico e clínico de quem elaborará a assistência. Salienta-se que a estruturação do perfil clínico do paciente e as suas prioridades de cuidados serão subsidiadas pelas informações contidas na avaliação de enfermagem, colhidas e consolidadas a partir de uma ferramenta denominada entrevista clínica.³¹

O diagnóstico de enfermagem é a etapa que demanda a consolidação do raciocínio diagnóstico, pois é requerido do enfermeiro um processo intelectual complexo, habilidades cognitivas, experiência e conhecimento científico. É nesta etapa que, o julgamento das condições do paciente elencadas no histórico de enfermagem vai acontecer e, o enfermeiro, então, deliberará sobre a resposta que ele, enquanto profissional do cuidado, denominará por diagnóstico de enfermagem, através de uma nomenclatura aceita à profissão.³¹

O planejamento consiste na formulação de estratégias e intervenções, inclusas em um plano de cuidados, bem como efetivação destas na etapa subsequente. É na etapa de planejamento que o Enfermeiro conseguirá compor o plano ideal ao paciente assistido, traçando intervenções em conformidade com os diagnósticos elencados e problemas de saúde identificados no histórico de enfermagem, executando assim mais uma etapa que interdepende, explicitamente, das anteriores, bem como, servirá de estrutura para as posteriores. O planejamento é decisivo para o ser cuidado e necessita ser assertivo no tocante às decisões do que será implementado enquanto cuidado, passando assim pelo crivo e rigor científico do enfermeiro responsável pela execução do processo.³¹

Quanto à etapa de implementação do processo, configura-se pela execução dos cuidados que foram planejados pelo enfermeiro, realizados tanto pelo próprio enfermeiro quanto por uma equipe de profissionais que se inserem no cuidado. Essa implementação precisa acontecer conforme o plano de cuidados e deve ser prescrita, a partir das necessidades do paciente cuidado.³¹

Na etapa de evolução de enfermagem, todo o processo será avaliado e suas etapas reformuladas,

se necessário, tendo em vista que a dinamicidade da oferta de cuidados de enfermagem se faz presente durante a assistência ao paciente, independentemente do nível de assistência que ele se encontra.³¹

O cuidar está diretamente ligado ao foco concreto possível, dentro de uma organização que sistematiza o conhecimento da Enfermagem em uma perspectiva particular da profissão. Logo, não diferentemente, quando se trata da aplicação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, o cuidado é contemplado em sua integralidade e particularidades do processo de aplicação das práticas das enfermeiras durante o seu cotidiano.³²

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas é parcimoniosa, levando ao amplo uso durante a assistência dos enfermeiros na prática profissional. O uso de ferramentas construídas sob a ótica da TNHB que contempla o ser humano em todas as suas demandas fortalece a amplitude da práxis da enfermagem, tendo em vista que o cuidar se tornou o ponto cerne de sua desenvoltura e, assim como Horta deixa explícito, quando o atendimento não é possível de todas as nuances de necessidades basais, sejam elas do domínio biológico, social e psicológico, evidencia-se a obrigatoriedade de um profissional de enfermagem para desempenhar sua função enquanto mediador/executor do cuidado resolutivo.^{9,24,32}

No contexto da Saúde da Criança e do Adolescente, macroárea de atuação do Enfermeiro, o cuidado é diretamente debruçado às enfermidades que envolvem a criança e o adolescente. O trabalho do enfermeiro na saúde da criança permeia as ações que são consideradas complexas por diversos fatores, desde o momento em que se evidencia a demanda corporal de um ser fragilizado pelo processo de doença instalado, à cura de uma situação de conturbação das necessidades humanas.³³

O enfermeiro que lida com crianças em seu trabalho diário necessita de um diferencial na formação, tendo em vista as peculiaridades que o público pediátrico apresenta conforme o processo de crescimento, desenvolvimento e doenças características da infância, demandando assim dos profissionais que a assistem um olhar acurado e baseado nas mais atuais evidências. Além disso, a dimensão de cuidado que se estende ao acompanhante também é algo inerente à prática pediátrica, pois por direito a criança deve ser acompanhada em todo o seu processo de saúde e doença, tornando

assim o acompanhante um agente ativo dentro da elaboração das estratégias de cuidado de enfermagem.³⁴

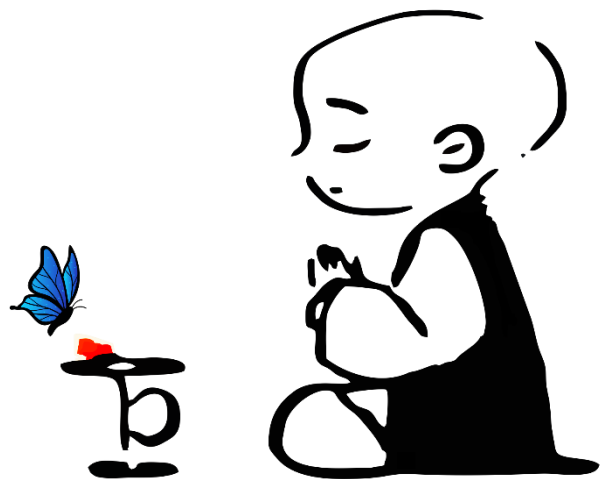
Entender os aspectos da hospitalização sob a TNHB é ser capaz de elaborar um plano de cuidados que contemple a criança e o seu acompanhante, fazendo assim com que as ações sejam totalmente direcionadas ao binômio. Em pediatria, a dinamicidade do cuidado binomial oferta

desafios a quem cuida, pois tratar de duas demandas que se entremeiam a um processo de adoecimento, promove uma dificuldade na exequibilidade das ações, afastando alguns da efetuação de práticas no ambiente pediátrico.³⁵

No âmbito da enfermagem, o paradigma do cuidado encontra lugar de destaque, pois se identifica o simbolismo existente entre a equipe de enfermagem e o paciente pediátrico que vivencia um período de hospitalização. O medo do desconhecido, a mudança de ambiente e de papéis, além das incertezas que circundam o diagnóstico médico, suscitam, à equipe de enfermagem, doação, atenção, respeito, solidariedade, confiança, compromisso, tolerância, acolhimento, entre outros aspectos, são intrínsecos ao campo subjetivo do cuidado pediátrico, tornando-o diferenciado dos demais âmbitos de assistência do enfermeiro.³⁶

O uso de uma teoria de enfermagem que contempla o cuidado integralístico vem substanciado na consolidação da prática, pois é a partir do suporte teórico que a desenvoltura das nuances do cuidado pediátrico se efetua, junto às relações entre profissional e o binômio, de forma mais operacional e até mesmo palpável ao executor. Ressalta-se que a retribuição desses atributos, por parte do paciente à equipe de enfermagem, constitui-se em uma postura desejável, o que favorece o inter-relacionamento, conduzindo à consolidação das trocas dos bens imateriais, tornando o trabalho do enfermeiro recompensante aos olhos de quem o realiza.³⁷

ARTIGO 1: REVISÃO LITERÁRIA



INSTRUMENTOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SOB A PERSPECTIVA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: SCOPING REVIEW

INTRODUÇÃO

A prática do cuidado exercida por enfermeiros parte do princípio de que, a Enfermagem, enquanto ciência, pode ser entendida como uma profissão de busca e oferta de ajuda, porém com relações complexas e multifacetadas, composta notoriamente por uma variedade de elementos que promoveram a transformação do campo científico que subsidia, hoje, a assistência direta ao enfermo.¹

É a prática que, anteriormente norteava-se pelo empirismo, transformada em ciência do cuidar por mãos de mulheres que trouxeram, com suas ações técnicas, precisas e baseadas em teorias, sob a perspectiva de um conhecimento científico, a crescente e revolucionária Enfermagem Moderna. Com ela, ações metodológicas que repercutiram diretamente na práxis do enfermeiro enquanto agente necessário ao cuidado do ser humano vulnerável por situação de doença, passaram a ser elaboradas e, com isso, a elaboração de metodologias diretamente interligadas ao cotidiano da assistência ao paciente hospitalizado.²

Pós surgimento do processo de enfermagem, trabalhado por Horta em sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), deu-se início à produção de ferramentas que pudessem oportunizar o trabalho de forma que o distanciamento, entre a produção de tecnologias e as atitudes dos profissionais que utilizam deste material para exercer seu cuidado, fosse mínimo ao ponto de transformar os resultados esperados em respostas aos problemas de saúde do paciente.³

Com a estruturação de instrumentos ligados às nuances do cuidado, os enfermeiros puderam sistematizar o processo de trabalho sob a ótica das teorias de enfermagem e, conseqüentemente, a instrumentalização da prática tornou-se realidade. O uso de teorias fundamenta a profissão e traz seguridade quanto às competências clínicas, tornando o exercício laborativo operacionalizável, ampliando-se à medida que o enfermeiro utiliza ferramentas que viabilizam as ações dentro da microgestão do cuidado.⁴

Para que haja um desenvolvimento satisfatório das atitudes e habilidades diante de um público diferenciado, como por exemplo, a população pediátrica, o enfermeiro é desafiado quanto ao seu conhecimento teórico e prático diante de qualquer que seja a tomada de decisão.

As atitudes e habilidades adquiridas como estratégia para o gerenciamento, primeiro das múltiplas tarefas ligadas ao cuidado pediátrico e, em seguida, ao atendimento das necessidades

humanas básicas, bem como a adequação às demandas das crianças com quadro de saúde conturbado, pode ser trabalhado utilizando os pressupostos teóricos de Horta na TNHB. Logo, ressalta-se a importância do uso de ferramentas que auxiliem o transcurso do cuidado e cada ação do enfermeiro diante das necessidades que demandam intervenções da equipe de enfermagem.³

Portanto, a constatação do uso das teorias definidas e a descrição dos conceitos centrais integrados, no contexto da pediatria, demonstram a preocupação em construir o alicerce para a implementação de um modelo assistencial conectado às teorias, interligado às minuciosidades da criança em suas fases de vida, subsidiando a implementação de instrumentos que auxiliem o agir, o pensar e o fazer da Enfermagem, norteados pela figura do Enfermeiro.⁵

Frente ao contexto, elencou-se a seguinte pergunta: qual o panorama das evidências científicas de processo de trabalho de enfermeiros que utilizam instrumentos de cuidado construídos conforme à TNHB para crianças hospitalizadas? Logo, objetivou-se analisar as evidências científicas de Enfermagem sobre instrumentos de cuidado a crianças hospitalizadas sob a perspectiva da teoria das necessidades humanas básicas durante o seu processo de trabalho.

MÉTODO

Estudo do tipo *Scoping Review*, orientado pela metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e *Joanna Briggs Collaborating Centres*.^{6,7} A estratégia de revisão foi selecionada devido a capacidade de tornar evidente um corpo de saberes, delineados a partir de estudos científicos pertinentes à uma temática, bem como à aptidão em incorporar desenhos e métodos de pesquisa.^{8,9}

Conforme protocolo de pesquisa, estabeleceu-se uma equipe de quatro pesquisadores para a implementação das buscas e para a realização das etapas de execução da revisão: definição dos objetivos e questões da revisão; estabelecimento dos critérios de inclusão com objetivos e questões; delineamento da abordagem para seleção, extração e mapeamento das evidências de pesquisa; busca, seleção, extração e registro sistemático das evidências; sumarização das evidências em relação ao objetivo e a questão.

A pergunta da pesquisa deu-se por meio da estratégia PCC, sendo *Population*– crianças hospitalizadas assistidas por enfermeiros com auxílio de um instrumento baseado na teoria das necessidades humanas básicas, *Concept*– instrumento para coleta de dados de crianças hospitalizadas baseado na teoria das necessidades humanas básicas e *Context*- cuidado de enfermagem à criança no ambiente hospitalar. Assim, a questão norteadora foi: qual o perfil de instrumentos, baseados na teoria das necessidades humanas básicas, utilizados para o cuidado de crianças hospitalizadas?

Como critérios de inclusão, elencaram-se: estudos realizados a partir do uso, construção ou

validação de instrumentos para o cuidado de enfermagem a pacientes pediátricos, incluindo neonatos, hospitalizados; texto completo disponível. Como critérios de exclusão: publicações não relacionadas ao público pediátrico inserido em ambiente hospitalar, direcionadas a cuidados de enfermagem que não sejam mediados por um instrumento, bem como estudos metodológicos que tomaram por referencial teoria distinta da TNHb, além de evidências da *gray literature*, relatos de caso e de experiência.

A busca ocorreu de outubro de 2022 a janeiro de 2023, nas bases de dados: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scopus, BDNF (Base de dados de Enfermagem), Biblioteca Eletrônica SCIELO, CINAHL *Ultimate*, PubMed. Não houve limitação temporal para busca. Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e Medical Subject Headings (MeSH), conectados estrategicamente com os operadores booleanos “AND” e “OR”, elaborados conforme o contexto da problemática inserida na pergunta de pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1 – Estratégias de busca em bases de dados para seleção dos artigos.

<i>ESTRATÉGIA PCC</i>	<i>DESCRITORES DO DECS</i>	<i>MESH TERMS</i>
<i>População “Crianças hospitalizadas assistidas por enfermeiros por meio de um instrumento baseado na teoria das necessidades humanas básicas”</i>	<i>Criança Hospitalizada OR Crianças Hospitalizadas AND Enfermagem AND Teoria de Enfermagem</i>	<i>Hospitalized Children OR Hospitalized Children AND Nursing AND Nursing Theory</i>
<i>Conceito “Instrumento para coleta de dados de crianças hospitalizadas baseado na teoria das necessidades humanas básicas”</i>	<i>Criança Hospitalizada OR Crianças Hospitalizadas AND Processo de Enfermagem AND Instrumento OR Necessidades Humanas Básicas; Processo de Enfermagem AND Instrumento AND Necessidades Humanas Básicas</i>	<i>Hospitalized Children OR Hospitalized Children AND Nursing Process AND Instrument OR Basic Human Needs; Nursing Process AND Instrument AND Basic Human Needs</i>
<i>Contexto “Cuidado de enfermagem à criança no ambiente hospitalar”</i>	<i>Criança Hospitalizada OR Crianças Hospitalizadas AND Cuidado de Enfermagem AND Necessidades Humanas Básicas</i>	<i>Hospitalized Child OR Hospitalized Children AND Nursing Care AND Basic Human Needs</i>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

As citações identificadas foram coletadas e carregadas no Programa *Rayyan*®, além de removidas as duplicadas. O processo de leitura partiu da análise dos títulos e resumos em que foi realizada por revisores de forma independente. Para averiguar a concordância inter-revisores, aplicou-se o índice de *Kappa* que, evidenciou valor de $K = 0,75$ de concordância, ou seja, dentro dos valores de referência (0,60 - 0,79). Salienta-se que, para fins de classificação dos valores do índice de *Kappa*, utilizou-se a classificação adotada por *Landis e Koch*.¹⁰

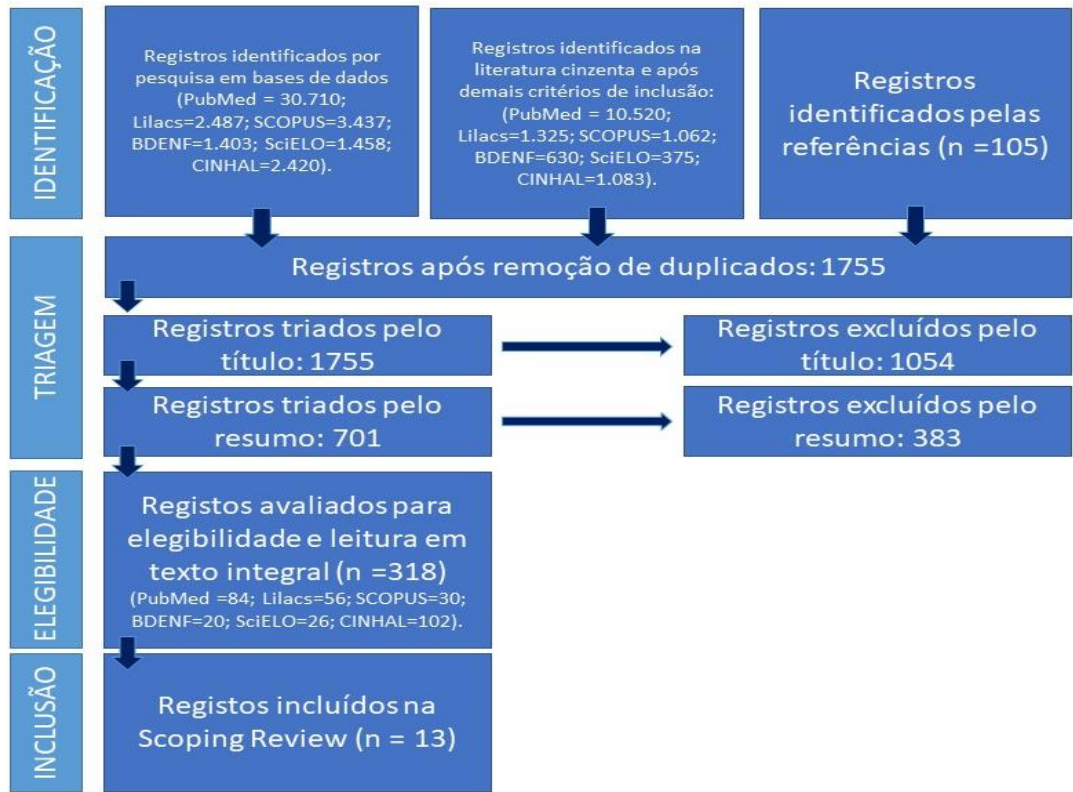
As discordâncias foram resolvidas por consenso entre pares ou pela avaliação de um terceiro revisor, eleito previamente sob critérios de avaliação curricular e expertise na área pediátrica, quando mantida a discordância. No entanto, não houve necessidade da intervenção do revisor eleito. Os estudos pré-selecionados foram lidos na íntegra para avaliação do conteúdo quanto à compreensão do fenômeno estudado e a síntese de dados. Ressalta-se que houve registro das pesquisas, decisões e etapas documentais pelo revisor principal.

No que diz respeito à busca e seleção dos artigos que compuseram a amostra, seguiu-se as recomendações do JBI em relação à apresentação dos resultados com *checklist* adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA-ScR-Extension for Scoping Reviews)*.^{6,7}

Constituído o corpus de análise, procedeu-se à extração de dados com recurso a quadros de sistematização de informação, atendendo à questão de investigação e com vista à comparação da evidência científica. Foram extraídos os dados com formulário específico criado pelo autor, para mapeamento do título do artigo; autoria; ano de publicação; país de origem; objetivo; população do estudo e tamanho da amostra (quando aplicável); métodos; desenho de estudo; profissional responsável pela avaliação clínica; duração da avaliação (se aplicável); e técnicas de avaliação. A extração de dados foi efetivada por dois autores e revisada por todos os autores. Posteriormente, foram inseridos em planilha do Programa *Excel*®, com a qual se procedeu a caracterização dos estudos, agrupamento, síntese e descrição dos resultados a partir da questão de pesquisa.

O protocolo de pesquisa foi redigido, revisado e conferido pelos autores. E, por fim, procedeu-se ao registro prospectivamente na *Open Science Framework*, em 9 de janeiro de 2023 (<https://osf.io/7xjkt/>).

Figura 1 – Fluxograma Prisma do processo de seleção de estudos.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

Quadro 2 – Sistematização dos estudos incluídos na Scoping Review.

TÍTULO	BASE DE DADOS/ ANO/PAÍS	DELINEAMENTO	INSTRUMENTO/ PÚBLICO ALVO/CONCEPÇÃO TEÓRICA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. ¹¹	PubMed/ 2013/Brasil	Estudo exploratório-descritivo,com abordagem quantitativa.	Formulário semiestruturado, utilizado como roteiro para realização da anamnese e do exame físico da puérpera e do recém-nascido (RN)/240 Mães e bebês/ TNHB	O diagnóstico mais frequente foi Amamentação eficaz, com 65 (78,3%) casos de RNs após avaliados pelo instrumento e detectado o diagnóstico diante da anamnese.	Por meio do instrumento, foi possível detectar que os diagnósticos de enfermagem relacionados à Amamentação contribuem para que os cuidados de enfermagem possam ser mais direcionados, de modo a promover uma assistência mais qualificada, humanizada e

					eficaz.
Escolares hospitalizados: proposta de um instrumento para coleta de dados à luz da teoria de Horta. ¹²	PubMed/2016/Brasil	Estudo metodológico.	Instrumento de coleta de dados, construído e validado quanto ao conteúdo, para escolares hospitalizados/enfermeiros assistenciais e docentes/ TNHB	301 indicadores construídos na versão 1 do instrumento. Após a validação do conteúdo, obtiveram-se 288 indicadores que passaram por revalidação, gerando versão final.	O instrumento contribui para a coleta de dados de escolares hospitalizados e norteia as demais fases do processo de enfermagem, considerando as necessidades específicas dos escolares.
Validação de instrumento de Histórico de Enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. ¹³	PubMed/2016/Brasil	Estudo metodológico, baseado no estabelecimento da estrutura teórico-conceitual.	Instrumento de coleta de dados, construído e validado quanto ao conteúdo, clareza, abrangência e aparência, para utilização em ambiente de UTI Pediátrica/ 19 enfermeiros especialistas/ TNHB	No processo validatório, seis itens receberam modificações significativas, pelo fato de terem apresentado percentual de concordância inferiores a 0,75. Os itens avaliados apresentaram boa consistência interna (0,83) no que se refere aos seus domínios.	O instrumento de Histórico de Enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, desenvolvido e validado por especialistas, é considerado relevante e pertinente quanto ao conteúdo, clareza, abrangência e aparência.
Aplicativo móvel para o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal. ¹⁴	Scielo/2019/Brasil	Estudo metodológico.	Aplicativo <i>CuidarTech Neo Processo de Enfermagem</i> , construído e validado quanto à adequação funcional, confiabilidade, usabilidade, eficiência de desempenho, compatibilidade e segurança ao conteúdo/ 11 enfermeiros especialistas/ TNHB	O aplicativo relaciona informações do recém-nascido internado em UTIN e o processo de enfermagem, sendo capaz de proporcionar qualidade, efetividade, segurança no cuidado.	Conforme avaliação dos juízes enfermeiros, o aplicativo possui adequação funcional, confiabilidade, usabilidade, eficiência de desempenho, compatibilidade e segurança para o uso no cuidado.
Ferramentas gerenciais no cuidado de enfermagem a criança com lesão por pressão. ¹⁵	Scielo/2019/Brasil	Estudo metodológico com uso da técnica de grupo focal.	Duas ferramentas relacionadas ao cuidado de lesões por pressão em crianças, criadas e validadas: Instrumento de sistematização do cuidado de enfermagem à criança com	Após a criação dos instrumentos, os profissionais consideraram as ferramentas pertinentes em relação ao	Após criadas e validadas, as ferramentas gerenciais conseguiram sintetizar a avaliação de

			lesão por pressão; Fluxograma de risco e prevenção de lesão por pressão em pacientes pediátricos/17 enfermeiros/ TNHB	conteúdo apresentado e de fácil leitura por evidenciar os cuidados específicos de enfermagem. Depois dos encontros de validação, o instrumento foi feito conforme as sugestões dos enfermeiros.	enfermagem, delinear as diretrizes em relação aos riscos e direcionar os cuidados de enfermagem diante da vigência desses riscos, com base nas necessidades.
Validação de instrumento para sistematização da assistência de enfermagem em pediatria. ¹⁶	Scielo/2020/Brasil	Estudo metodológico, transversal, norteado pela ferramenta STROBE.	Instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas em clínica pediátrica/11 enfermeiros especialistas/ TNHB	Após 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 um valor elevado, tornando-o apto intrinsecamente à aplicabilidade clínica na prática assistencial pediátrica.	O instrumento se demonstrou válido quanto ao seu conteúdo, inerente a cada variável e item que o compõe.
Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço. ¹⁷	BDENF/2012/Brasil	Estudo metodológico/convergente assistencial.	Instrumento para coleta de dados de puérperas e recém-nascidos em alojamento conjunto/13 enfermeiras especialistas/ TNHB	Os resultados do estudo apontam para a importância da educação continuada, uma vez que, para a utilização do PE na prática, de forma eficiente e eficaz, deve estar norteado por uma teoria que precisa ser bem compreendida para que seja vivenciada. O instrumento foi validado e modificado, conforme	Desenvolvida à luz da pesquisa convergente-assistencial, a experiência proporcionou condições para o fortalecimento da parceria ensino-serviço e estratégia para a melhoria da qualidade da assistência e da formação profissional, além de contribuir para a ressignificação do serviço como espaço de

				apuração das experts participantes.	cuidado e educação.
Processo de enfermagem informatizado: construção de tecnologia móvel para uso em neonatos. ¹⁸	CINHAL/2017/Brasil	Estudo metodológico com abordagem qualitativa.	Tecnologia móvel denominada <i>Natus</i> para o processo de enfermagem aplicado a neonatos/recém-nascidos de unidades neonatais/ TNHB	A tecnologia móvel, após criada, permite ao enfermeiro sistematizar a assistência de enfermagem, favorecendo a coleta de dados mediante agrupamento dos sinais clínicos, o que, por sua vez, auxilia na identificação dos diagnósticos e seleção das intervenções de enfermagem a neonatos.	A criação da tecnologia <i>Natus</i> permitiu ampliar os instrumentos para aplicação do processo de enfermagem em unidades neonatais. Ressaltou-se que a tecnologia necessita ser validada.
Construção e implantação do Histórico de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica. ¹⁹	CINHAL/2016/Brasil	Estudo descritivo de abordagem qualitativa com suporte da Pesquisa Bibliográfica e da Convergente Assistencial.	Instrumento para Histórico de Enfermagem direcionado à criança hospitalizada em UTI Pediátrica / 13 enfermeiros assistenciais e 5 expertises / TNHB	Os dados produzidos nos encontros de PCA foram agrupados em três dimensões: Limitações para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto da UTI Pediátrica; Contribuições dos atores para a construção do Histórico de Enfermagem; Elementos fortalecedores para implantação da primeira etapa do Processo de Enfermagem na UTI Pediátrica.	O Histórico de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica foi o produto da construção e implantação a partir do processo proativo assumido pelos enfermeiros do serviço, permitindo trocas de experiências, reflexões e contribuições importantes para a implantação no cotidiano das práticas assistenciais.
Validação de um histórico de enfermagem para unidade de terapia intensiva pediátrica. ²⁰	SCOPUS/2017/Brasil	Estudo metodológico.	Instrumento de coleta de dados, validado quanto ao conteúdo, para utilização em ambiente de UTI Pediátrica/ 7 enfermeiras e 2 médicos pediatras/ TNHB	O critério Pertinência de Conteúdo, relativo aos tópicos do instrumento, atingiu os	O instrumento elaborado foi validado quanto à aparência e conteúdo, sendo considerado apto para

				maiores níveis de concordância entre os juízes (78-100%). Os tópicos que não atingiram a concordância pré-definida foram substituídos, excluídos ou reformulados. O instrumento reestruturado foi reavaliado pelos juízes, obtendo concordância satisfatória em todos os critérios (78-100%).	implantação.
Necessidades humanas básicas alteradas em neonatos com cateter central de inserção periférica. ²¹	LILACS/ 2019/Brasil	Estudo transversal de abordagem quantitativa.	Instrumento de coleta de dados utilizado para detectar necessidades humanas básicas alteradas em neonatos com PICC/ 108 recém-nascidos/ TNHB	Foram identificadas dez necessidades alteradas, com destaque para as mais prevalentes: integridade cutâneo-mucosa, ambiente, nutrição, hidratação, oxigenação e atenção.	Comprovou-se que a utilização do modelo teórico de Horta, trabalhado a partir do instrumento, pode subsidiar a sistematização da assistência de Enfermagem aos recém-nascidos com PICC, por contribuir com o enfermeiro para a elaboração de um plano de cuidados específico, direcionar as intervenções, aumentar a qualidade de vida desses neonatos e a visibilidade da enfermagem enquanto ciência.
Validação de um instrumento para histórico de enfermagem materno-infantil	LILACS/ 2018/Brasil	Estudo metodológico.	Instrumento de coleta de dados utilizado para anamnese e exame físico do binômio/ 6 juízes enfermeiros/ TNHB	Verificou-se um índice de validade de conteúdo global de 0,81 para	A validação do instrumento por juízes contribuiu para a adequação do

utilizando Horta: um estudo metodológico. ²²				clareza, 0,85 para pertinência, 0,92 para abrangência e 0,81 para organização, todos satisfatórios.	instrumento à teoria adotada e conferiu um método à etapa do histórico de enfermagem prevista no PE.
Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos. ²³	LILACS/2004/Brasil	Estudo metodológico.	Instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas em clínica pediátrica/5 enfermeiras docentes e 8 enfermeiras assistenciais/ TNHB	Para a construção do instrumento, utilizou-se literatura especializada da área de enfermagem pediátrica e pediatria, para a identificação das manifestações das necessidades humanas básicas mais frequentes nas crianças desta faixa etária, estas foram submetidas à validação de conteúdo, para enfermeiros da área, sendo utilizadas na construção do instrumento isoladamente as manifestações que apresentaram média ponderada >0,80.	Considerou-se o instrumento válido, como também um avanço no cuidado de enfermagem em Clínica Pediátrica, uma vez que ao pensar na assistência, principalmente em quem é cuidado (as crianças e a especificidade dessa assistência), assume-se uma responsabilidade com o cuidado norteado por ferramentas.

Considerar: *TNHB* – Teoria das Necessidades Humanas Básicas; *PICC* – Cateter Central de Inserção Periférica; Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

RESULTADOS

Dos artigos que constituem o corpus de análise, 84,6% (n=11) foram publicados nos últimos dez anos. No que se refere ao país de origem, verifica-se totalidade na produção nacional Brasileira, mesmo diante do critério da não elegibilidade por idioma. Quanto à metodologia, 76,9% (n=10) são estudos de natureza metodológica. No tocante aos sujeitos das pesquisas, 76,9% (n=10) dos estudos incluíram, como pesquisados, profissionais enfermeiros (docentes ou assistenciais). Todos os estudos incluíram o a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, aplicado ao cuidado em Pediatria.

DISCUSSÃO

Sob a perspectiva de uso de instrumentos como forma de transformar o perfil da profissão e operacionalizar a assistência por meio do processo de enfermagem, etapa a etapa, evidenciou-se que ter sob posse uma ferramenta própria e construída por profissionais que vivenciam as minúcias do cuidado em pediatria, na assistência direta à criança hospitalizada, eleva a qualidade desse em suas mais diversas nuances do ser humano.

Um estudo realizado no Irã, com enfermeiras de diferentes setores de uma instituição hospitalar descreve que, para compreender as necessidades humanas básicas a partir de um pensamento crítico, minucioso, criterioso e resolutivo, torna-se rotineiro no exercer laborativo dos enfermeiros, pois são os responsáveis pelas demandas científicas e sistemáticas que requerem a profissão, o uso de ferramentas que propiciem melhorias no desempenho, habilidades, reconhecimento técnico, científico e empático do trabalho, processualmente subsidiado pelo PE.²⁴

Diante da análise dos resultados, verificou-se que a produção de instrumentos, desenvolvidos sob o olhar de uma teoria da profissão é presente no contexto da enfermagem, por existir a necessidade de sustentação do corpo científico e reafirmação enquanto ciência. No tocante à Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a opção pela teoria e sua amplitude de utilização, principalmente no cenário brasileiro, justifica-se devido à parcimônia que ela apresenta, por isso tão utilizada no âmbito da pediatria e suas subáreas.²⁵

Pesquisa demonstra, sob o contexto da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, o quanto a criança é representada pelo que demanda de necessidades básicas, inicialmente, e complexas em seu curso de cuidado, tornando assim os instrumentos ferramentas essenciais que definem, sistematizam e traduzem para os enfermeiros prioridades a serem atendidas, além das formas clínicas de avaliação dos pacientes pediátricos.²⁶

Outra pesquisa realizada nas unidades pediátricas de um hospital geral em São Paulo/SP, Brasil, quando se trata de crianças, a busca para produção científica de caráter metodológico é enfática, devido ao grau de dificuldade mais elevado frente à subjetividade das demandas de saúde e de doença da criança que, perpassam o olhar teórico, contemplados nas fases de crescimento e de desenvolvimento, demandando um olhar qualitativo e complexo.²⁷

Ter instrumentos no cuidado à criança demonstrou-se ser resolutivo, principalmente quando o quesito é a estruturação diagnóstica de enfermagem, pois o julgamento das demandas elencadas na primeira etapa do processo de enfermagem, no âmbito pediátrico, torna-se facilitado quando intermediado por alguma ferramenta válida e confiável.²⁸

O estabelecimento da intrínseca relação entre produção de estudos (prioritariamente

metodológicos) e conteúdos similares no tocante à instrumentalização do cuidado em pediatria, dá-se pela forte tendência atual e contextual da enfermagem moderna, que está em busca da progressão potencial da profissão e firmamento de suas ações.²⁹

Quanto à produção internacional, a validação de instrumentos de enfermagem em pediatria firma-se como área/vertente crucial para garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados a crianças. É essencial que os instrumentos utilizados para avaliar o impacto dos cuidados de forma direta no estado de saúde das crianças permaneçam esperançosos e válidos nacional e internacionalmente. Neste contexto, torna-se salutar a menção de referências internacionais instrumentais, como o *Pediatric Nursing Assessment* (PNA), desenvolvido pela *National Association of Pediatric Nurse Practitioners* (NAPNAP), dos Estados Unidos, o *Child Health Assessment Questionnaire* (CHAQ), instrumento utilizado para avaliar a funcionalidade e a qualidade de vida de crianças com doenças crônicas, desenvolvido pelo *American College of Rheumatology*, bem como o *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI), desenvolvido pela *Can Child Centre for Childhood Disability Research*, no Canadá, dentre outras, que contribuíram para o desenvolvimento e validação de instrumentos específicos para uso em enfermagem pediátrica fora do país e, também, no Brasil.

A validação de instrumentos de enfermagem em pediatria é uma área de exímia relevância para garantir a qualidade e a confiabilidade dos dados coletados. É essencial que os instrumentos utilizados na prática clínica sejam validados, ou seja, tenham sua eficácia e acurácia comprovadas por meio de estudos científicos rigorosos, não destoante do cenário nacional panorâmico encontrado na busca do escopo de artigos caracterizados em amostra.

O cerne dos estudos e confluência de dados demonstra uma produção baseada nas variáveis das necessidades humanas básicas, tratadas pela teórica Wanda de Aguiar Horta em sua teoria das Necessidades Humanas Básicas que, por sua vez, classifica-se como teoria explicativa e de nível IV, consolidando a produção voltada às melhorias que tangenciam o que o ser humano, em estado de desequilíbrio de suas necessidades, ou seja, doença, demanda do corpo de enfermeiros. Para Horta, tal fato é corroborado em seus princípios teóricos denominados por equilíbrio, adaptação e holismo.³⁰⁻³²

Esses princípios, criados e desenvolvidos no escopo de sua teoria, auxiliam enfermeiros a centrar seus cuidados no paciente, versando pelas múltiplas dimensões de saúde de cada um deles, promovendo eficácia nos cuidados de enfermagem elaborados e contribuindo para construção de resultados positivos de saúde. Independente do estágio de vida em que a criança se encontre, o instrumento pode ser utilizado, desde que elaborado, validado e aplicado de forma coerente e dentro das etapas sistemáticas que compõem o processo de enfermagem.³⁰⁻³²

O uso constante das teorias, vistas em todos os estudos elencados na amostra e nos que fizeram parte do processo de extração de dados inicial, valida a informação de que uma ciência necessita ter em sua produção cotidiana, como pilar de sustentação, um corpus teórico fortalecido, que contribua com a transformação da prática profissional, do olhar de quem usa as lentes da teoria para auxiliar na mudança do cuidado, no caso da enfermagem.³³

Esta análise possibilitou identificar as ações desenvolvidas por profissionais enfermeiros que atuam na assistência como produtores e participantes da elaboração processual de instrumentos para subsídio do cuidado pediátrico, bem como daqueles que se dedicaram à construção e validação de ferramentas essenciais para o cuidado pediátrico no âmbito da academia, respeitando a complexidade da criança em suas distintas fases de crescimento e desenvolvimento, fomentando a importância do estudo metodológico como estratégia prevalente que sustenta o conjunto de produções científicas voltadas à prática da enfermagem pediátrica mediada por instrumentos do cuidar.

CONCLUSÃO

Os resultados da *scoping review* fornecem um panorama das evidências sobre a caracterização do uso de ferramentas para a assistência à saúde da criança hospitalizada, demonstrando o interesse quanto à produção nacional e internacional, salientando a teoria de Wanda Horta como referencial nacional encontrado após análise. Mesmo diante de estudos que revelam a importância dos instrumentos apresentem evidências de validade, explicitou-se que estes, por sua vez, precisam de constante adequação, monitoramento dos resultados de sua aplicabilidade e, sequência com os referidos processos de validação mais robustos, a exemplo, a validação clínica.

Como fator limitador, encontrou-se a ausência de estudos internacionais, fator diretamente relacionado com o peso da utilização ampla e parcimoniosa da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta na prática da enfermagem, nacionalmente, além dos estudos que não sugeriram o sequenciamento de novas formas validatórias para conclusão da trajetória de desfecho de validade dos respectivos instrumentos.

Logo, sugere-se a desenvoltura de novas pesquisas no âmbito da instrumentalização do cuidado de enfermagem, que trará subsídios à prática laborativa dos enfermeiros pediátricos que lidam com as crianças hospitalizadas e utilizam instrumentos diretamente em seus percursos laborais, dentro do processo de enfermagem.

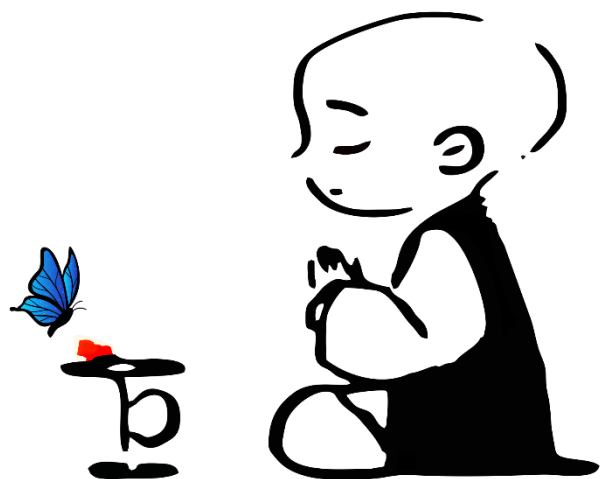
REFERÊNCIAS

1. Gonçalves AM, Silva CC, Cabeça LPF, Melo LL. Compreendendo a participação de mães no cuidado aos filhos com doenças crônicas em unidade intensiva. **Rev Gaúcha Enferm.** 43:e20210314; 2022.
2. Expósito M. Y, Villarreal E, Palmet MM, Borja JB, Segura IM, Sánchez FE. La fenomenología, un método para el estudio del cuidado humanizado. **Rev Cuba Enferm.** 2019; 35(1).
3. Rodrigues JAP, Lacerda MR, Galvão CM, Gomes IM, Cubas MR, Fernandes APP. Construção de protocolo de cuidados de enfermagem à criança no pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Rev Gaúcha Enferm.** 2022; 43:e20210028.
4. Figueredo RC. Fenomenologia e enfermagem: contexto histórico e de influência na formação, assistência e pesquisa. **Rev Saúde da Aves.** v.8, n. 15, 2022.
5. Dantas AMN, Santos-Rodrigues RC, Júnior JNBS, Nascimento MNR, Brandão MAG, Nóbrega MML. Nursing theories developed to meet children's needs: a scoping review. **Rev Esc Enferm USP.** 2022; 56:e20220151.
6. Joanna Briggs Institute (JBI). Methodology for JBI Scoping Reviews - Joanna Briggs 2015. [Internet]. **Australia: JBI;** 2015.
7. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. **Int J Evid-Based Healthc.** 2015;13(3):141–6.
8. Aromataris E, Munn Z. **JBI Manual for Evidence Synthesis.** 2020.
9. Munn Z, Peters MD, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **BMC Med Res Methodol.** 2018;18(1):143.
10. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. [Internet]. **Biometrics** 1977; 33(1):159-74.
11. Silva EP, Alves AR, Macedo ARM, Bezerra RMSB, Almeida PC, Chaves EMC. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Rev Bras Enferm, Brasília.** v.66, n.2, p. 190-5, 2013.
12. Marques DKA, Silva KL, Nóbrega MML. Escolares hospitalizados: proposta de um instrumento para coleta de dados à luz da teoria de Horta. **Rev Gaúcha Enferm.** 37(esp):e2016-0038, 2016.
13. 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.** v.38, n.3:e68133, 2017.
14. Araujo JL, Sant'Anna HC, Lima EFA, Fioresi M, Nascimento LCN, Primo CC. Aplicativo móvel para o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm.** v.28:e20180210, 2019.

15. Rodrigues CBO, Prado TN, Nascimento LCN, Laignier MR, Primo CC, Bringunte MEO. Management tools in nursing care for children with pressure injury. **Rev Bras Enferm.** v.73 (Suppl 4):e20180999, 2020.
16. Ferreira TMC, Ferreira JDL, Santos CLJ, Silva KL, Oliveira JS, Agra G, et al. Validation of an instrument for systematizing nursing care in pediatrics. **Rev Bras Enferm.** v.74(Suppl 4):e20200222, 2021.
17. Souza KV, Assis LTM, Chianca TCM, Ribeiro CL, Gomes AC, Lima RJ. Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço. **Esc Anna Nery.** 16 (2):234- 239, 2012.
18. Lima JJ, Vieira LGD, Nunes MM. Computerized nursing process: development of a mobile technology for use with neonates. **Rev Bras Enferm.** 71(Suppl 3):1273-80, 2018.
19. Santos DMA, Sousa FGM, Paiva MVS, Santos ATS. Construção e implantação do Histórico de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica. **Acta Paul Enferm.** v.29, n.2, p. 136-45, 2016.
20. Correa AMG, Tavares DS, Parada CMGL, Pereira AD, Mancia JR, Backes DS. Validating a Nursing Assessment instrument in a Pediatric Intensive Care Unit. **Rev Bras Enferm.** v.73(Suppl 4):e20190425, 2020.
21. Prado NCC, Santos RSC, Lima DM, Góis MMCD, Costa RHS, Silva RAR. Necessidades humanas básicas alteradas em neonatos com PICC. **Rev Enferm UERJ.** v.27:e44521, 2019.
22. Almeida IS, Querido DL, Esteves APVS, Vigo PS, Bornia RBRG, Jennings JM. Validação de instrumento para histórico de enfermagem materno-infantil utilizando Horta: estudo metodológico. **Online Braz. J. Nurs.** v.17, n.1: 28-42, 2018.
23. Silva KL, Nóbrega MML. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para crianças de 0 a 5 anos. **Online Braz. J. Nurs.** v.5, n.3, 2004.
24. Khosravi S, Dehkourdi NJ, Dezfouli SMM, Javid A, Hemmati S, Delavar MA, Nasersaeed M, Koudarzi M. Study of readiness and performance of nurses in evaluating clinical care and processes of care and nursing. **J Family Med Prim Care.** v.11, n.9, 2022.
25. Souza NS, Souza TSB, Chagas FRC, Silva NF, Silva SV, Silva CC. Repercussões das tecnologias do cuidar nas unidades de terapia intensiva. **Rev Enferm.** v.12, n.10, 2864-72, 2018.
26. Guerra Cheloni I, Soares da Silva JV, Chaves de Souza C. Necessidades humanas básicas afetadas em pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. **HU Rev.** v.46:1-11, 2020.
27. Oliveira A, Palumbo IC. Conhecimento dos instrumentos de cálculo da Superfície Corpórea Queimada (SCQ) e sua importância na enfermagem pediátrica. **Revista Enfermagem Atual in Derme.** v.27, n. 88, 2019.
28. Sandoval LJS, Lima FET, Almeida PC, Barbosa LP, Gurge SS, Pascoal LM. Confiabilidade do instrumento Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos na Pediatria- Versão espanhola. **Enfermería Global.** v.63, 2021.

29. Moura JW da S, Nogueira DR, Rosa FF dos P da, Silva TL, Santos EKA dos, Schoeller SD. Marcos de visibilidade da enfermagem na era contemporânea: uma reflexão à luz de Wanda Horta. **Rev. Enferm. Atual In Derme**. v.96, n.39, 2022.
30. Siega CK, Adamy EK, Toso BRGO, Zocche DAZ, Zanatta EA. Vivências e significados da Consulta do Enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**. v. 10, e65, p. 1-21, 2020.
31. Soares CJS, Santos AW, Oliveira GS, Medeiros RLSFM, Santos AVA, Costa KC, et al. Assistência de enfermagem à família do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. v.11, n.7, 2022.
32. Bueno JMV, Calle GHL. Humanizing intensive care: from theory to practice. **Crit Care Nurs Clin North Am**. v.32, n.2, 2020.
33. Santos ECG, Santos MLSC, Hipolito RL, Almeida YS, Vasconcelos SDD, Medeiros MF, Assis WB, Oliveira PVN, Valois CBC, Oliveira EP. A educação superior em enfermagem brasileira e a história sociológica das identidades. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**. v. 11, n. 9, 2022.

MÉTODOS



Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quanti-qualitativa, caracterizados por envolverem investigação dos métodos de obtenção e organização de dados, bem como a condução de pesquisas subsidiadas por um rigor analítico apurado. Além disso, os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa que comprovam e trazem melhorias, baseadas em evidências, ao objeto que se propõe estudar.³⁸⁻⁴⁰ No que se refere à abordagem quantitativa, é um método de pesquisa que utiliza técnicas estatísticas que se preocupam em medir e analisar as relações causais entre as variáveis, permitindo a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente.³⁸⁻⁴⁰ Ademais, esse estudo também foi norteado pelo método de pesquisa descritiva, exploratória e a sua abordagem foi qualitativa. Os estudos de natureza descritiva propõem-se a investigar as características de um fenômeno como tal, com o intuito de ampliar os aspectos que o levem à contribuir socialmente e em uma determinada população.^{38,41} A abordagem qualitativa é um método de pesquisa que lida com o subjetivo e que busca analisar o cerne presente no conteúdo dos dados coletados, distanciando-se da informação quantificada-dispersada.^{38,41}

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Unidades de Clínica Pediátrica de instituições que atendem crianças em situação de hospitalização, localizadas no município de João Pessoa (PB), de fevereiro a junho de 2023. As crianças atendidas nas unidades de 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. Além disso, a rede de assistência à criança hospitalizada consta de três instituições que atendem à população infantil em João Pessoa/PB: Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, Hospital Municipal Infantil Valentina – HMIV e o Complexo de Pediatria Arlinda Marques - CPAM.

Sujeitos do estudo

Os sujeitos que compuseram o estudo foram crianças hospitalizadas e enfermeiros que atuavam em clínica pediátrica. Desse modo, aplicou-se os seguintes critérios de inclusão às crianças: 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. Como critérios de exclusão: crianças que permaneceram por menos de 24 horas de permanência hospitalar (por não se configurar hospitalização) ou que excederam 48 horas de hospitalização (devido a mudança nos critérios clínicos após exposição a ações terapêuticas do cuidado hospitalar); crianças que realizaram acompanhamento de tratamento (pulsoterapia, administração de medicamentos na unidade, trocas de dispositivos dentre outros procedimentos que não gerem hospitalização); crianças que não estavam no ambiente da clínica pediátrica no momento da coleta. Os critérios de inclusão direcionados aos profissionais: estar no momento da coleta de dados na clínica pediátrica, possuir, no mínimo, 2 anos de experiência com pediatria clínica, realizar intervenções/cuidados de enfermagem pertinentes ao cuidado às crianças em hospitalização na clínica pediátrica, e, como critérios de exclusão: estar de férias ou afastado por licença saúde e capacitação durante o período da coleta.

Para delimitação da amostra, por se tratar de um estudo desenvolvido em instituições de saúde de referência pediátrica, o acesso ao número de atendimentos se deu por meio dos registros no livro de admissões e altas de enfermagem de cada instituição/clínica. A partir disso, identificou-se um quantitativo populacional de crianças atendidas durante um ano (qual ano?) e, destas, o número relativo às que se configuraram menores de 5 anos, faixa etária alvo da aplicabilidade do instrumento. Logo, o cálculo amostral foi realizado utilizando a fórmula que leva em consideração a proporção (**p**) de interesse da população em estudo.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p(1 - p)}{(N - 1) \times e^2 + Z^2 \times p(1 - p)}$$

n = tamanho da amostra

N = universo populacional (2.014 crianças de 0 a 5 anos atendidas nos hospitais de referência da pesquisa)

Z = nível de confiança desejado (o nível de confiança representa a probabilidade de obter os mesmos resultados se outro grupo de indivíduos em uma mesma população fosse entrevistado), **Nível de confiança 95% -> Z=1,96.**

e = margem de erro máximo admitido.

p = proporção que indica o grau de homogeneidade da população estudada considerando aspectos relevantes, admitindo-se parâmetros de homogeneidade de 80/20, considerando uma população homogênea.

A partir do cálculo amostral, a população alvo foi de 2.014 crianças. Considerando a homogeneidade de 80/20, 80%, o nível de confiança de 95% e a margem de erro de 5%, a amostra representativa desta população foi de **220** crianças, descritos no Quadro 1:

Quadro 1 – Dados referentes ao delineamento populacional e amostral do estudo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2023

Hospital do Estudo	Atendimentos em um ano	Crianças de 0 a 5 anos	Proporção	Amostra
HULW*	1.478	800	39,7%	87
HMV**	1.108	654	32,5%	72
HIAM***	1.378	560	27,8%	61
TOTAL	3.964	2.014	100,00%	220

Hospital Universitário Lauro Wanderley; **Hospital Municipal Valentina; *Hospital Infantil Arlinda Marques.*

Fonte: Dados do autor, 2023.

Para a obtenção da amostra de enfermeiros que compuseram a etapa qualitativa, foram utilizadas as escalas de serviço de enfermagem dos referidos locais de estudo, a fim de verificar o número de profissionais que exerciam suas atividades diretamente no cuidado às crianças em clínica de internação, levando em consideração o perfil e o contexto de utilização da ferramenta do estudo, fator preditivo para escolha dos participantes. Sendo assim, compuseram o estudo seis enfermeiros da Clínica Médica do Hospital Infantil Arlinda Marques (HIAM), 10 enfermeiros do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e 11 enfermeiros do Hospital Municipal Valentina (HMV), totalizando uma amostra de 27 enfermeiros. No entanto, diante das cinco recusas durante o processo de coleta, sendo 02 recusas no HMV e 03 recusas no HIAM, totalizando, na amostra final, 22 enfermeiros.

Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Saúde do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW/EBSERH, sob Protocolo nº 5.899.309, bem como da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba (SES-PPB) e do Município (SMS-PB), articulou-se com os serviços de atendimento à criança hospitalizada, por meio das respectivas diretorias e gerências de ensino e pesquisa, para pactuar acerca dos horários de entrada para coleta dos dados junto às crianças e aos

enfermeiros.

O estudo realizou-se em três etapas:

A **primeira etapa**: avaliação da acurácia do instrumento.

Para contemplar esta etapa, foi aplicado o instrumento por especialistas na área, selecionados previamente mediante os critérios de Fehring, a fim de determinar uma coleta fidedigna quanto às características inerentes ao cuidado da criança hospitalizada. 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*.⁴² 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 4) para assinatura comprobatória do consentimento inerente à participação no estudo como juiz responsável pelo processo de delineamento da acurácia.

A amostra utilizada para a análise de acurácia foi composta por 20 experts, que 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; 2. Mestre em Enfermagem com ênfase em Pediatria; 3. Ter publicações em periódicos indexados sobre a área de interesse; 4. Exercer a docência com ensino em Pediatria por no mínimo 3 anos; 5. Ser enfermeiro assistencial com atuação em pediatria clínica por no mínimo 3 anos; 6. Estar disponível ao pareamento de informações por meio eletrônico após julgamento de acurácia. Considerando que, quanto maior o somatório da pontuação, maior a força de evidência da avaliação.⁴²

Salienta-se que, o instrumento, de uso na Clínica Pediátrica, já encontrou-se válido quanto ao conteúdo, processo metodológico realizado a partir da análise das variáveis por intermédio de 11 juízes, elencados sob critérios pré-estabelecidos, obtendo-se concordância interavaliadores através da Técnica *Delphi* e, confirmação validatória, por meio do Índice de Validade do Conteúdo (0,94) e análise de concordância *Kappa* (0,71), interváveis e geral, para ambas as formas de validação. Além disso, os avaliadores/experts estabeleceram, mediante julgamento clínico, escores inerentes ao risco clínico da criança para cada componente das variáveis do instrumento, com o intuito de subsidiar a avaliação clínica do enfermeiro quanto à prioridade de cuidado frente à alteração da necessidade em seu respectivo domínio. No tocante à validade clínica do instrumento, aplicou-se o instrumento às crianças hospitalizadas, onde se delimitou os grupos de crianças de acordo com os

respectivos graus de complexidade clínica por meio da análise de variância e, o *Tukey Test*, ratificando a evidência, seguido do teste de K-means (Cluster Analysis) como método de agrupamento. A posteriori, optou-se pelo modelo descritivo de classificação binária sob o peso da evidência – WoE a fim de verificar a capacidade mensuratória de detecção e das alterações das necessidades humanas básicas da criança hospitalizada, objetivo do instrumento durante a prática clínica do enfermeiro. Após alcançado o objetivo do estudo, o instrumento mostrou-se válido clinicamente, tornando-se apto ao sequenciamento das etapas operacionais da construção da tese em tela.

O instrumento (ANEXO 1) utilizado para a coleta de dados, previamente, destinada ao uso na primeira etapa do processo de enfermagem, mais especificamente durante a internação da criança no setor de pediatria, foi construído baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, composto por 16 dimensões (Quadro 2). 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.

Quadro 2 – Dimensões que compõem o instrumento para coleta de dados de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, João Pessoa, PB, 2024.

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 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; Ferreira, 2019.

Esse, por sua vez, foi submetido ao processo de análise de acurácia por experts na área de Saúde da Criança.

Os dados levantados a partir das variáveis do instrumento, mais especificamente condições da criança evidenciadas por suas necessidades humanas básicas alteradas em decorrência do processo de adoecimento, quantificadas perante os valores de risco clínico estabelecidos na validação do conteúdo e clínica do instrumento, foram submetidas à análise a fim de alcançar os critérios para o estabelecimento da acurácia da ferramenta em estudo. As variáveis do instrumento foram julgadas pelos experts, para estabelecimento da acurácia, por meio de cinco pontos preditivos: **não acurado; pouco acurado; neutro; acurado; extremamente acurado**. Em relação à pontuação de acordo com a escala utilizada para analisar o instrumento avaliando os itens sobre oxigenação, nutrição, hidratação, eliminação, atividade física, cuidado corporal, regulação térmica, regulação neurológica, regulação imunológica, regulação de crescimento celular, regulação vascular, percepção, segurança afetiva, e comunicação/lazer, admitiu-se o ICC (*Intraclass Correlation Coefficient*) como critério para avaliação do índice de acurácia entre a concordância do julgamento interexpertises, pois se trata de um coeficiente de concordância largamente utilizado para mensuração da confiabilidade de medidas quando se está fazendo comparação entre dois ou mais avaliadores.⁴³ Para esse delineamento metodológico, admitiu-se a interpretação da magnitude do CCI convencionada como: 0 (ausência), 0-0,19 (pobre) 0,20-0,39 (fraca), 0,30-0,59 (moderada), 0,60-0,79 (substancial), e $\geq 0,80$ (excelente). Após estabelecida (a acurácia), a segunda etapa da pesquisa foi iniciada.

Segunda etapa: delineando o risco e perfil clínico assistencial de crianças hospitalizadas

Aplicou-se o instrumento a 220 crianças, visando o alcance das respostas às necessidades humanas básicas da criança durante a primeira etapa do PE: histórico de enfermagem. Para isso, houve a atuação de uma equipe de pesquisa composta pelo pesquisador principal e dois pesquisadores, previamente treinados com relação à aplicação do instrumento e sequência clínica da propedêutica do exame físico pediátrico. Explicita-se que os pesquisadores assumiam o nível de formação pós-graduados em Pediatria e Neonatologia, com experiência clínica em pediatria de, no mínimo, dois anos na assistência pediátrica hospitalar. Os dados clínicos foram referentes à anamnese e exame físico da criança hospitalizada, não havendo necessidade de informações complementares inseridas nos prontuários da criança.

A partir dos dados coletados, compilou-se as informações clínicas identificadas frente à condição de saúde da criança hospitalizada, buscando definir o perfil clínico da criança e o risco

inerente a sua condição de saúde mediante a análise das variáveis (NHBs) utilizadas no instrumento, bem como correlacionando as dimensões mais frequentes do conjunto de necessidades que compõem o instrumento. Para esse delineamento metodológico, utilizou-se da estatística descritiva para delineamento do perfil clínico das crianças e, do método estatístico analítico de regressão logística binária (RLB), para estratificação do risco clínico. Evidencia-se que houve a assinatura, por parte do acompanhante da criança, do TCLE (APÊNDICE 2) tendo em vista a necessidade de seguimento ético e legal da etapa operacional da pesquisa. Não houve dificuldades em relação a coleta de dados inerente à execução do exame físico, apenas a adequação da técnica propedêutica e semiológica do exame clínico pediátrico.

A **terceira etapa**: aplicabilidade do instrumento por enfermeiros e a percepção destes acerca do processo.

Nesta etapa, o pesquisador se direcionou aos enfermeiros que atuam diretamente no cuidado à criança hospitalizada para que, esses, apliquem o instrumento às crianças hospitalizadas no momento de sua atuação na clínica pediátrica e, expressem suas opiniões acerca do processo de utilização da ferramenta, enquanto tecnologia inerente ao cuidar. Assim, houve a possibilidade de demonstrar aos profissionais da assistência o produto do percurso de validação e aprimoramento do instrumento utilizado na clínica pediátrica, bem como expor a ferramenta a outras realidades de atendimento clínico à criança hospitalizada as quais ainda não fazem o uso. Dos enfermeiros que compuseram a população (27 Enf), 03 que se encontravam escalados no CPAM, recusaram a participação e, 02 escalados no HMOV, também apresentaram recusa diante da convocação para coleta, configurando-se uma dificuldade para progressão do estudo.

Para a coleta de dados qualitativos, elaborou-se um questionário semiestruturado (APÊNDICE 3) visando a busca das informações, junto aos enfermeiros assistenciais, inerentes à aplicabilidade do instrumento para histórico de enfermagem direcionado ao público pediátrico, mais especificamente crianças de 0 a 5 anos, hospitalizadas. O instrumento de coleta é composto por questões sociodemográficas em sua parte inicial e, posteriormente, questões subjetivas destinadas a implementação da ferramenta utilizada durante o processo de enfermagem na prática laborativa dos profissionais enfermeiros.

Análise de dados

Os dados quantitativos foram codificados e digitados, empregando-se a técnica de validação em dupla digitação em planilhas do programa *Excel®* para o *Windows XP®* da *Microsoft®* para a avaliação de consistência. Após essa validação, os dados foram tratados estatisticamente com o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 20.0.

Para a análise dos dados da primeira etapa do estudo, foram utilizados parâmetros de Coeficiente de Correlação Intraclass (*Intraclass Correlation Coefficient - ICC*) como forma de verificar a acurácia do instrumento à investigação e análise executada a partir da concordância dos *experts* quanto ao nível de mensuração do que se propõe nas variáveis do instrumento.

Para análise dos dados da segunda etapa, foram utilizadas medidas de análise com suporte da estatística descritiva para delineamento do perfil clínico pediátrico e, da estatística analítica, com base na análise de regressão logística binário (RLB) para delineamento do risco clínico da criança. Realizou-se uma pré-seleção de variáveis com a finalidade de verificar quais delas possuíam alguma associação significativa com o desfecho indicado, ou seja, que influenciam diretamente no risco. A partir dessa seleção, foi construído um modelo de regressão logística tomando tais variáveis como base e, dando início, aos ajustes realizados a partir das várias combinações possíveis delas através dos métodos *backward* e *forward* de seleção, tendo em vista que o objetivo do modelo é fazer com que permaneçam as variáveis que sejam significativas para a análise do desfecho: determinação do risco.

Salienta-se que, se admitiu como grupos classificatórios: Desfecho binário: 1 – Grupo de risco “moderado” (1 criança) e 0 – Grupo de risco “baixo” (219 crianças). Considerando que a amostra apresentou escores de risco variando entre 7 e 66, em função disso, foi classificado como “risco baixo” os escores que pontuaram até 25 e, “risco moderado”, os escores que pontuaram acima de 25 até 66. Já o “risco elevado”, mesmo não sendo representado na amostra por crianças avaliadas em seu perfil clínico, os escores pontuam de 66 a 150, em função do limiar de risco que a criança pode apresentar durante a internação na clínica pediátrica e, conseqüentemente, ser mensurado após aplicação da ferramenta.

A avaliação do ajuste do modelo final iniciou-se a partir do teste de qualidade de ajuste *Hosmer e Lemeshow*, que trouxe como hipótese (H_0), os valores observados são iguais aos esperados, ou seja, o modelo segue classificando de maneira correta. Além disso, foi utilizado também como critério de ajuste, o coeficiente de determinação de *Nagelkerke* (R^2) que representa o poder explicativo das variáveis independentes em relação à variável desfecho do estudo.

Avaliando as etapas supracitadas, o modelo respondeu aos critérios de ajuste, apresentando a estatística de teste com p -valor= 0,965, implicando no ajuste adequado no modelo e, em seguida, o

R^2 de Nagelkerke = 91,5%. Para esclarecer o efeito das variáveis explicativas na variável resposta do modelo (risco clínico), utiliza-se a razão de chances (*Odds Ratio*) dada pelo exponencial dos parâmetros estimados pelo modelo.

Os dados qualitativos da terceira etapa foram submetidos à análise lexicográfica, por meio do *software* Interface de R *pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) por meio da Estatística Textual Clássica e Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O *corpus* composto por falas dos entrevistados foi transcrito na íntegra e submetidos à análise de conteúdo, que consiste em uma categorização temática do próprio conteúdo inserido no discurso do entrevistado por meio de técnicas sistemáticas, a saber: pré-análise dos dados coletados, exploração do material e o tratamento dos resultados.^{44,45}

Aspectos éticos da pesquisa

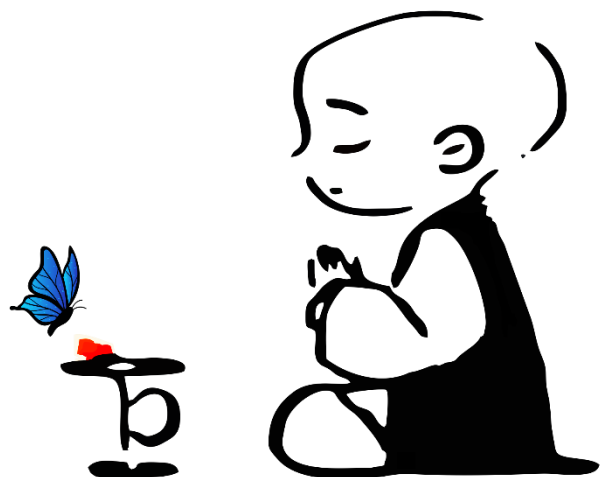
Ressalta-se que foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa que envolvem seres humanos (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), sobretudo no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados. Além disso, a pesquisa atendeu o preceituado na Resolução COFEN nº 564/2017, que diz respeito ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Quanto aos riscos da pesquisa, pontuaram-se a exposição do pesquisador às doenças que acometem as crianças que fizeram parte da amostra do estudo, recusa e exposição por parte da criança no momento da execução e da implementação das técnicas do exame semiológico. Ressalta-se que os participantes do estudo apenas correram o risco de exposição física durante a realização do exame semiológico/físico pertinente ao processo de coleta de dados, cabendo ao pesquisador resguardá-los no momento da captação destes. Quanto à etapa de pesquisa desenvolvida com os enfermeiros, os riscos resumiram-se à exposição dos profissionais durante a entrevista, fator este que foi dirimido pela execução da entrevista em lugar privativo e individualmente, o risco de recusa em participar da pesquisa, como ocorrido com os cinco participantes, fato este relatado. Vale ressaltar que a pesquisa ofereceu risco à saúde dos participantes (crianças e enfermeiros) no tocante à exposição durante a execução da anamnese, porém não houve episódios descritos durante os procedimentos de coleta.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) foi apresentado aos sujeitos do estudo (enfermeiros participantes), bem como o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE 2) ao responsável da criança, além de esclarecimentos acerca do objetivo da pesquisa, garantia do sigilo e anonimato de pessoa pesquisada (criança e enfermeiro) e informações sobre o

direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer prejuízo. Para tanto, os sujeitos do estudo foram identificados por meio do código **Enf** para **Enfermeiro**, seguido de uma numeração referente ao número da entrevista e à classe a qual o seu discurso se insere, conforme método de análise: **Enf1C4 (Enfermeiro 1 Classe 4)**. Quanto aos benefícios, houve contribuição com o aprimoramento do cuidado do enfermeiro a partir do uso de uma ferramenta que oportuniza a estratificação do risco clínico e, concomitantemente, promove a sistematização da assistência de enfermagem dentro da etapa de histórico do PE. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW-EBSERH-UFPB), bem como submetido à Plataforma Rede Pesquisa – EBSERH, requisitos para obtenção do parecer ético e aprovação para sequenciamento dos procedimentos de coleta de dados nos campos.

RESULTADOS: ARTIGO 2



PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CLÍNICO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS FRENTE AO USO DE UM INSTRUMENTO PARA HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO

O enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção de desfechos pediátricos positivos, sendo considerado um preditor fundamental para o bem-estar e à saúde das crianças. A identificação precoce de sinais e sintomas de deterioração clínica permite intervenções imediatas, de forma a prevenir a progressão de condições agudas e o agravamento do quadro clínico, tornando, assim, o seu papel no transcurso do cuidado pediátrico, vital. A vigilância constante, aliada ao conhecimento científico do enfermeiro sobre as peculiaridades do desenvolvimento e de crescimento infantil, contribuem para a promoção da saúde e desfechos benéficos no tratamento implementado em quaisquer contextos da saúde, sobretudo no âmbito hospitalar.¹

Ontologicamente, o cuidado clínico em pediatria refere-se à estrutura conceitual que representa os elementos essenciais, as relações e as características do cuidado direcionado e ligado às condições clínicas das crianças. A avaliação do nível de gravidade clínica do cuidado na dinâmica assistencial e no PE é o alvo do enfermeiro que lida diretamente com a criança hospitalizada, fundamentado na ciência pediátrica e aos aspectos correlatos às particularidades pediátricas.^{2,3}

É fundamental que se considere a integralidade da criança quando o PE for utilizado como ferramenta para a sistematização do cuidado em pediatria. O uso de ferramentas que apresentem ações estratégicas e especificidades que tragam ao enfermeiro a possibilidade de um cuidar garantido, centrado na criança, que aborda não apenas as necessidades biológicas, mas também as emocionais e sociais, é eixo central a ser considerado em tecnologias para o cuidado. O cuidado compassivo e personalizado, mediado por instrumentos, contribui significativamente para a adaptação e recuperação da criança durante sua estada hospitalar.⁴

Possuir uma ferramenta que contribua com o conhecimento, detecção, interpretação e norteamento do profissional durante a construção do seu raciocínio clínico e, consequentemente, crítico acerca da atual situação de saúde da criança inserida no ambiente pediátrico, configura-se alvo de discussão ampla e necessária. Considerar as condições clínicas pediátricas e a importância de traçar um perfil clínico e o direcionamento de condutas a partir desse, norteadas pelo risco que cada criança possui, especificamente, conforme suas condições de saúde é de exímia contribuição para o corpo científico da categoria que cuida diariamente em seu exercício laborativo. O uso de

instrumentos válidos para tal objetivo se torna, então, uma estratégia de alta eficácia, oportunização de cuidados clínicos pediátricos ao enfermeiro e gerador de evidências para a prática.^{5,6}

Portanto, diante do contexto, levantou-se a seguinte pergunta de pesquisa: qual o perfil e a estratificação do risco clínico de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas a partir da implementação de um instrumento válido para Histórico de Enfermagem?

Logo, objetivou-se analisar o perfil e a estratificação do risco clínico de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas, em clínica pediátrica, a partir da aplicação de um instrumento para histórico de enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo metodológico, de abordagem quantitativa, desenvolvido em duas etapas operacionais: análise da acurácia do instrumento e determinação do perfil e estratificação do risco clínico das crianças em internação hospitalar.

Os dados foram coletados entre maio e setembro de 2023, através da aplicação de um instrumento utilizado para o PE, mais especificamente na etapa de Histórico de Enfermagem, validado e com acurácia alcançada a partir da análise de *expertises*, aplicado por uma equipe de profissionais enfermeiros, especialistas em Pediatria e Neonatologia, buscando conferir rigor à aplicação e à análise clínica das crianças inseridas no estudo.

O estudo foi realizado em três instituições hospitalares: Hospital Universitário Lauro Wanderley, Hospital Municipal Valentina, e, Complexo Hospitalar Pediátrico Arlinda Marques, referências no atendimento pediátrico, em setores de internação clínica, que atendem demanda de instâncias distintas (federal, municipal e estadual), localizados no estado da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

A primeira etapa do estudo consistiu na realização da acurácia do instrumento que, por sua vez, encontra-se validado quanto ao conteúdo e quanto à clínica. Nesta, a ferramenta passou pela análise de 20 juízes, selecionados sob critérios pré-determinados.⁷ Os dados levantados a partir das variáveis do instrumento (mais especificamente condições clínicas da criança evidenciadas por suas necessidades humanas básicas alteradas), quantificadas com os valores de risco clínico estabelecidos na validação do conteúdo e clínica, foram submetidos à análise a fim de alcançar os critérios para o estabelecimento da acurácia da ferramenta em estudo. As variáveis do instrumento foram julgadas pelos *experts*, para estabelecimento da acurácia, por meio de cinco pontos preditivos: **não acurado; pouco acurado; neutro; acurado; extremamente acurado**. Após isso, para análise dos dados colhidos, aplicou-se os parâmetros do Coeficiente de Correlação Intraclass (*Intraclass*

Correlation Coefficient - ICC), fator amplamente utilizado para o alcance da concordância entre múltiplos avaliadores quanto ao requisito mensuratório que se propõe alcançar em ferramentas de uso clínico, logo, acurácia. A interpretação da magnitude do Coeficiente de Correlação Interclasse é convencionada como: 0 (ausência), 0-0,19 (pobre) 0,20-0,39 (fraca), 0,30-0,59 (moderada), 0,60-0,79 (substancial), e $\geq 0,80$ (excelente).

A segunda etapa do estudo se deu pela aplicação do instrumento, já com acurácia determinada, às crianças que compuseram a amostra, a fim de levantar as informações clínicas necessárias para construção e delineamento do perfil clínico e, consolidação dos valores de risco clínico estratificados a partir dos preditos inseridos no instrumento, visando o delineamento do risco inerente à criança dentro de suas condições de saúde ao ser hospitalizada.

Para análise, utilizou-se a estatística descritiva com suporte do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 20.0 e, da estatística analítica, sob a forma da Regressão Logística Binária (RLB), trabalhada pelo *Software R*, visando avaliação da estratificação do risco clínico pediátrico após aplicação do instrumento, partindo do princípio da necessidade de elencar variáveis que são preditoras de desfecho (determinação do risco clínico). O modelo, trabalhando de forma dicotômica, binária, elencou variáveis que são significativas e que influenciam no resultado, ou seja, o risco clínico. Com a sequência de ajustes, selecionaram-se as variáveis que têm influência direta no resultado, até que se alcançasse um modelo significativo. Após o processo, elencaram-se 12 variáveis significativas que influenciam, diretamente, na estratificação do risco clínico.

A amostra de crianças foi selecionada a partir da consulta aos registros de internação das respectivas clínicas pediátricas, tomando como referência a quantidade de atendimentos/ano e a faixa etária inerente ao instrumento utilizado (0 a 5 anos). Logo, assumiu-se um cálculo amostral a partir da fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p(1 - p)}{(N - 1) \times e^2 + Z^2 \times p(1 - p)}$$

Considerando a população alvo de 2.014 crianças, considerando a homogeneidade de 80/20, 80%, o nível de confiança de 95% e a margem de erro de 5%, a amostra representativa desta população foi constituída por 220 crianças.

Como critérios de inclusão, adotou-se: 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. Como critérios de exclusão: crianças que

permanecem por menos de 24 horas de permanência no âmbito 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, administração de medicamentos na unidade, trocas de dispositivos dentre outros procedimentos que não gerem hospitalização); crianças que não estavam no ambiente da clínica pediátrica no momento da coleta.

O pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Parecer n.º 5.899.309 e CAAE 64637122.9.0000.5188. Todos os participantes (acompanhantes das crianças) foram informados sobre o anonimato e a natureza voluntária da pesquisa. Do mesmo modo, todos leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atestando sua anuência e sigilo, concomitantemente.

RESULTADOS

Observou-se que em 10 dos 14 itens (71,4%), os juízes concordaram totalmente com as colocações do instrumento de investigação. O coeficiente de correlação intraclassa (Tabela 1) obteve valor considerado excelente, ou seja, superior a 0,80. Dessa forma, o valor elevado do CCI para os itens em análise sugere que a variabilidade entre as respostas dos juízes não foi acentuada, trazendo resultado positivo para a análise de concordância entre eles, comprovando acurácia, item a item, do que se propõe à mensuração dos quesitos clínicos do instrumento à criança hospitalizada. Logo, a partir da seguinte análise, verificou-se:

Tabela 1 - Coeficiente de Correlação Intraclassa - CCI.

Coeficiente de Correlação Intraclassa	Intervalo de Confiança 95%	
	Limite inferior	Limite superior
0,969	0,940	0,988

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

No tocante ao perfil clínico, estruturaram-se tabelas descritivas com o objetivo de delinear as condições clínicas de cada criança, conforme a apresentação de suas necessidades humanas básicas clinicamente alteradas em cada domínio do instrumento. Verificou-se um perfil que, potencialmente, apresentou-se prevalente em dinâmica de doença, sintomatologia, achados do crescimento e de desenvolvimento e, conseqüentemente, necessidades de cuidados, voltados a quatro domínios de necessidades humanas básicas: oxigenação; nutrição, hidratação e eliminação, e, regulação neurológica. Tais necessidades se enquadraram no *corpus* sindrômico estruturado para

diagnóstico das patologias prevalentes na população pediátrica, tendo em vista o perfil sintomatológico utilizado pelo enfermeiro para raciocínio clínico e crítico de suas atividades gerencial e de cuidados, que foram base para a determinação das necessidades mais acometidas na criança e necessárias de cuidados imediatos.

Logo, conforme a tabela 2, descreve-se o perfil etário e de gênero das crianças inseridas na amostra, seguido das informações pertinentes à estruturação do perfil clínico pediátrico da amostra estudada:

Tabela 2. Características gerais das crianças hospitalizadas, 2023.

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Feminino	113	51,0
	Masculino	107	49,0
Idade	0 -- 6 meses	42	19,1
	6 -- 11 meses	27	12,3
	1 ano	28	12,7
	2 anos	34	15,5
	3 anos	45	20,5
	4 anos	44	20,0
Queixa principal da internação, Diagnóstico Médico e Necessidade Humana Básica alterada.	Afecções cirúrgicas	13	5,9
	Afecções Cardiovasculares	8	3,6
	Afecções Dermatológicas	9	4,1
	Afecções Gastrointestinais	42	19,1
	Afecções Hematológicas	5	2,3
	Afecções Metabólicas	1	0,5
	Afecções Neurológicas	22	10,0
	Afecções Osteoarticulares	4	1,8
	Afecções Respiratórias	100	45,5
	Afecções Urinárias	16	7,3
Total		220	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

Diante da composição da amostra estudada a partir da aplicação do instrumento, 51,4% (n=113) são do sexo feminino, prevalecendo a faixa etária de 3 anos 20,5% (n=45); verificou-se que 16 necessidades humanas o compõem, todas trabalhadas quantitativamente e qualitativamente, tendo em vista que há variáveis que não podem ser quantificadas, fato já visto e identificado pelos juízes anteriormente no processo de validação do conteúdo, com oferta dos valores estratificatórios de risco.

A partir da aplicação do instrumento, a tabela 2 levanta dados inerentes à primeira informação coletada no momento da admissão da criança: a queixa principal, partindo a um diagnóstico de doença (diagnóstico médico) seguido de uma anamnese e exame físico, executados pelo enfermeiro, para o levantamento de informações pertinentes ao quadro clínico da criança, traçando assim as necessidades humanas básicas mais demandatórias de cuidados. Logo, quando levantadas as respectivas afecções conforme as necessidades alteradas, nota-se prevalência numérica, relativa e absoluta, de afecções respiratórias 45,5% (n=100) tabela 3, afecções gastrointestinais 19,1% (n=42) e urinárias 7,3% (n=16), representadas pela tabela 4, neurológicas 10% (n=22) tabelas 5 e 6 (aplicável a crianças de 0 a 2 anos). Tal fato assegura a estruturação de um perfil clínico pediátrico caracterizado pelas afecções que acometem os respectivos sistemas e, conseqüentemente, alteram as necessidades envolvidas prioritariamente neles.

Quanto à oxigenação, conforme demonstrado na tabela 3, o perfil mostra um quadro eupneico considerável, representado por 49,5% (n=109) das crianças, no entanto, com características de dificuldade respiratória evidentemente explícitas, representadas por 50,9% (n=112) das crianças com dispneia, bem como sinais de agravo do quadro como batimento de aletas nasais em 28,2% (n=62) e tiragens (uso de musculatura acessória) em 35,5% (n=78) das crianças. Em relação à frequência respiratória, a taquipneia evidenciou maior valor, 35,5% (n=78), explicitando comprometimento ventilatório. Associado a esse achado, encontram-se estertores 31,4% (n=69) e sibilos 26,4% (n=59), respectivamente, como os tipos de ausculta respiratória alterada (ruídos adventícios) mais presentes nas crianças da amostra. Quanto ao perfil de tosse e uso de oxigenação suplementar, verificou-se que 60,5% (n=133) das crianças não apresentavam tosse, porém 53,6% (n=118) estavam em uso de oxigenoterapia suplementar, caracterizando, assim, o perfil de acometimento respiratório delineado por sinais de desconforto relacionado às trocas gasosas prejudicadas, necessitando de suporte de oxigênio por demanda ventilatória.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis relacionadas ao perfil clínico conforme necessidade humana básica de oxigenação.

Variáveis	Categorias	N	%
Resp. Bradpneica	Sim	7	3,2
	Não	213	96,8
Resp. Eupneica	Sim	109	49,5
	Não	111	50,5
Resp. Dispneica	Sim	112	50,9
	Não	108	49,1
Resp. Taquipneica	Sim	90	40,9

	Não	130	59,1
Batimento de asa do nariz	Sim	62	28,2
	Não	158	71,8
Tiragem intercostal	Sim	78	35,5
	Não	142	64,5
Tosse	Sem tosse	133	60,5
	Tosse seca	51	23,2
	Cheia com expectoração	21	9,5
	Cheia sem expectoração	15	6,8
Oxigenoterapia	Sim	118	53,6
	Não	102	46,4
Murmúrios vesiculares	Sim	216	98,2
	Não	4	1,8
Sibilos	Sim	59	26,8
	Não	161	73,2
Roncos	Sim	52	23,6
	Não	168	76,4
Estertores	Sim	69	31,4
	Não	151	68,6
Creptos	Sim	35	15,9
	Não	185	84,1
Cianose	Sim	46	20,9
	Não	174	79,1
Total		220	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

No domínio nutrição, hidratação e eliminação, conforme descrito na tabela 4, 89,5% (n=197), a amostra apresentou estado nutricional normal, porém com aceitação regular da alimentação em 59,1% (n=130); perfil de hidratação normal, sem restrições hídricas e sem alterações fontanelares. Quanto à eliminação, 29,5% (n=65) apresentaram necessidade de infusão de hidratação venosa, justificada pelo risco de perda hídrica em 39,1% (n=86) crianças, associada à reposição hidroeletrólítica 40,5% (n=89). Tal fato está relacionados às variáveis: vômitos 32,3% (n=71) de uma a duas vezes 19,1% (n=42) e fezes líquidas 7,7% (n=17). Já o parâmetro de eliminação vesical apresentou comportamento de risco clínico pequeno, tendo em vista o predomínio do padrão urinário caracterizado por urina-de coloração amarela clara 82,3% (n=181) e a não utilização de diuréticos 97,3% (n=214). No que se refere à nutrição, o perfil identificado majoritariamente não apresenta intolerância alimentar, uma vez que, prioritariamente, se alimenta

por via oral, todavia, vale ressaltar que 22,3% (n=49) das crianças necessitam de atenção diferenciada, já que usam dispositivos para administração de alimentos, como sonda nasogástrica, e, isso revela condições de risco para distúrbios hidroeletrólíticos relacionados às perdas, mas que são terapeuticamente corrigidos com reposição hídrica e eletrólítica utilizada conforme protocolos em pediatria.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis relacionadas ao perfil clínico conforme necessidade humana básica de nutrição, hidratação e eliminação.

Variáveis	Categorias	N	%
Estado nutricional	Normal	197	89,5
	Emagrecido	23	10,5
Aceitação alimentar	Boa	75	34,1
	Regular	130	59,1
	Insuficiente	15	6,8
Intolerância alimentar	Sim	9	4,1
	Não	211	95,9
Via de administração alimentar	Oral	162	73,6
	SNG	49	22,3
	GTT	9	4,1
Estado de hidratação	Hidratado	184	83,6
	Desidratado	19	8,6
	Hipohidratado	17	7,7
Restrição hídrica	Sim	17	7,7
	Não	203	92,3
Infusão de líquido	Sim	39	17,7
	Não	116	52,7
	Infusão venosa	65	29,5
Fontanelas	Normal	200	90,9
	Abaulada	4	1,8
	Retraída	16	7,3
Risco de perda hídrica	Sim	86	39,1
	Não	134	60,9
Reposição hidroeletrólítica	Sim	89	40,5
	Não	131	59,5
Abdome	Plano	142	64,5
	Encovado	9	4,1
	Globoso	69	31,4

Som à percussão	Maciço	16	7,3
	Submaciço	1	0,5
	Timpânico	203	92,3
Vômito	Sim	71	32,3
	Não	149	67,7
Frequência do vômito	1 a 2 vezes	42	19,1
	3 a 5 vezes	22	10,0
	Mais de 5 vezes	7	3,2
	Sem vômito	149	67,7
Condição das fezes	Normais	190	86,4
	Pastosas	4	1,8
	Líquidas	17	7,7
	Ausentes	9	4,1
Cor da urina	Límpido	4	1,8
	Amarelo claro	181	82,3
	Amarelo escuro	32	14,5
	Colúrica	3	1,4
Uso de diurético	Sim	6	2,7
	Não	214	97,3
Total		220	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

No domínio regulação neurológica, houve análise respeitando a divisão etária, conforme características inerentes à cada faixa, tendo em vista as características específicas do padrão de crescimento e desenvolvimento infantil, tornando assim as condições avaliadas pelo instrumento seccionadas no tocante aos reflexos primitivos (diretamente descritas aos recém-nascidos e lactentes) e, demais aspectos neurofisiológicos abordados na ferramenta, interligados aos demais participantes inseridos na faixa etária de estudo (pré-escolares).

Portanto, de acordo com a tabela 5, o perfil clínico mostrou que, 95,5% (n=210) das crianças em amostra são ativas, com consciência preservada 99,1% (n=218) e orientadas 69,5% (n=153), além de apresentarem resposta verbal aos estímulos 76,8% (n=169). Coordenam o globo ocular 98,6% (n=217), possuem olhos simétricos 97,7% (n=215) e não são estrábicas 97,3% (n=214), bem como não focalizam objetos à pequena distância 100% (n=220) e 92,7% (n=204) não se inserem em um perfil convulsígeno. No quesito sensibilidade à dor, 81,8% (n=180) verbalizam à dor. No tocante à aptidão neuromuscular, com avaliação da deambulação, 65,5% (n=144) deambulam sem apoio. No aspecto de avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor (CDNPM), 95,5% (n=209) apresentam CDNPM compatível à idade e 5% (n=11) apresentam atraso do CDNPM.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis relacionadas ao perfil clínico conforme necessidade humana básica de regulação neurológica.

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA			
Variáveis	Categorias	N	%
Nível de consciência	Ativo	210	95,5
	Hipoativo	10	4,5
Paciente consciente	Sim	218	99,1
	Não	2	0,9
Paciente orientado	Sim	153	69,5
	Não	67	30,5
Resposta a estímulo verbal	Sim	169	76,8
	Não	51	23,2
Resposta a estímulo sensitivo	Sim	54	24,5
	Não	166	75,5
Presença de crises convulsivas	Sim	16	7,3
	Não	204	92,7
Visão acompanha objetos	Sim	213	96,8
	Não	7	3,2
Coordenação do globo ocular	Sim	217	98,6
	Não	3	1,4
Focalizar objetos em pequenas distâncias	Sim	0	0
	Não	220	100
Presença de estrabismo	Sim	6	2,7
	Não	214	97,3
Condição dos olhos	Simétricos	215	97,7
	Assimétricos	5	2,3
Sensibilidade à dor	Verbalização	180	81,8
	Não verbalização	40	18,2
Compreende comandos	Verbais	156	70,9
	Não verbais	64	29,1
Linguagem da criança	Verbal	156	70,9
	Não verbal	64	29,1
Participação em atividades de recreação	Sim	219	99,5
	Não	1	0,5
Compreende comandos	Verbais	156	70,9
	Não verbais	64	29,1
Linguagem da criança	Verbal	156	70,9

	Não verbal	64	29,1
Desenvolvimento motor	Não deambula	76	34,5
	Deambula sem apoio	144	65,5
Crescimento e Desenvolvimento compatíveis com a idade	Total	209	95,0
	Não compatível	11	5,0
Total		220	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

No domínio regulação neurológica por faixa etária entre recém-nascidos (0-28 dias) a lactentes (29 d a 2 anos), inclui-se predominância nos seguintes aspectos e reflexos. Mostraram-se ativos e conscientes, conforme avaliação específica de cada faixa etária, mesmo critério aplicado à avaliação da orientação, porém com achado satisfatório às crianças de faixa etária 2 anos. Quanto à resposta aos estímulos, conforme tabela 6, predominou-se a resposta verbal nas crianças de 7-11 meses (n=13) e 1-2 anos (n=59) e, sensitiva, nos lactentes de 0-3 meses (n=31) e de 4-6 meses (n=10).

Quanto ao perfil de reflexos primitivos, houve distribuição de acordo com a competência neurocognitiva por faixa etária, atribuindo-se valores prevalentes relacionados à presença/alcance do reflexo conforme apresentação na criança no momento do desenvolvimento.

Para sucção, 0-3 meses (n=31) e 4-6 meses (n=10); Moro, 0-3 meses (n=31); Tônico Cervical, 0-3 meses (n=23), 4-6 meses (n=11) e 7-11 meses (n=12); Prensão palmar, 0-3 meses (n=33); Marcha, 0-3 meses (n=27); Babinsk, 0-3 meses (n=33), 4-6 meses (n=13) e 7-11 meses (n=13); Galant, 0-3 meses (n=33), 4-6 meses (n=13), 7-11 meses (n=13); Busca, 0-3 meses (n=31), 4-6 meses (n=11); Fuga à asfixia, 0-3 meses (n=27); Cócleo-palpebral, 0-3 meses (n=32). Assim, houve compatibilidade dos reflexos às referidas faixas etárias, 0-3 meses (n=31), 4-6 meses (n=15), 7-11 meses (n=20), 1-2 anos (n=60).

Tabela 6 - Características relacionadas à regulação neurológica por faixa etária até os 2 anos de idade.

Características neurológicas por faixa etária		0-3 meses (n=34)	4-6 meses (n=15)	7-11 meses (n=20)	1-2 anos (n=62)
Nível de consciência	Ativo	33	13	19	59
	Hipoativo	1	2	1	3
Paciente consciente	Sim	33	15	20	61
	Não	1	0	0	1
Paciente orientado	Sim	4	5	7	53
	Não	30	10	13	9
Resposta a estímulo	Sim	5	7	13	59

verbal	Não	29	8	7	3
Resposta a estímulo sensitivo	Sim	31	10	7	2
	Não	3	5	13	60
Presença de crises convulsivas	Sim	2	1	4	5
	Não	32	14	16	57
Reflexo de Sucção	Sim	31	10	9	2
	Sem resposta	3	5	11	60
Reflexo de Moro	Sim	31	8	7	2
	Sem resposta	3	7	13	60
Reflexo Tônico-cervical	Sim	23	11	12	2
	Não	4	0	0	0
	Sem resposta	7	4	8	60
Preensão Palmar	Sim	33	11	10	2
	Sem resposta	1	4	10	60
Reflexo de Marcha	Sim	27	8	9	1
	Sem resposta	7	7	11	61
Reflexo de Babinsk	Sim	33	13	13	6
	Sem resposta	1	2	7	56
Reflexo de Galant	Sim	33	13	13	3
	Sem resposta	1	2	7	59
Reflexo de Busca	Sim	31	11	9	2
	Sem resposta	3	4	11	60
Fuga à Asfixia	Sim	27	13	11	3
	Não	4	0	0	0
	Sem resposta	3	2	9	59
Reflexo Cócleo-palpebral	Sim	32	13	12	6
	Sem resposta	2	2	8	56
Compatibilidade dos reflexos com a idade	Sim	31	15	20	60
	Não	3	0	0	2
Total		34	15	20	62

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

Acerca da estratificação do risco clínico, partindo do pressuposto analítico identificado nos valores de risco atribuído às variáveis do instrumento, previamente, pelos juízes, admitiu-se a seguinte análise.

Inicialmente, realizou-se uma pré-seleção de variáveis com a finalidade de verificar quais delas possuíam alguma associação significativa com o desfecho indicado, ou seja, que influenciam diretamente no risco. A partir dessa seleção, foi construído um modelo de regressão logística tomando tais variáveis como base e, dando início, aos ajustes realizados a partir das várias combinações possíveis delas através dos métodos *backward* e *forward* de seleção, tendo em vista

que o objetivo do modelo é fazer com que permaneçam as variáveis que sejam significativas para a análise do desfecho: determinação do risco. Urge explicitar que o modelo foi ajustado a partir da análise do instrumento completo, tomando por base todos os seus domínios, sem analisá-los independentemente.

Salienta-se que, se admitiu como grupos classificatórios: Desfecho binário: 1 – Grupo de risco “moderado” (1 criança) e 0 – Grupo de risco “baixo” (219 crianças). Considerando que a amostra apresentou escores de risco variando entre 7 e 66, em função disso, foi classificado como “risco baixo” os escores que pontuaram até 25 e, “risco moderado”, os escores que pontuaram acima de 25 até 66. Já o “risco elevado”, mesmo não sendo representado na amostra por crianças avaliadas em seu perfil clínico, os escores pontuam de 66 a 150, em função do limiar de risco que a criança pode apresentar durante a internação na clínica pediátrica e, conseqüentemente, ser mensurado após aplicação da ferramenta.

O Quadro 1 mostra o modelo melhor ajustado aos dados da pesquisa, o qual apontou as seguintes variáveis explicativas, estatisticamente significativas, para justificar a pontuação dos escores mais elevados dentro das características das crianças envolvidas na pesquisa:

Quadro 1 – Variáveis com nível de significância preditivo para alcance de risco elevado em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

1. Risco de perdas hídricas / eletrolíticas (Risco_perdas);
2. Comportamento não verbal em relação à sensibilidade à dor (Dor);
3. Respiração: Tiragem intercostal (Intercostal);
4. Respiração: Batimento de asa do nariz (Asa_Nariz);
5. Hipertermia (Temperatura);
6. Calendário vacinal incompleto (Vacina);
7. Cor da pele: Ictérica / hipocorada (Cor_pele);
8. Estado nutricional emagrecido (Nutricional);
9. Desidratação / hipohidratação (Hidratação);
10. Cianose (Cianose);
11. Quadro de vômito (Vômito); e
12. Abdome encovado / globoso (Abdome).

Signif. codes: 0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

X-squared = 1.2126, df = 8, p-value = 0.9650

Degrees of Freedom: 219 Total (i.e. Null); 206 Residual Null Deviance: 251.7 Residual

Deviance: 5.993e-07 AIC: 28

Modelo RLB*: Glm (fórmula = CLASSIFICACAO ~ RISCO_PERDAS + INTERCOSTAL + DOR + TEMPERATURA + VACINA + COR_PELE + ASA + NUTRICIONAL + HIDRATACAO + CIANOSE + VOMITO + ABDOME, family = binomial)

Deviance Residuals: Min 1Q Median 3Q Max -1.753 0.000 0.000 0.000 2.153

Fonte: Dados da pesquisa, 2023. Legenda: RLB (regressão logística binária)*

A avaliação do ajuste do modelo final iniciou-se a partir do teste de qualidade de ajuste *Hosmer e Lemeshow*, que trouxe como hipótese (H_0), os valores observados são iguais aos esperados, ou seja, o modelo segue classificando de maneira correta.

Além disso, foi utilizado também como critério de ajuste, o coeficiente de determinação de *Nagelkerke* (R^2) que representa o poder explicativo das variáveis independentes em relação à variável desfecho do estudo.

Avaliando as etapas supracitadas, o modelo respondeu aos critérios de ajuste, apresentando a estatística de teste com p -valor= 0,965, implicando no ajuste adequado no modelo e, em seguida, o R^2 de Nagelkerke = 91,5%.

Para esclarecer o efeito das variáveis explicativas na variável resposta do modelo (risco clínico), utiliza-se a razão de chances (*Odds Ratio*) dada pelo exponencial dos parâmetros estimados pelo modelo. A Tabela 7 detalha o modelo de regressão elencando as variáveis explicativas, estatisticamente significativas, bem como as estimativas dos parâmetros do modelo e o *Odds Ratio* (OR).

Tabela 7- Modelo de regressão logística e variáveis significativas para determinação do risco clínico em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

Variáveis explicativas	Parâmetros	Erro - padrão	p -valor	<i>Odds Ratio</i> (OR)
Intercepto	-64,78	9,436	0,0176	-
Risco_perdas	27,01	1,46	0,0185	0,54
Intercostal	8,96	3,84	0,0197	0,77
Dor	31,87	3,76	0,0206	0,69
Temperatura	12,60	5,44	0,0206	0,30
Vacina	42,62	7,59	0,0154	0,32
Cor_pele	16,29	6,85	0,0174	0,12
Asa_nariz	14,54	6,15	0,0181	0,21
Nutricional	22,07	9,19	0,0305	0,38
Hidratação	8,53	3,83	0,0262	0,50
Cianose	36,56	5,31	0,0170	0,76

Vômito	6,78	2,77	0,0146	0,88
Abdômen	12,94	5,25	0,0137	0,42

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, identifica-se que, o perfil clínico pediátrico traz consigo uma caracterização vista em crianças que se inserem no ambiente hospitalar para acompanhamento de suas comorbidades e, além disso, de situações de doença aguda. A dicotomia que versa entre o manejo de doenças crônicas e a atuação na estabilização de situações predominantemente exacerbadas, no ápice da necessidade de controle por intervenções no maior nível de complexidade, torna o cuidado pediátrico na internação essencial e preditivo de desfechos favoráveis à criança.

Portanto, conhecer o risco clínico é primordial, tendo em vista a prospecção que é dada ao enfermeiro enquanto profissional que lida diretamente com a identificação das condições de saúde da criança hospitalizada e, a partir disso, consegue planejar e implementar seu processo de cuidar, tornando assim as demandas pediátricas atendidas conforme suas peculiaridades.

No que concerne ao perfil respiratório, verificou-se que, mesmo diante de um estado geral predominantemente classificado por preditos clínicos que confirmam classificação propedêutica eupneica, as características inerentes ao padrão respiratório alterado demonstram quadro que demanda intervenções, como a oxigenoterapia suplementar, fator esse identificado em crianças que apresentam sinais de desconforto respiratório importante, como uso de musculatura acessória, batimentos de haletas nasais e cianose, clínica soberana da diagnose do sofrimento respiratório em crianças. Tal fato justifica o achado encontrado em amostra, elevando a evidência de que a repercussão de uma troca gasosa não eficaz torna a criança dependente de cuidados que a hospitalizam, demandando assim do direcionamento sistemático dos cuidados do corpo de enfermagem.⁸

Além disso, as crianças com comorbidades respiratórias frequentemente apresentam uma vulnerabilidade aumentada a infecções do trato respiratório, tornando-as mais propensas a episódios agudos e exacerbações de suas condições crônicas, seja por características inerentes à maturidade fisiológica ainda não adquirida pelas barreiras naturais do corpo ou, até mesmo, pela vulnerabilidade associada a dispositivos já instalados para a terapêutica prévia, como por exemplo, traqueóstomos, deixando-as sujeitas a complicações adicionais por afecção do parênquima pulmonar, como: pneumonia, atelectasias e consolidações. Correlato a isso, a cianose evidenciada em periferia ou acrocianose soma-se como fator predisponente à risco, alertando ao pensamento

crítico acerca das intervenções mais elaboradas e resolutivas do perfil gasimétrico da criança e, sendo assim, a hospitalização torna-se necessária para gerenciar crises agudas, proporcionar suporte respiratório e administrar tratamentos específicos.^{9,10}

No que tange ao parâmetro de risco clínico identificado, a partir da interpretação da OR é possível verificar que as crianças que apresentam tiragem intercostal e batimento de asa do nariz, assumem, respectivamente, 77% e 21% de maiores pontuações, tal fato justifica o alcance dos critérios para o aumento do escore de risco clínico, tornando assim tais variáveis, quando alcançadas pela criança na avaliação sintomatológica do enfermeiro, condizentes a um desfecho de risco aumentado. Similarmente, a presença de cianose, 76% de OR, torna o quadro de trocas gasosas prejudicadas evidentemente um contribuinte à gravidade clínica, sendo também considerada uma variável importante ao desfecho mensuratório do risco clínico pediátrico.

No domínio gastrointestinal, verificou-se que, quadros agudos como gastroenterocolite (GECA) agravada, desnutrição, disquesia, lideram a caracterização clínica da criança hospitalizada a nível de internação pediátrica. Quando não primariamente, sendo a causa da internação como queixa principal sintomatológica, vêm associadas a alguma condição crônica que culmina com o quadro gastrointestinal osmótico de perdas.

A repercussão clínica dessas doenças no trato gastrointestinal vai além dos sintomas digestivos imediatos. Comprometimentos nutricionais, atraso no crescimento e desenvolvimento inadequado podem ser desafios enfrentados por crianças afetadas. A intervenção precoce, o manejo adequado e o suporte multidisciplinar são essenciais para minimizar esses impactos e promover o bem-estar global das crianças com doenças gastrointestinais.¹¹

A gastroenterite aguda, por exemplo, muitas vezes causada por vírus, bactérias ou demais espécies de parasitas, é uma inflamação do trato gastrointestinal que, em crianças, pode levar à desidratação rápida devido à perda de fluidos como vômito e diarreia. A gestão adequada envolve a reposição de líquidos e, em alguns casos, a administração de medicamentos que auxiliam na diminuição dos episódios de diarreia.¹²⁻¹⁴

Doenças pediátricas que afetam o trato gastrointestinal podem ter repercussões clínicas significativas, impactando não apenas a saúde digestiva das crianças, mas também seu desenvolvimento geral e qualidade de vida.¹⁵

Além disso, nutricionalmente, as crianças com condições crônicas saem à frente do padrão de necessidades para cuidados de enfermagem, em decorrência da utilização de dispositivos invasivos para o alcance da homeostase nutricional, a exemplo, gastrostomia, sondas nasogástricas e nasoenterais. Esse perfil também é encontrado em crianças que se encontram na internação pediátrica, tendo em vista a característica de cronicidade envolvida no manejo destas crianças se

apresenta com a necessidade de tratamentos regulares, restrições dietéticas e eventuais hospitalizações podem interferir na vida cotidiana, levando a desafios não só ligados ao processo de restabelecimento da saúde física da criança, mas também psicossociais e, até mesmo, da condução do desenvolvimento infantil.¹⁶

Quando se trata do parâmetro de risco identificado na análise do domínio gastrointestinal, crianças que apresentam perdas hídricas/eletrolíticas têm aproximadamente 54% de chances a mais de pontuarem maior escore de risco, conforme avaliação do OR. Verificou-se também que, ao apresentarem na avaliação clínica desidratação/hipohidratação, há um aumento de 50% de chances para o alcance de um quadro de risco elevado, corroborando com o dado de que, as crianças que apresentam quadro de vômito têm, respectivamente, 88% de chances a mais de apresentarem maiores escores de risco clínico, evento que demonstra forte correlação com a estratificação de *Oddis* das variáveis anteriores que foram descritas no domínio das afecções gastrointestinais. Além disso, as crianças que apresentam pele ictérica ou hipocorada têm 12% de chances a mais de apresentar maiores escores de risco elevado, reafirmando a hipótese de que as alterações hepáticas também elevam o risco clínico.

O vômito em crianças, se não controlado adequadamente, pode levar a distúrbios hidroeletrólíticos que requerem intervenção imediata. O vômito em crianças é uma manifestação clínica comum e, embora muitas vezes seja um sintoma autolimitado, pode levar a distúrbios hidroeletrólíticos significativos, exigindo atenção cuidadosa por parte dos profissionais de saúde, seja na prevenção ou no tratamento dos eventos agudos ou subjacentes a alguma condição crônica.^{17,18}

Quando uma criança vomita repetidamente, há uma perda substancial de fluidos e eletrólitos do organismo, levando ao risco de desidratação. A desidratação é especialmente preocupante em crianças pequenas, pois elas têm uma reserva menor de líquidos em comparação com adultos. Além disso, o vômito frequente pode causar um desequilíbrio nos eletrólitos, como sódio e potássio, afetando o funcionamento normal das células e órgãos.¹⁹

Os distúrbios hidroeletrólíticos podem se manifestar de diversas formas, incluindo letargia, boca seca, diminuição da produção de urina, sede intensa e, em casos graves, confusão mental. É essencial monitorar atentamente os sinais de desidratação e distúrbios eletrólíticos em crianças que estão vomitando persistentemente, justificando assim a predição apresentada pelo modelo enquanto variáveis que levam a criança hospitalizada a alcançar risco clínico elevado.¹⁹

No quesito estado nutricional emagrecido, houve aumento das chances de maiores escores de risco em 38%, bem como, coadunando com o achado, crianças com abdome encovado ou globoso aumentam as chances de apresentarem maiores escores de risco em 42%, fator correlato ao estado

nutricional deficitário, explícito no contexto da doença em si, tendo em vista que a desnutrição consiste na falta de nutrientes essenciais necessários ao crescimento e funcionamento adequados do organismo.

O estado de deficiência nutricional pode ocorrer devido à ingestão inadequada de alimentos, problemas de absorção ou condições correlatas. O risco clínico associado à desnutrição em crianças é multifacetado. É crucial que a desnutrição em crianças seja identificada e tratada precocemente para minimizar os riscos clínicos. Intervenções nutricionais que podem incluir suplementos alimentares, modificação da dieta e, em casos mais graves, internação hospitalar, são essenciais para reverter o quadro de desnutrição, tornando-se prioridade para enfermeiro quando este leva a criança a internação em clínica pediátrica, alterando sua necessidade humana, evidenciando, assim, o cuidado como necessário.²⁰

Quanto ao perfil de regulação neurológica, é evidente-o perfil delineado a partir das etapas do desenvolvimento, tendo em vista que, ao longo da primeira infância, ocorre um rápido desenvolvimento dos reflexos primitivos, mais presente na faixa etária neonatal e lactância as áreas de linguagem, de coordenação motora, percepção sensorial e de habilidades sociais. Tal fato é justificado pela alta neurogênese e sinaptogênese inerente às condições fisiológicas do tecido cerebral da criança, fator contribuinte para o delineamento do perfil neuropsicomotor das condições clínicas das crianças analisadas.^{21,22}

As características clínicas da regulação neurológica se apresentam dentro do esperado, ou seja, contribuem à descrição de um perfil neurológico adequado à população pediátrica. No entanto, há compreensão de que as condições avaliadas pelas variáveis do instrumento permitem, explicitamente, a análise de atrasos do desenvolvimento e agravos ao sistema neurológico da criança, bem como apresentam critérios determinantes de gravidade, sendo trabalhados pelo modelo de regressão logística a partir da avaliação da sensibilidade à dor e capacidade de comunicação, vertentes trabalhadas no domínio de regulação neurológica.

O risco clínico interligado ao domínio de regulação neurológica trabalha o *Oddis Ratio* correlato às crianças com comportamento não verbal em relação à sensibilidade à dor, alcançando aproximadamente 69% de chances a mais de um padrão de risco elevado quando avaliadas durante a entrevista clínica e exame neurológico do enfermeiro.

Estudos mostram que crianças com comportamento não verbal apresentam desafios únicos quando se trata de avaliar sua sensibilidade à dor e gerenciar possíveis riscos clínicos associados, pois a comunicação não verbal inclui um perfil de crianças que são imaturas para expressar verbalmente sua dor, seja por alcance etário ou até mesmo quando fazem parte do grupo de crianças com agravos cognitivos que impactam sua capacidade de se comunicar através da linguagem verbal

convencional.²³

O desafio do cuidado é ligado à dificuldade de avaliação e identificação da dor em crianças incapazes de expressar, requer uma compreensão profunda de sinais não verbais que podem indicar desconforto ou dor. Mudanças no comportamento como agitação, irritabilidade, padrão de sono ou alimentação alterados, expressões faciais de desconforto, gestos de proteção, podem ser indicadores importantes de dor em crianças que não conseguem se comunicar verbalmente, tornando assim preditivo ao enfermeiro utilizar de critérios rigorosos, considerando o contexto clínico específico da criança e as características de seu comportamento habitual para identificar desvios que possam indicar dor ou desconforto, para sistematizar seu cuidado e identificar precocemente o risco clínico de cada uma delas.²³

Logo, a incapacidade de comunicar efetivamente a dor pode resultar em diagnósticos tardios de condições relacionadas à doença, atrasando intervenções e tratamentos necessários. Além disso, a dor não gerenciada pode ter impactos significativos no bem-estar geral da criança, levando a complicações que podem ser prevenidas.²⁴

Achados como o risco clínico relacionado à regulação térmica e histórico vacinal foram conclusos. A variável temperatura hipertérmica aumenta em 30% as chances de maiores pontuações no escore de risco, bem como calendário vacinal incompleto aumenta o risco em 32%. No entanto, tais variáveis não são correlatas a apenas um domínio de necessidades, mas sim, com caracterização clínica interligada a necessidades humanas básicas que se alteram a partir de infecções agudas e, até mesmo, exposição da criança sem calendário vacinal completo, tornando-se assim quesitos que, ao serem preenchidos no instrumento, apresentam-se multifacetados quanto à etiologia que justifica o risco interposto.²⁵⁻²⁷

CONCLUSÃO

O estudo em tela alcançou o objetivo, tendo em vista que, após a análise do perfil, permitiu a determinação da estratificação do risco clínico de crianças internas em ambiente pediátrico hospitalar. Além disso, o estudo apresentou forte correlação entre a descrição clínica enquanto perfil de crianças, de 0 a 5 anos de idade e seus respectivos riscos clínicos, após aplicação do instrumento de Histórico de Enfermagem.

Estratificou-se por meio do modelo as variáveis já descritas que, a partir do preenchimento, mostraram risco clínico predito e a elevação deste. Salienta-se que, as crianças avaliadas a partir do instrumento não demonstraram valores de risco elevado, porém a partir da utilização da ferramenta na prática do enfermeiro, validou-se o conceito metodológico de definição e determinação do risco clínico pediátrico como estratégia de aprimoramento de cuidado de crianças em ambiente de

internação.

Como limitação, entende-se como necessária a avaliação de crianças com características mais graves, a fim de detectar a análise numérica e subjetiva, também, dos preditos ligados aos escores de risco clínico elevado e, assim, realizar o julgamento previsto do risco e das variáveis elencadas pelo modelo de forma sumarizada e direcionada.

A pesquisa contribui para a Ciência da Enfermagem fornecendo uma base sólida para o planejamento e execução de cuidados de saúde individualizados e eficazes às crianças, da faixa etária no estudo em tela, que necessitam de hospitalização. O entendimento do risco clínico permite aos enfermeiros antecipar, prevenir e lidar proativamente com possíveis complicações, garantindo o bem-estar e a segurança dos pacientes pediátricos através da aplicabilidade do PE enquanto ferramenta sistemática do cuidar atual.

REFERÊNCIAS

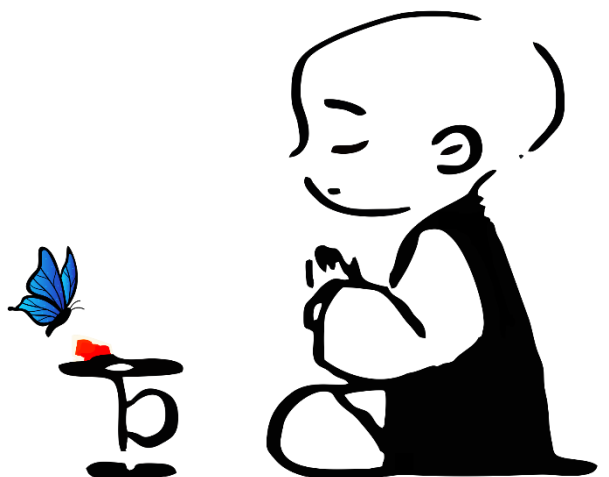
1. Maia EBS, La Banca RO, Rodrigues S, Pontes ED, Sulino MC, Lima RAG. A força brincar-cuidar na enfermagem pediátrica: perspectivas de enfermeiros em grupos focais. **Texto Contexto Enferm.** 31:e20210170, 2022.
2. Gomes MM, Machry RM, Martins W. Atuações do enfermeiro e sua relação de cuidado ao paciente oncológico pediátrico. **E-Acadêmica.** 3(2), e5732213, 2022.
3. Brito MGM, Bayer NEK, Monteiro LM. Percepção dos cuidadores frente a dor pós-operatória pediátrica e cuidados de enfermagem. **J. Nurs. Health.** 13(1):e13122933, 2023.
4. Abreu-Pérez D, Ortega-Suárez L, Montero-Ávarez L, Lacerda-Gallardo AJ, Morales-Suárez IG, Espinoza-Domínguez M. Características clínicas de pacientes con sepsis en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de segundo nivel. **Med. Clín. Soc.** 6(2):57-64, 2022.
5. Batllea A, Aldemiraa A, Agúndez B, Cabrera I, Esquerdo E, López S, Achotegui A, Villalóna C, Sevilla MF. La hospitalización domiciliaria del paciente agudo: un nuevo enfoque de cuidados. **Anales de Pediatría** 99. 329-334, 2023.
6. Santos MLBM, Castro ARV, Almeida AP, Fraga APM, Costa AA. Escala para determinar intervalo de avaliação dos acessos periféricos em pediatria: Estudo convergente assistencial. **Revista De Enfermagem Referência,** 6(2), 1–8, 2023.
7. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart Lung,** v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987.
8. Rianelli TMS, Andrade LG. O uso indiscriminado de corticosteroídes no manejo das doenças respiratórias em crianças. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E**

Educação, 8(3), 1693–1710; 2022.

9. Rocha KNS, Carvalho MP, Lemos MP, Correia LR, Andrade FM, Baggeto CTL, Tiveron RB, Caporali E, Jatobá MVGP. **Brazilian Journal of Health Review**. v.5, n.1, p.3063-3080; 2022.
10. Swann OV, Holden KA, Turtle L. Clinical characteristics of children and young people admitted to hospital with covid-19 in United Kingdom: prospective multicentre observational cohort study. **BMJ**. 370:m3249; 2020.
11. Jordani MT, Guimarães IG da C, Silva TA, Alves L, Braga CBM, Luz S de AB. Perfil clínico e nutricional de crianças com alergia à proteína do leite de vaca. **Medicina Ribeirão Preto**. 54(4):e-176348; 2021.
12. Freitas GP, Camarim LC, Mendonça RCM, Melo MF, Rodrigues KS, Morera CS, Cavalcante AC, Nunes VEP, Goulart DSN, Terror IS, Praça GML, Almiron T, Reis CF. Avaliando novos ensaios clínicos randomizados acerca do manejo da gastroenterite aguda na população pediátrica: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**. v.6, n.5, p.24324–336; 2023.
13. Altcheh J. Randomized, direct comparison study of *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 versus multi-strained *Bacillus clausii* probiotics for the treatment of pediatric acute gastroenteritis. **Medicine**. v.101, n.36, p. e30500; 2022.
14. Bonvanie IJ. Oral ondansetron for paediatric gastroenteritis in primary care: a randomised controlled trial. **British Journal of General Practice**. v.71, n.711, p.728-735, 2021.
15. Nocerino R. Efficacy of ginger as antiemetic in children with acute gastroenteritis: a randomised controlled trial. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**. v.54, n.1, p. 24-31; 2021.
16. Frazier R, Li B, Venkatesan T. Diagnosis and Management of Cyclic Vomiting Syndrome: A Critical Review. **Am J Gastroenterol**. 118:1157–1167; 2023.
17. Ferreira TMC, Cruz RAO, Nascimento WS, Oliveira GCS, Silva KL, Costa MML. Necessidades humanas básicas alteradas em crianças e sua associação com diagnóstico médico. **Rev Enferm Atual In Derme** v.96, n.40, e-021307, 2022.
18. Carvalho AL, Pereira JJJ, Santana TP, Sousa AN, Silva LM, Jardim MJA, Sousa ACM, Fernandes RA. O perfil das internações da unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica de um hospital no Maranhão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 23(7), e13186; 2023.
19. Hartman S, Brown E, Loomis E, Russell AH. Gastroenteritis in Children. **American Family Physician**. v.99, n.3; 2019.
20. Thapar N, Benninga MA, Crowell MD, Di Lorenzo C, Mack I, Nurko S, Saps M, Shulman RJ, Szajewska H, Tilburg MAL, Enck P. Paediatric functional abdominal pain disorders. **Nat Rev Dis Primers**. 5;6(1):89; 2020.

21. Silva RCR, Santos CTO, Santos MAS, Vieira ACS, Lúcio IML, Ferreira ALC, Moreira RTF. Desenvolvimento infantil da criança institucionalizada. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação**. 15; 2021.
22. Jesus LG, Andrade MCB. Correlação dos fatores sociodemográficos e clínicos com alterações da funcionalidade em crianças hospitalizadas. **Revista Pesquisa Em Fisioterapia**. 11(2), 361-367; 2021.
23. Sedrez ES, Monteiro JK. Pain assessment in pediatrics. **Rev Bras Enferm**. 73(Suppl 4):e20190109; 2020.
24. Sousa MR, Chaves EMC, Tavares ARBS. Social representations of nursing professionals on pain assessment in pediatric oncology patients. **BrJP**. 5(1):8-13, 2022.
25. Rufino LRMC, Gomes NKC, Silva IMN, Ramos LMS, Benício GB, Macedo ACG, Lavagnoli LZ, Loureiro PRAC. Febre em pediatria: a busca dos serviços de urgência e emergência por parte dos cuidadores. **Brazilian Journal of Health Review**. v.6, n.5, p. 23222–23233, 2023.
26. Barutcu A, Barutcu S. Evaluation of Knowledge, Attitudes and Practices of Parents Presenting to a Hospital Emergency Department with a Complaint of Fever in a Child. **Signa Vitae**. 16(1):108-114; 2020.
27. Teixeira AF, Carvalho LC, Moura AR, Saud HN, Guimarães SEC, Sousa L, Oliveira ML, Ramos LM, Sousa LC, Mata HAA. Manejo da bronquiolite na pediatria. **Brazilian Journal of Development**. 9(7), 22574–22579; 2023.

RESULTADOS: ARTIGO 3



APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SOB À ÓTICA DE ENFERMEIROS

INTRODUÇÃO

Diante da perspectiva ontológica do cuidar que traz, em sua essência, a definição das ações do cuidado de enfermagem baseadas na compreensão da natureza e essência do cuidado, configurados como um fenômeno complexo que, repercute diretamente na saúde do paciente nos âmbitos da promoção, recuperação, bem-estar e tratamento como esferas interligadas, salienta-se a importância da concepção atual de cuidado como ato humano complexo, significativo, transformador e resolutivo.¹

Com a ascensão da profissão, firma-se então a necessidade de consolidar o corpo de conhecimentos e a instrumentalização do processo de trabalho dos enfermeiros, tornando, assim, a prática baseada em evidências científicas um pilar que sustenta as ações cotidianas que direcionam o cuidado ao paciente vulnerável em seu estado de saúde.²

No âmbito pediátrico, em decorrência da atuação específica direcionada às crianças e suas minuciosidades, nada se torna tão salutar quanto à visão e à reflexão crítica de uma prática que integra saberes científicos, técnicos e humanísticos, ligados diretamente à expertise clínica do enfermeiro e à sensibilidade empática. É a práxis que se constrói no exercício laboral da enfermagem moderna, que abre espaço, continuamente, para a identificação de melhorias a serem alcançadas e aprimorada-do saber fazer dos enfermeiros.^{2,3}

A instrumentalização do cuidado surge como estratégia de enfrentamento dos entraves inseridos na micropolítica do cuidado, e, traz à tona a utilização de recursos, ferramentas e tecnologias específicas para a prestação de cuidados de enfermagem de forma eficiente e eficaz. Além disso, contribui diretamente com o crescimento da profissão, além de conferir qualidade e eficiência aos cuidados que são elaborados, implementados e avaliados dentro do Processo de Enfermagem (PE).⁴

Logo, ter ferramentas que norteiem o cuidado de enfermagem, de forma a sustentar a prática do enfermeiro baseada em evidências, a partir do PE, no contexto pediátrico é mandatório, uma vez que podem tornar o planejamento de intervenções de enfermagem mais facilmente exequíveis. Por isso, se faz necessário que enfermeiros construam e validem instrumentos norteados por teorias de enfermagem, que atendam as necessidades de cuidados que não podem ser realizadas atendidas autonomamente, haja vista que configuram-se o alvo da existência de instrumentos pediátricos que aprimoram e tornam o processo de cuidar desenvolvido por enfermeiros, mais robusto e baseado em um corpo de teorias de enfermagem próprias, resolutivo.⁴⁻⁶

Diante do exposto, buscou-se responder a seguinte pergunta: qual a percepção de enfermeiros acerca do uso e da aplicação de um instrumento de coleta de dados direcionado a crianças de 0 a 5 anos que se encontram hospitalizadas?

Portanto, objetivou-se analisar a percepção de enfermeiros acerca da utilização e aplicação de um instrumento de coleta de dados a crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, com dados coletados entre maio e junho de 2023, presencialmente, por meio de formulário semiestruturado aplicado com enfermeiros atuantes em unidades de internação pediátrica de três hospitais, que atendem demanda de instâncias distintas (federal, municipal e estadual), localizados no estado da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

Os profissionais foram convidados pessoalmente pelo pesquisador responsável, totalizando 27 enfermeiros selecionados por escala de trabalho, porém finalizando uma amostra de 22 enfermeiros devido a cinco recusas.

Os critérios de inclusão foram: estar no momento da coleta de dados na clínica pediátrica; possuir, no mínimo, dois anos de experiência com pediatria clínica; realizar intervenções/cuidados de enfermagem diretos às crianças em hospitalização na clínica pediátrica. Como critérios de exclusão, enfermeiros que se encontravam de férias e/ou afastamento por licença saúde e/ou capacitação durante a coleta. Salienta-se que, do grupo amostral de enfermeiros, 10 já aplicam o instrumento, em estudo, nas suas rotinas assistenciais e, 12 enfermeiros, não aplicam o referido instrumento, mas por sua vez, possuem uma ferramenta para histórico de enfermagem, generalística (não estratificada por faixas etárias), em seu serviço.

Aos enfermeiros que não aplicam o instrumento foram apresentados a ferramenta pelo pesquisador responsável. Posteriormente, de forma conjunta porém sem interferência do pesquisador durante o processo, aplicaram o instrumento às crianças de 0 a 5 anos que se encontravam internadas no momento da coleta de dados, tornando, assim, a experiência da vivência quanto à aplicação do instrumento, válida para constituição dos discursos no *corpus* analisado.

A primeira parte do formulário continha dados de caracterização dos participantes, incluindo, raça, gênero, idade, nacionalidade, naturalidade, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação com pediatria, formação continuada, como pós-graduação. A segunda parte contemplava questões sobre o uso e a aplicação da ferramenta de Histórico de Enfermagem, destinada a crianças de 0 a 5 anos durante o PE.

As respostas dos formulários constituíram a fonte primária de dados submetida à análise lexicográfica, por meio do *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) pela Estatística Textual Clássica e Classificação Hierárquica Descendente (CHD).⁷

Por meio da CHD, realizada pelo *software* IRaMuTeQ, foram analisados 364 segmentos de texto, com retenção de 82,97% (302 segmentos de texto) do *corpus* textual para construção das seis classes advindas das partições de conteúdo. Cada classe foi representada pelas palavras mais significantes por intermédio do X^2 e p-valor ($<0,05$), com suas associações de acordo com as classes, todas dispostas em um dendograma categorizado e subcategorizado diante do padrão lexical das falas e, conseqüentemente, das classes.⁷

Para a construção das figuras de aproximação de palavras, empregou-se a análise de similitude, a qual se baseia na teoria dos grafos, um modelo matemático ideal, capaz de identificar co-ocorrências entre as palavras e o seu resultado. Este modelo apresenta as indicações de conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um *corpus* textual e apontando partes comuns e especificidades em função das variáveis descritivas identificadas na análise.⁷

Os dados referentes aos discursos que compuseram o *corpus*, ou seja, a análise interpretativa dos referentes discursos dos analisados, transcritos na íntegra, foram realizados pelo método de Análise de Conteúdo, respeitando a categorização temática do próprio conteúdo inserido no discurso do entrevistado por meio de técnicas sistemáticas. O prosseguimento metodológico foi cumprido por meio das fases da Análise de Conteúdo, que consistem em: pré-análise dos dados coletados, exploração do material e o tratamento dos resultados.⁸

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Parecer n.º5.899.309 e CAAE 64637122.9.0000.5188. Todos os participantes foram informados sobre o anonimato e a natureza voluntária da pesquisa. Do mesmo modo, todos leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atestando sua anuência.

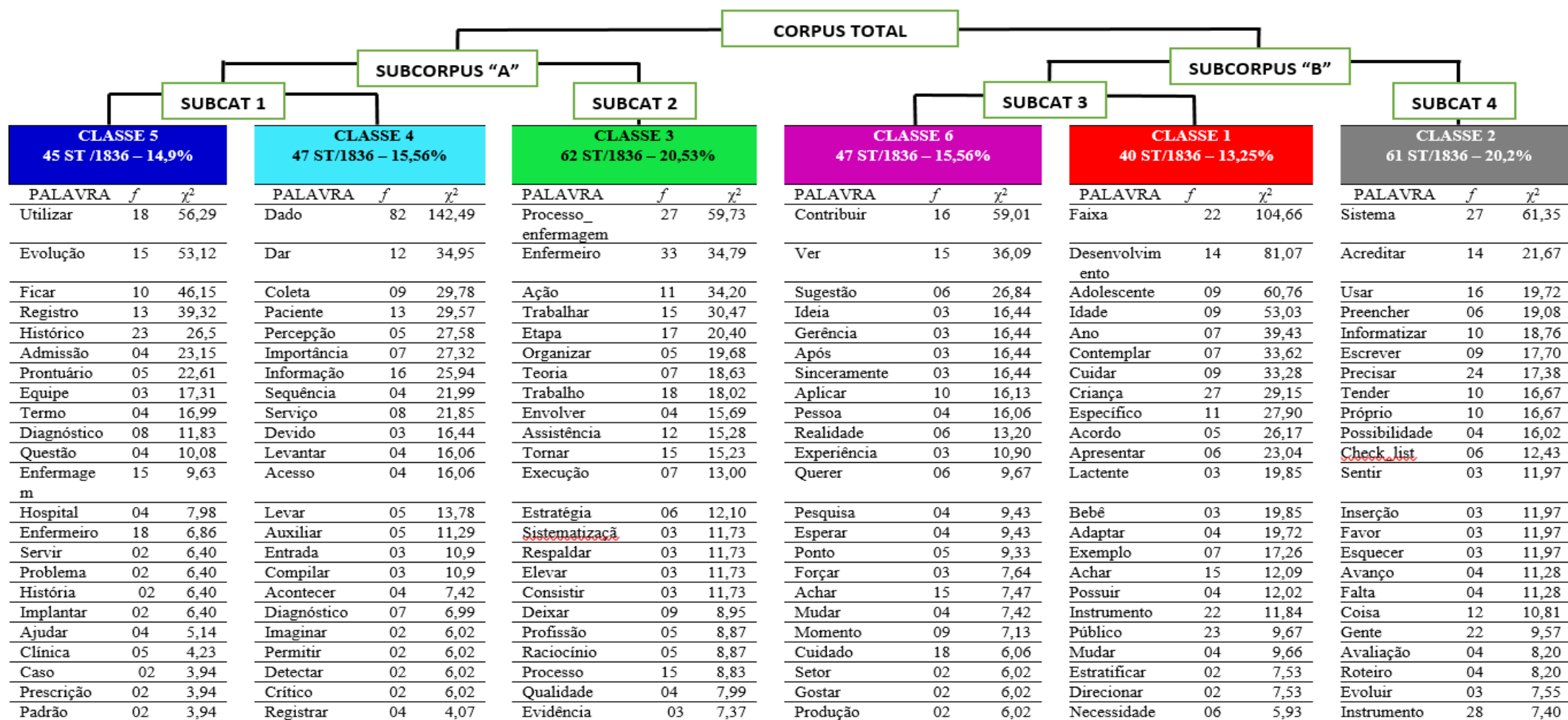
RESULTADOS

Em um grupo de 22 enfermeiros assistenciais, que trabalham com pediatria, 50% (n=11) se autodeclararam pardos; 50% (n=11) mencionaram ser casados e, 54,6% (n=12) encontraram-se em uma faixa etária de 30 a 40 anos. O público foi, majoritariamente, feminino, composto por 95,5% (n=21) e, em sua totalidade, têm nacionalidade brasileira 100% (n=22). Quanto à naturalidade, prevaleceu 68,3% (n=15) enfermeiros pessoenses, ou seja, naturais de João Pessoa/PB. No que

concerne ao tempo de atuação na profissão de Enfermagem, 50% (n=11) atuam entre 10-15 anos; já quanto à experiência comprovada em pediatria, 72,7% (n=16) atuam entre 10-15 anos. Com relação à formação em pós-graduação, *stricto sensu* ou *lato sensu*, 18,1% (n=4) são especialistas em áreas que não se correlacionam à pediatria; 36,4% (n=8) são especialistas em pediatria; 27,3% (n=6) são Mestres e, 18,2% (n=4) são Doutores.

O *corpus* da presente pesquisa foi composto por 22 textos. Esses foram submetidos à análise para obtenção da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), sendo divididos em 364 segmentos de texto, relacionando-se 1.836 palavras que ocorreram 12.870 vezes. A CHD reteve 302 segmentos de textos (82.97%) do total, gerando 6 classes, conforme apresentado na Figura 1. As palavras analisadas foram distribuídas da seguinte maneira entre as classes: a classe 1 foi estruturada por 40 ST, correspondente a 13,25% do total de ST; a classe 2 foi constituída por 61 ST, correspondente a 20,2% do total de ST; a classe 3 foi composta por 62 ST, correspondente a 20,53% do total de ST; a classe 4 foi formada por 47 ST, correspondente a 15,56% do total de ST; a classe 5 foi constituída por 45 ST, correspondente a 14,9% do total de ST; a classe 6 obteve 47 ST, correspondente a 15,56 % do total de ST.

Figura 1- Diagrama das classes integrantes do dendograma do corpus textual referente aos manuscritos da amostra



Fonte: Elaborado pelo pesquisador com dados obtidos a partir da análise CHD com o uso do IRAMUTEQ, 2023. Legenda: SUBCAT: Subcategoria; Nota: todas as ocorrências de palavras com $p < 0,0001$

O corpus total em análise foi dividido em dois subcorpus, nomeados como subcorpus A e B, graficamente apresentado na Figura 1. O subcorpus A, composto pelas classes 5, 4 e 3, apresenta duas subdivisões que, foram denominadas como subcategoria *Histórico de Enfermagem e instrumento para coleta de dados pediátricos: ferramenta norteadora*, representada pela classe 5 e 4, que trata das impressões dos enfermeiros ligados ao uso de um instrumento para coleta de dados clínicos da criança hospitalizada como ferramenta norteadora do cuidado e a execução do próprio Processo de Enfermagem; e a subcategoria *Processo de Enfermagem e as suas ferramentas de execução*, representada pela classe 3, que trata do conceito de Processo de Enfermagem e sua contribuição para o fortalecimento da profissão, evidenciadas no Quadro 1:

Quadro 1 – Discursos dos participantes enfermeiros em suas subcategorias e classes 5, 4 e 3, originadas na CHD.

SUBCATEGORIA 1: Histórico de Enfermagem e o instrumento para coleta de dados pediátricos: ferramenta norteadora.
Enf1C4: “É de grande importância a ferramenta pra gente poder captar todos esses dados pois nos norteia nessa hora às vezes está tão conturbado que quando temos uma ferramenta nos ajuda bastante no dia a dia para juntar as informações do paciente e levantar os principais diagnósticos de enfermagem.” Enf2C5: “Usamos instrumentos. Usamos o histórico de enfermagem no momento da admissão da criança e outras ferramentas, como por exemplo, a que o próprio sistema tem para a prescrição dos diagnósticos e intervenções, porém na prática clínica o histórico de enfermagem.” Enf2C4: “Esses instrumentos eles nos auxiliam bastante para conseguir ter um bom norte no exame isso promove melhoria no cuidado da criança pois o julgamento vem a partir do que levantamos de necessidades humanas.” Enf3C4: “Sim, é comum tanto para o uso no histórico quanto para a evolução. Isso facilita muito o trabalho do enfermeiro. A percepção é que é uma ferramenta que padroniza o serviço, a coleta de dados.” Enf4C5: “todos nós precisamos raciocinar junto ao processo de enfermagem, pois ele é uma ferramenta ativamente utilizada. A gente usa tanto ferramentas impressas como também o sistema, que foi implantado pela empresa.” Enf5C5: “Vale lembrar que nós não temos como conduzir cuidado nenhum se não tivermos uma ferramenta que traga suporte com informações necessárias à produção de diagnósticos logo um histórico bem construído validado serve exatamente para isso.” Enf5C4: “Acaba ajudando também nas demais etapas do processo pois a partir da coleta a gente vai poder dar melhores diagnósticos quando a gente tem um instrumento bem sumariado e completo.” Enf6C5: “Além do mais quando realizamos de forma correta e consideravelmente completa a criança fica com um registro eficiente de tudo o que ela apresentou durante sua entrada no hospital isso promove uma melhoria absurda lá na frente.” Enf7C5: “Na minha cabeça quando eu utilizo um instrumento para construção de uma história clínica é como se eu tivesse compilando tudo o que é possível juntar acerca daquela criança e depois lançar como um registro eficiente dela no momento da admissão ao hospital.” Enf13C4: “Sim utilizo temos ferramentas para evoluir e para fazer histórico esta nos ajudam bastante, mas na minha opinião, precisam melhorar muito sim é comum eu acho que é comum na prática de todo o enfermeiro pois oportuniza a execução do cuidado.” Enf18C4: “O histórico é a principal etapa do processo de enfermagem. Ter uma ferramenta que subsidie o histórico de enfermagem é algo que nós precisamos enquanto profissionais. Imagina ter que levar na cabeça todas as informações que são coletadas dessa grande quantidade de crianças e tornar tudo isso registro? É quase impossível, por isso a importância de um histórico, de uma ferramenta para nos auxiliar durante a coleta de dados.”
SUBCATEGORIA 2: Processo de Enfermagem e as suas ferramentas de execução.
Enf14C2: “Processo de enfermagem consiste na maior forma atual do enfermeiro conseguir trabalhar na assistência é uma ferramenta basicamente que todos nós usamos para registrar pensar e articular todo o cuidado através das etapas” Enf15C2: “Processo de enfermagem é uma ferramenta sistematizada que o enfermeiro fará uso, pois ele vai ter que pensar e muito para poder conseguir ter o que almeja no cuidado direto à criança. Meu principal problema no início da minha carreira era aplicar o processo de enfermagem, mas hoje entendo que é a principal forma que todo enfermeiro precisa saber e dominar, pois

sem ele não conseguimos, tornando nosso trabalho efetivo e respeitado.”

Enf16C2: *“Processo de enfermagem é tudo o que dispõe na prática do enfermeiro, pois é algo muito amplo que traz para nós profissionais enfermeiros a chance de organizar, através dessa ferramenta que é o processo, o nosso cuidado.”*

Enf17C2: *“O Processo de enfermagem é basicamente um conjunto de estratégias que dão ao enfermeiro autonomia de ação, tornando o trabalho dele mais firme, baseado em teorias e em etapas organizadas, por isso a grande importância da gente dar valor a essa ferramenta. Ele sustenta toda a nossa perspectiva de ação, entende isso?”*

Enf22C2: *“O Processo de enfermagem é algo amplo, não tem como dizer rapidamente, mas é uma ferramenta muito útil que todas nós fazemos o uso. Precisa saber muito da teoria para poder aplicá-lo, não é tão fácil assim. Requer experiência, principalmente quando se trata da aplicação das etapas do processo em pediatria, essas etapas são grandiosas, ao meu ponto de vista, pois nos favorece e deixa tudo muito bem documentado, algo que só o processo de enfermagem nos traz.”*

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

Já o subcorpus B, com componentes textuais inclusos no quadro 2, composto pelas classes 6, 1 e 2, apresenta duas subdivisões que, foram denominadas como subcategoria *Pediatria e as suas particularidades: aplicabilidade do instrumento a crianças de 0 a 5 anos*, representada pelas classes 6 e 1, contextualizando a importância da existência de um instrumento destinado às respectivas peculiaridades da criança; e a subcategoria *Informatização e as melhorias do cuidado: nuances assistenciais*, representada pela classe 2, que explicita o posicionamento dos enfermeiros diante do processo de informatização das ferramentas e o impacto no cotidiano assistencial. A classificação hierárquica descendente parou por aqui, pois as seis classes apresentaram estabilidade, ou seja, foram formadas por segmentos de texto com vocabulário semelhante entre si.

Quadro 2 – Discursos dos participantes enfermeiros em suas subcategorias e classes 6, 1 e 2, originadas na CHD.

SUBCATEGORIA 3: A pediatria e as suas particularidades: aplicabilidade do instrumento a crianças de 0 a 5 anos

Enfermeiros que fazem o uso do instrumento:

Enf1C1: *“Como eu já disse, o instrumento norteia o pensamento e, como a criança muda muito durante o seu crescimento, existem coisas que vão mudando também de acordo com a faixa etária. As coisas que são deles mesmo, como por exemplo, reflexos que são naturais da criança, não tem no instrumento dos maiores por que não é característico deles, além de outras coisas. Claro, só mencionei os reflexos por ser o exemplo mais presente.”*

Enf13C1: *“Tornar rotineira essa demanda estratificatória do instrumento é uma meta a ser cumprida por todo serviço de pediatria, tendo em vista que não devemos reduzir o paciente pediátrico a algo que não contempla suas diferenças.”*

Enf2C6: *“Cada idade terá uma coisa adequada para se avaliar, então para isso é interessante que os instrumentos assim também sejam, específicos para cada idade, faixa etária, faixa de desenvolvimento, buscando contribuir com o cuidado.”*

Enf4C6: *“Então acho mais específico e norteador quando se vai avaliar o paciente com algo voltado a sua idade e desenvolvimento. Foi bem fácil a adaptação a esse instrumento porque ele engloba todas as características da criança de 0 a 5 anos. Além de promover um registro seguro e de acordo com o exame clínico do enfermeiro. Eu gosto, particularmente.”*

Enf5C1: *“Sim, não só auxilia, como também é de fundamental importância para esse direcionamento de uma coleta mais qualificada, que padroniza o cuidado, voltada para a criança e sua idade específica em quesitos de desenvolvimento, crescimento, aspectos físicos, emocionais e sociais.”*

Enf9C1: *“Posso estar errada, mas é o que acho. Estratificar por idades características é a evidência que podemos individualizar o cuidado não acha? eu acho. Além de promover uma comunicação entre os plantonistas. Tá tudo ali no instrumento, registrado, é só olhar.”*

Enf7C6: *“Você não tem noção do quanto isso é trabalhoso, pois não tem como deixar informações não inclusas no*

sistema e, para isso, eles precisam incluir o que a ferramenta apresenta, tendo em vista a consolidação de dados e informações já estudadas nele, pesquisadas, concorda? Sem contar que a gente pode esquecer de alguma coisa do exame, do dado coletado. Enfim.”

Enf8C1: “Eu amo trabalhar aqui, mas vejo essa restrição do gerenciamento, então sim eu concordo em informatizar, mas quem vai estar por trás desse processo precisa saber do processo, se é que me entende.”

Enf 7C6: “Será que poderíamos estar ao lado durante esse processo de informatização? Acho que seria o mais prudente alguém que entendesse de sistematização da assistência de enfermagem, só assim não teríamos tantos erros no sistema, como é o caso dessa lacuna de preenchimento do histórico.”

Enf10C6: “Não adianta encher o sistema de coisas para você escrever sem ter o instrumento completo ou as informações necessárias que precisamos. Esse sistema mesmo traz um espaço em branco para você preencher o histórico. Que avanço foi esse? Um lugar com 3 ferramentas validadas?”

Enf3C6: “O instrumento é excelente para a criança de 0 a 5 anos. Traz informações para anamnese, onde ficam as informações necessárias ao exame clínico. Já o sistema, sei não. Por isso é importante repensar e pensar várias vezes com pessoas capacitadas em processo de enfermagem, senão é retrocesso em forma de informatização, pois avança em uma coisa e regride em outra.”

Enfermeiros que não fazem o uso do instrumento:

Enf16C6: Trabalho em outros lugares e vejo que já é uma realidade inclusive informatizada sim é comum mas a gente precisa melhorar muito os instrumentos que possuímos aqui ainda são arcaicos não apresentam um padrão para ser usado ou foram construídos através de pesquisas

Enf12C1: “Se eu tenho um público diferenciado eu também preciso diferenciar o meu cuidado, e isso só é capaz a partir da aplicação de instrumentos específicos para cada faixa etária e cada momento do desenvolvimento infantil. Padroniza o cuidado do enfermeiro, mas esse padrão é do cuidado, não incluir a criança em um padrão de ferramenta. Um instrumento para todos é generalizador de cuidado. Não deveria existir isso em pediatria.”

Enf19C6: “O diferencial da pediatria é esse, pois eles não são adultos em miniaturas, são crianças, seres humanos que necessitam de cuidados com estratégias diferenciadas. O instrumento faz parte disso, é como se fosse um mediador de cuidados, entende?”

Enf11C1: “Ele é bem completo, não vejo no momento sugestões para serem feitas. Quando estive aplicando junto com você percebi que existiam momentos que eu não sabia o que significava algumas palavras mas nada fora do comum. É muito proveitoso ter uma ferramenta, né? Eu acho prático, sei lá.”

Enf17C6: “Gosto muito, não vou mentir, eu acho que qualquer instrumento contribui, não só para 0 a 5 anos como te disse durante a aplicação junto com você. Ele é um instrumento muito bom, serviria para nossa população de crianças internadas, pois ele é fácil de aplicar e padroniza o que queremos falar no exame.”

Enf22C6: “Aqui a gente não tem pessoas empenhadas em melhorar isso aqui, infelizmente, mas se tiver uma nova ferramenta será um grande ganho para a clínica pediátrica.”

SUBCATEGORIA 4: Informatização e as melhorias do cuidado: nuances assistenciais.

Enf1C2: “Promove. Eu já passei em alguns hospitais que, a princípio, os instrumentos não eram informatizados e depois passaram a ser. Quando a gente tem um processo de informatização, como qualquer mudança, gera um estresse na equipe isso é natural. Mas quando todos se adaptam, tudo fica melhor inclusive para dados epidemiológicos. Aqui, falta isso, mesmo já existindo um sistema. Imagina ter tudo o que produzimos, através de pesquisas, dentro dos sistemas do hospital? É um avanço mesmo!!!”

Enf3C2: “Promove, pois é bem mais prático do que estarmos fazendo à mão, mas precisa ser completo, pois no sistema não tem tudo o que a gente precisa. Talvez se eles tivessem adaptado essa ficha, o nosso histórico informatizado, teria sido muito melhor do que pegar uma versão americanizada e trazer a nossa realidade. Acho que se enquadraria muito melhor se o nosso histórico fosse informatizado, seria muito melhor. Até fiz essa sugestão, mas por enquanto o que temos é um sistema que não tem diagnósticos específicos da criança, nem muito menos norteamento algum com instrumentos que fazíamos o uso antes da implantação.”

Enf5C2: “Promove, usar a informatização ao nosso favor é algo bom, porém precisamos ter o domínio da ferramenta e conseguir utilizá-la dentro do sistema, acho que isso é o ponto que a gestão deve prestar atenção. Nós não temos diagnóstico e o instrumento de histórico no sistema que são compatíveis com a nossa realidade, então informatizar é a saída, mas precisamos fazer isso de forma certa. Treinamento, inclusão das ferramentas no próprio sistema, além de os coordenadores entenderem que a gente precisa estar prontas para usar, preenchendo corretamente e com instrumentos adequados para as crianças.”

Enf11C2: “Seria perfeito, porque teríamos rapidez no momento do registro das informações e todas as informações ficariam disponíveis para todos os enfermeiros verem. Não que o prontuário já não faça isso, mas informatizado é algo

mais seguro e ágil. Só de não ter que registrar à mão tudo o que a gente precisa registrar, já me dá um alívio. Só lembrando que, toda vez que eu penso em ter que pegar inúmeros papéis para dar entrada no paciente, já bate um desânimo. Informatizar é o que todo serviço de qualidade busca, principalmente quando se trata de ferramentas específicas do nosso cuidado de enfermagem, nesse caso, o histórico de enfermagem.”

Enf16C2: “Informatizar ferramentas de trabalho e tornar estratégias que são usadas durante o nosso cuidado cotidiano informatizadas é a saída para tudo, pois promove melhorias evidentes no serviço. Imagina não ter que escrever tudo isso? Nem ter que estar lendo prontuário por prontuário? Ter um sistema que compila informações por pacientes é avanço! Você vai trazer isso? (risos).”

Enf17C2: “Dentro da nossa realidade, chegar a um ponto de informatizar uma ferramenta de enfermagem, acredito que avançaríamos muito, pois ajudaria nos registros de forma oportuna, acho que ajuda bastante. Agora isso é um processo, requer tempo, mas informatizar traria clareza nas informações e ajudaria todas nós enfermeiras a ter acesso único. É super válido e eu concordaria muito. Pensa que todos esses prontuários que temos, de todas as crianças, não precisar estarem aqui, tudo no sistema, as evoluções, os históricos e todos os instrumentos que usamos? Seria um grande avanço sim.”

Enf19C2: “A informatização chega para acrescentar, eu acredito. A gente encontra resistência de início, mas depois, tudo flui. Não tinha pensado nessa possibilidade ainda, pois requer insumos e muitas outras coisas que não dependem da gente.”

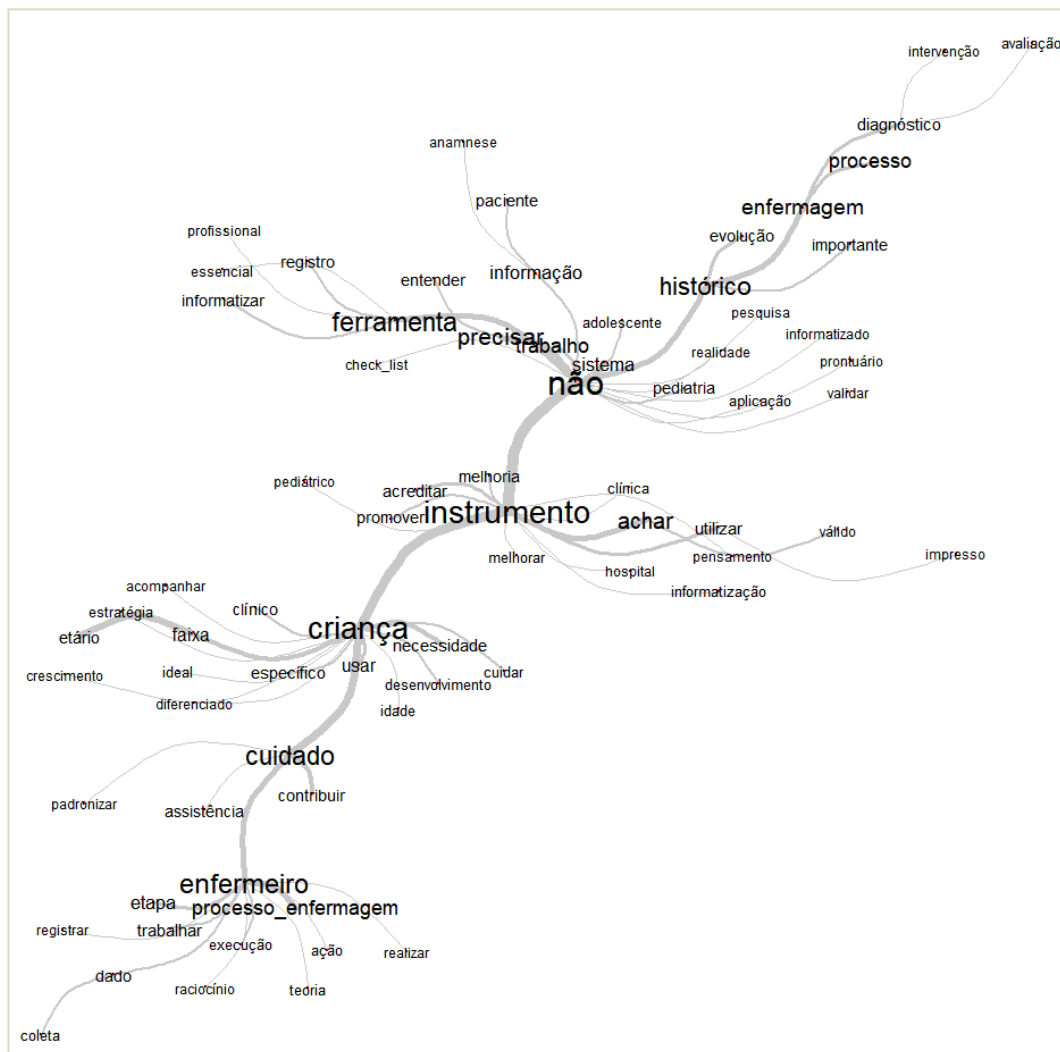
Enf13C2: “Informatizar o instrumento requer tempo e dedicação. Mas quando isso acontece, torna o nosso trabalho extremamente proveitoso, e eu sou super a favor. É claro que precisamos ser treinadas também se for um sistema específico, mas acredito sim que informatizar é a saída. Nada que uma boa jogada gerencial não resolva. Nós que estamos aqui, na ponta da assistência, agradeceríamos muito porque oportunizaria nosso trabalho, tornando tudo muito seguro e prático. Seria o ápice do negócio (risos).”

Enf20C2: “Sou suspeito em falar, pois trabalho com tecnologia da informação e digo a você que, tudo o que envolve o processo de informatização, traz ganho para trabalhos manuais, que é o que a enfermagem faz muito no dia a dia. Esse instrumento, por exemplo, poderia abrir um leque de oportunidades para o nosso trabalho, basta todos quererem e ele se torna uma ferramenta extremamente útil e precisa. A enfermagem tem muito potencial para crescimento, precisa ter consciência de classe e de que nossas ferramentas de trabalho são primordiais para o firmamento de nossas ações, tornando tudo isso essencial, ninguém fará o que faremos. Mas, estamos diante de um advento tecnológico que devemos acompanhar. Nós enfermeiros somos indispensáveis e trabalhamos diante de tantas condições adversas, mas com instrumentos que nos favoreçam e promovam melhorias em nosso processo de trabalho, tudo fluirá.”

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

No que diz respeito à análise de similitudes, ancora-se na teoria dos grafos, possibilitando a identificação das ocorrências entre as palavras e seu resultado nas indicações da conexidade entre elas, auxiliando na identificação da estrutura representada.⁹ A partir da representação gráfica da Figura 2, observa-se que ocorreu uma disposição em leque semântico de palavras, dispostas no eixo mais denso em decorrência da maior co-ocorrência relacional entre elas, ou seja, devido a maior frequência os efeitos correlacionais surgiram, agrupando-as em nichos semânticos que, similarmente, encontram-se apresentadas nas respectivas classes descritas no dendrograma da CHD. São elas: enfermeiro, processo de enfermagem, cuidado, criança, instrumento, não, sistema, trabalho, precisar, ferramenta, histórico, enfermagem, processo.

Figura 2 – Análise de similitude entre as palavras dos enfermeiros entrevistados acerca da aplicação do instrumento a crianças de 0 a 5 anos.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Após análise genérica da árvore de similitudes, pode-se considerar por meio das conexões que, assim como evidenciado na classe 3 (subcategoria 2), houve uma expressiva demonstração acerca da definição do “**processo de enfermagem enquanto forma de trabalho do enfermeiro**”, desenvolvido por etapas inter-relacionadas que demandam um saber e pensar crítico acerca do trabalho do profissional e, respectivamente, do cuidar. Tal fato corrobora com o aparecimento do vocábulo Processo de Enfermagem 27 vezes no corpus da transcrição.

Na evidência das classes 6 e 1 (subcategoria 3), explicitou-se o entendimento analisado a partir do léxico “o **instrumento** promove melhoria no **cuidado** específico da **criança** e de suas **necessidades**”, deixando clara a correlação com os discursos voltados à eficácia quanto ao uso de um instrumento específico e direcionado às faixas etárias pediátricas, tendo em vista o atendimento das

peculiaridades da criança inserida no cuidado sistematizado do enfermeiro.

Quanto à apresentação da evidência trabalhada na classe 2 (subcategoria 4), elenca-se informações ligadas à semântica do trecho “**não possui uma ferramenta de trabalho inserida em um sistema, informatizado, algo que seria necessário para o enfermeiro precisar todo tipo de ação de cuidado, oportunizando-o**”, tendo em vista que parte da amostra dos enfermeiros entrevistados não utilizam a ferramenta trabalhada no estudo para executar sua coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos, expondo assim nas entrelinhas de suas falas a real necessidade da existência de uma, bem como de sua informatização como melhoria para a progressão do cuidar e assistência direta à criança.

Na parte ascendente do ramo, verificou-se que o “**o histórico de enfermagem está incluso no processo enfermagem como uma das suas etapas**”, algo evidenciado nas classes 4 e 5 (subcategoria 1) por meio dos discursos que mostram o conhecimento dos enfermeiros acerca do conceito de Processo de Enfermagem, enquanto ferramenta assistencial dos enfermeiros, que possui etapas que se inter-relacionam e direcionam o fluxo das ações de cuidado, desde as informações clínicas coletadas no histórico, o julgamento dos diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações, sua implementação e avaliação posterior.

DISCUSSÃO

Subcorpus A- Subcategoria: Histórico de Enfermagem e o instrumento para coleta de dados pediátricos: ferramenta norteadora

Diante da análise das classes 5 e 4, houve a compreensão conjunta sobre a importância da realização da primeira etapa do Processo de Enfermagem enquanto preditora das demais, assim como descrito na literatura, norteadora pela utilização de um instrumento que promove a segurança da informação, compila dados, bem como não permite ao enfermeiro esquecer informações inerentes ao estado de saúde da criança atendida durante a internação, no momento do preenchimento.

Os instrumentos desempenham um papel crucial no desenvolvimento e aprimoramento do Processo de Enfermagem, uma vez que fornecem estrutura, direção e suporte para os profissionais de enfermagem. Em relação ao Histórico de Enfermagem, essa ferramenta, auxilia os enfermeiros durante a coleta de dados, a levantar os problemas apresentados a partir da anamnese e exame físico pediátrico e, com isso, a elaboração de plano de cuidados com condutas coerentes que serão implementadas e, posteriormente, avaliadas.¹⁰

A utilização de instrumentos específicos para uma determinada população oferece benefícios significativos para a prática assistencial, pois promove uma abordagem mais padronizada, precisa e eficiente e, isso contribui para a elaboração de intervenções adequadas, encaminhamentos necessários

e cuidados centrados nas necessidades biopsicossociais do paciente.¹¹

Os instrumentos desempenham um papel vital no Processo de Enfermagem, pois se preenchidos de forma correta conduzirão a cuidados eficientes e eficazes. Além disso, os instrumentos também oportunizam o monitoramento da progressão do paciente, haja vista que registram, de forma contínua, aspectos fisiopatológicos, clínicos e terapêuticos do cuidado categorizado e organizado sistematicamente. Com o uso adequado desses instrumentos, os enfermeiros podem fornecer cuidados de qualidade, baseados em evidências, e promover melhores resultados de saúde para os pacientes.¹²

Subcorpus A – Subcategoria: Processo de enfermagem e as suas ferramentas de execução

Diante da análise da classe 3, que retrata o Processo de Enfermagem, relativo à realidade assistencial vivenciada no cotidiano do cuidado pediátrico pelos enfermeiros, verificou-se que há uma compreensão assertiva sobre o Processo de Enfermagem enquanto ferramenta majoritária e fundamental para o cuidado.

Processo de Enfermagem é uma abordagem sistemática utilizada pelo Enfermeiro para fornecer cuidados de saúde de qualidade aos pacientes. É uma estrutura organizada que permite aos enfermeiros identificar, planejar, implementar e avaliar as necessidades de saúde individuais de cada paciente.¹³

O Processo de Enfermagem é composto por cinco etapas, inter-relacionadas, preconizadas pela Resolução COFEN nº 736/2024. É caracterizado por ser contínuo e dinâmico, tendo em vista que envolve intervenções ligadas a cuidados especificamente planejados, direcionados a seres humanos com necessidades de saúde alteradas, e permite que os enfermeiros monitorem o progresso do paciente, identifiquem problemas atuais e já solucionados, bem como realizem alterações no plano de cuidados conforme necessário. É uma abordagem abrangente que contempla o cuidado integral do paciente, levando em consideração aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais.¹⁴

Correlacionadas, as etapas do PE garantem um cuidado contínuo e sequencial. O PE é dividido em cinco fases: Coleta de Dados (ou Avaliação), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Evolução (conhecidas como as cinco fases do Processo de Enfermagem). Na etapa de avaliação, os enfermeiros reúnem informações relevantes sobre o paciente, incluindo histórico médico, queixas atuais, sinais vitais e dados físicos. Isso pode envolver entrevistas com o paciente, guiadas por instrumentos validados, familiares ou outros profissionais de saúde.¹³

Com base nas informações coletadas, os enfermeiros formulam diagnósticos de enfermagem, etapa subsequente. Esses diagnósticos são declarações, julgamentos clínicos que descrevem as respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais, guiados.^{13,14}

No planejamento, os enfermeiros estabelecem metas e objetivos para o paciente. Eles

desenvolvem um plano de cuidados que inclui intervenções específicas para atingir esses objetivos. Consideram-se também os recursos disponíveis e a participação do paciente no seu próprio plano de cuidados. Na implementação, o enfermeiro executa o plano de cuidados estabelecido. Isso envolve a aplicação das intervenções planejadas, como execução de procedimentos ou fornecimento de informações técnicas ao paciente.^{13,14}

Por fim, a evolução dos resultados, etapa inerente às intervenções, onde são avaliadas quanto à eficácia em atingir os objetivos estabelecidos e o percurso de alcance das metas estabelecidas. Se necessário, o plano de cuidados é ajustado. Essa fase é contínua e ocorre ao longo do tempo, garantindo uma abordagem dinâmica e adaptativa, fato que justifica a nomenclatura atual denominada evolução.^{13,14}

Subcorpus B – Subcategoria: A pediatria e as suas particularidades: aplicabilidade do instrumento a crianças de 0 a 5 anos

Diante do processo de análise das classes 6 e 1, conforme os discursos, o instrumento construído e validado, contemplando as faixas etárias pediátricas, facilita o cuidado em diversos aspectos, pois amplia o olhar do enfermeiro no atendimento da criança e oportuniza o preenchimento. Além disso, não deixa informações voltadas à condição da criança sem serem contempladas e contribui diretamente com a melhoria da execução das etapas do Processo de Enfermagem, respeitando o desenvolvimento da criança em todos os aspectos neurocognitivos e psicossociais. Evidenciou-se também que assegura o enfermeiro de problemas futuros, uma vez que o registro das informações relativas à anamnese e ao exame físico é seguro, pois é informatizado.

Dentre os pesquisados, um grupo de participantes já possuía a ferramenta disponível para uso no cuidado às crianças com faixa etária de 0 a 5 anos e demais idades, conforme etapas do crescimento e de desenvolvimento infantil. O outro grupo possuía instrumento de Histórico de Enfermagem, porém construído em formato único, destinado a todas as idades.

A percepção dos enfermeiros versou conforme suas realidades e suas experiências quanto à aplicação do instrumento. Os que faziam o uso do instrumento afirmaram que o instrumento contribui para padronização do cuidado, tornando as ações de enfermagem consonantes entre o grupo de enfermeiros assistenciais, de forma a aprimorar o trabalho e o cuidado. No entanto, evidenciou-se que, o sistema operacional utilizado como padrão para o trabalho desse grupo possuía uma lacuna, pois não disponibilizava o instrumento informatizado, para preenchimento. Isso torna explícita a importância e a contribuição do instrumento, independente de ser informatizado, para a efetivação do cuidado, pois norteia-o na sua integralidade. A informatização do instrumento não pode ser condição para sua aplicabilidade, embora, de fato, auxiliaria o processo de trabalho.

Quanto ao grupo que não faz o uso do instrumento cotidianamente, explicitam em suas falas sobre o quão proveitoso seria a existência de uma ferramenta para o uso diário, direcionada às faixas etárias. Mesmo já utilizando um instrumento específico para Histórico de Enfermagem, os enfermeiros explicam que o uso de um instrumento padronizado, sem estar adaptado às etapas de crescimento e de desenvolvimento pediátrico, torna o cuidado generalizador, dispensando as especificidades da criança. Logo após aplicarem a ferramenta direcionada às crianças de 0 a 5 anos, expõem o quanto a experiência foi positiva, uma vez que os cuidados planejados e direcionados às crianças que se encontravam na clínica pediátrica, supriu as necessidades humanas básicas detectadas no levantamento de dados específicos, o que descartou a necessidade de complementar informações manuais na ferramenta que já deveria vir completa.

A aplicabilidade de um instrumento diante do cuidado pediátrico é essencial para que as ações de enfermagem se tornem concretas, subsidiadas cientificamente e efetivas. No cuidado pediátrico, cada criança é única, e os enfermeiros devem abordar cada caso individualmente, levando em conta as características e as necessidades específicas da criança e sua família, considerando o contexto de hospitalização conjunta (binômio criança-acompanhante).¹⁵

As diferenças em termos de desenvolvimento, comunicação, emoções e interações sociais estruturam um modelo assistencial diferenciado, desafiador para quem cuida, pois requer a desenvoltura de habilidades essenciais, além de conhecimentos científicos e sensibilidade no cuidar, uma vez que são vencidas durante a execução laboral do enfermeiro pediátrico.^{16,17}

Sendo assim, possuir uma ferramenta adequada ao recém-nascido, lactente, pré-escolar, escolar e adolescentes é imperativo para o planejamento do cuidado. Vale mencionar que o modelo a ser seguido deve demonstrar contribuição assertiva no cumprimento do Processo de Enfermagem, respeitando todo o arcabouço teórico que sustenta a prática da enfermagem pediátrica direcionada à criança em suas etapas de vida, seus aspectos biológicos que estão alterados por um quadro de doença, bem como as nuances do desenvolvimento infantil.^{18,19}

Trabalhar com ferramentas específicas que sigam as diretrizes clínicas pediátricas e as políticas institucionais é garantir uma prática de enfermagem segura e efetiva e ampliar a práxis do enfermeiro mais atual e constantemente transformadora.²⁰

Uma ferramenta adaptada ao público infantil é aquela que é, detalhadamente, pensada perante as necessidades e construída conforme julgamentos clínicos das necessidades pediátricas, diminuindo assim os espaços para erros, falhas clínicas no preenchimento de informações da criança ou acréscimos devido à falta de adequação das informações abordadas.¹⁹

O processo validatório, por exemplo, é algo que corrobora com o discurso dos entrevistados, pois minimiza os vieses de preenchimento, e evita lacunas de características biopsicossociais do exame

da criança que devem estar inclusas no instrumento, tornando, assim, uma ferramenta completa, adequada e aplicável ao público pediátrico.²¹

Subcorpus B- Subcategoria: Informatização e as melhorias do cuidado: nuances assistenciais

A partir da análise da classe 2, infere-se que, usando ou não o instrumento, os enfermeiros dos dois grupos de participantes atribuíram que haveria melhorias significativas em caso de informatização do instrumento. Alguns pontos foram considerados mais evidentes quando mencionada a informatização de ferramentas para o cuidado como estratégia de progressão e atualização do cuidado, como por exemplo, oportunizar o preenchimento, tornar disponível aos enfermeiros que compõem à equipe as informações já preenchidas previamente durante a assistência, culminando em melhorias na qualidade e segurança da informação registrada durante o processo de enfermagem.

Um estudo desenvolvido com profissionais de enfermagem, em um hospital do Estado do Paraná, mostrou que a informatização de instrumentos utilizados dentro do cuidado de enfermagem promove vantagens para a equipe e, conseqüentemente, para o paciente.²²

A redução de erros, a exemplo, torna-se algo visivelmente explícito quando temos a tecnologia inserida no cotidiano laborativo dos enfermeiros, além do aumento da eficiência, melhoria da comunicação com os profissionais da equipe multiprofissional e a padronização dos processos de cuidado.^{23,24}

As melhorias com a otimização das atividades, a partir do uso de um instrumento informatizado, é evidente, pois promove maior praticidade no preenchimento, redução do tempo de uso da própria ferramenta pelo enfermeiro, além da precisão e qualidade do cuidado aumentadas durante a prática clínica.^{25,26}

Além disso, a equipe da gerência foi mencionada como partícipe da concretização do processo, enquanto mediadora, facilitadora e até mesmo capacitadora, pois o processo de informatização das ferramentas requer tempo, qualificação e implantação de mecanismos estruturais, tecnológicos e operacionais dentro do serviço, que estão diretamente fora do alcance dos enfermeiros assistenciais.

Pesquisa desenvolvida com enfermeiras residentes em um hospital escola mostrou que a implementação dessas tecnologias requereu treinamento adequado dos profissionais para que houvesse sucesso no transcurso do trabalho.^{27,28} Com relação ao paciente pediátrico, um sistema que comporta dados informatizados promove manutenção da privacidade e segurança das informações, conforme as regulamentações e políticas de proteção de dados, o que tornou os aspectos da informação clínica e do estado de saúde da criança protegidos.^{29,28,30}

CONCLUSÃO

Verificou-se que ao implementar e utilizar ferramentas de maneira eficaz, o enfermeiro é capaz de transformar a qualidade do atendimento, aproximando-se do conceito de cuidado qualificado a partir de instrumentos válidos, e, que são capazes de nortear, sumarizar e aproximar o profissional do paciente que demanda cuidados específicos, no caso, crianças hospitalizadas.

No entanto, é fundamental garantir que a introdução dessas tecnologias seja acompanhada por treinamento adequado, respeitando os princípios éticos do Processo de Enfermagem com vistas a garantir seu uso responsável e seguro. Um dos desafios da implementação de instrumentos informatizados relaciona-se à anuência da gestão que, por sua vez, terá que traçar metas exequíveis para a capacitação, implementação, e fiscalização dessas ferramentas na equipe de enfermagem pediátrica.

O estudo apresentou como limitações recusas de alguns enfermeiros que compuseram a amostra, não totalizando o quantitativo populacional de enfermeiros previsto para o estudo, além da dificuldade em acompanhar o processo de coleta de dados pelos profissionais não aplicantes do instrumento em sua rotina laborativa, tendo em vista a pausa em suas atividades rotineiras para execução das etapas do protocolo de pesquisa.

Ademais, vale ressaltar que o objetivo foi alcançado e a pesquisa em tela contribui potencialmente com a Ciência da Enfermagem, tendo em vista a grande necessidade de esclarecimentos dos próprios enfermeiros assistenciais sobre o uso das tecnologias que albergam os cuidados inerentes ao Processo de Enfermagem, fato este que transcende os limites acadêmicos e aproxima a ciência e da práxis da enfermagem clínica e pediátrica, consolidada junto ao paciente e ao enfermeiro que cuida diretamente dele.

REFERÊNCIAS

1. Toniolo RMM, Peres AM, Montezeli JH. Aproximações entre sistematização da assistência de enfermagem, complexidade e ontologia na prática profissional do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.** 43(1), 2022.
2. Lima JJ, Miranda KCL, Cestari VRF, Pessoa VLMP. Art in evidence-based nursing practice from the perspective of Florence Nightingale. **Rev Bras Enferm.** 75(4), 2022.
3. Silva, GF. Ficcionalidade das narrativas parentais e a ética do cuidar em pediatria. **Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar.** V.25(1), 69–83, 2022.
4. Moritz AC, Carvalho M, Matos FGOA, Machineski GG, Kassim MJN. Reflexões acerca da

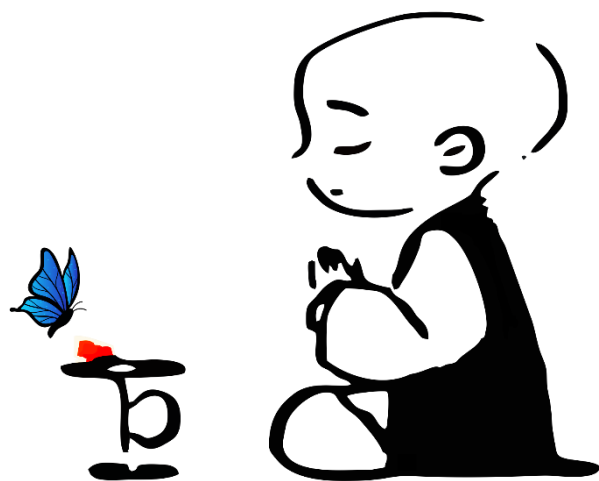
instrumentalização do trabalho de enfermagem por meio dos protocolos de padronização do cuidado. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 23(4), e12426, 2023.

5. Alencar IGM, Nunes VS, Alves AS, Lima SLR, Melo GKM, Santos MAF. Implementação e implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**. 12(4):1174–8, 2018.
6. Hernandez DEB, Neris MO. Lo ontológico del cuidar de si y de otros de manera transcultural: The ontological of caring for yourself and others in a cross-cultural way. **Revista Conectividad**. v.4(1): 95-109, 2022.
7. Souza MA, Wall ML, Thuler AC, Lowen IM, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev Esc Enferm USP**. v.52:e03353, 2018.
8. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
9. Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. **Actes des 11^{ème} Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**. JADT: Liège, p. 687-699. 2012.
10. Correa AMG, Tavares DS, Parada CMGL, Pereira AD, Mancia JR, Backes DS. Validating a Nursing Assessment instrument in a Pediatric Intensive Care Unit. **Rev Bras Enferm**. 73(Suppl 4):e20190425, 2020.
11. Santos GL, Santana RF, Sousa AR, Valadares GV. Sistematização da assistência de enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes. **Enferm Foco**. 12(1):168-73, 2021.
12. Teixeira AKS, Silva LF, Silva ANC. Validation of the content of an instrument for nursing consultation for people with venous ulcer. **Estima**. 20(20), 2022.
13. Ribeiro WA, Santos LCA, Dias LLC, Freire MJLL, Cirino HP, Castro K, Ribeiro MS, Morais MC. Repercussões e perspectivas da equipe de enfermagem frente ao processo de cuidados paliativos do paciente oncológico. **E-Acadêmica**. 3(2), e8132246, 2022.
14. Barros ALBL, Lucena AF, Morais SCR, Brandão MAG, Almeida MA, Cubas MR. Nursing Process in the Brazilian context: reflection on its concept and legislation. **Rev Bras Enferm**. 75(6):e20210898, 2022.
15. Acioly PGM, Paiva ED, Reis AY, Gomes TO, Silva LR, Silva LF. Development and validation of an instrument for nursing consultation with pediatric patients in the preoperative period. **Rev Esc Enferm USP**. 56:e20210467, 2022.
16. Sampaio J. DP, Parente AT, Souza HSL, Valentim CYUPA, Santos FER, Palheta MG, Dias ACC, Portilho DC, Conceição MN, Parente AN. Residentes de enfermagem em uma unidade de internação pediátrica: relato de experiência do processo de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 13(7), e7892, 2021.
17. Passos LAG, Santos TL, Alencar BT, Dantas DAL, Silva AA; Oliveira CS. Processo de enfermagem aplicado na assistência à criança hospitalizada. **Revista Baiana de Saúde Pública**.

v. 47, n. 1, p. 244-257; 2023.

18. Azevedo GM, Santos FS, Costa ACP de J, Santos RM de MS, Pascoal LM, Neto MS. Conocimiento del equipo de enfermería sobre los instrumentos de evaluación del dolor pediátrico. **Enferm. Actual Costa Rica**. 1(45), 2023.
19. Nogueira DMC, Rouberte ESC, Leal FKF, Chaves CS, Moura ADA, Pinto LMB. Consultas de puericultura: avaliação de instrumento para sistematização da assistência de enfermagem. **Brazilian Journal of Development**. 6(5), 32619–32631, 2020.
20. Faruch SB, Alves DC, Santos A, Matos FG, Lahm JV. Avaliação da implementação do processo de enfermagem em um hospital universitário. **Enferm Foco**. 12(5):964-9, 2021.
21. Sousa CS, Ramos JVM, de Andrade JS, Santos YMO, Carvalho TA. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Enferm. Atual In Derme**. 95(34): e-021072, 2021.
22. Simões ATCP, Matsuda LM, Guerra RC, Campos JLO, Freitas HLG, Silva SM. Informatização no trabalho: perspectivas da equipe de enfermagem hospitalar. **Revista Científica de Enfermagem**. v. 10, n. 32, p. 144–153, 2020.
23. Amaral CS, Azevedo S, Caldas WL, Souza EM. Evaluation of the electronic record of nursing diagnoses and interventions in a computerized system. **Rev. Enferm. UFSM**. v.11 e: 1-16, 2021.
24. Toso BR, Vieira CS, Furtado MC, Bonati PC. Nursing actions in childcare in primary care during the COVID-19 pandemic. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. 20(Spe):6-15, 2020.
25. Barreto MS, Prado E, Lucena ACRM, Rissardo LK, Furlan MCR, Marcon SS. Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. **Esc Anna Nery**. 24(4): 2020.
26. Pereira RB, Coelho MA, Bachion MM. Tecnologias de informação e registro do processo de enfermagem: estudo de caso em UTI neonatal. **Rev Eletr Enferm**. 18:e1138, 2016.
27. Dias ACC, Teixeira LIB, Souza HSL, Aben-Athar CYUP, Palheta MG, Conceição MN, Portilho DC, Dias ACC, Carvalho MLN. Relato de experiência na construção de um instrumento de apoio a consulta de enfermagem para portadores de doenças raras em um hospital universitário. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 15(4), e10039, 2022.
28. Teixeira SB, Rolim ASS, Santos MEN, Correia LFC, Bezerra GD, Pinheiro WR. O uso de novas tecnologias no trabalho do enfermeiro. **Revista Remecs**. 66(1), 2021.
29. Pinheiro AB, Almeida FÉR, Nascimento KP, Ferreira PJO. Registro da assistência de enfermagem: visão dos gestores de enfermagem de duas unidades hospitalares do sertão central cearense. **EEDIC Online**. 255, 2019.
30. Rodrigues RR, Gaspar FM. A importância da sae para enfermeiros como ferramenta de cuidado na unidade pediátrica. **Rev Lusiana**. 22(3), 2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



O estudo permitiu identificar a importância da utilização de um instrumento que transpassa o processo metodológico para se tornar uma ferramenta útil à assistência do enfermeiro durante seu cuidado, respeitando as minuciosidades que são inerentes a cada paciente, nesse caso, pediátrico, que se encontra hospitalizado.

Possuir atributos válidos e construtivos, sólidos internamente e capazes de elevar a qualidade da assistência, são preditos que estão presentes nas entrelinhas do estudo, delineados pelo rigor e primor do construto da ferramenta para histórico de enfermagem destinado às crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas. Conferir condição de implantação do processo de enfermagem, demonstrar validade quanto ao conteúdo, clínica, variáveis acuradas e, por fim, ser capaz de mensurar, estratificar o risco e delinear o perfil clínico pediátrico de crianças que se encontram em processo de admissão em clínica pediátrica, faz do estudo evidentemente necessário à categoria de profissionais enfermeiros que lidam com o processo de enfermagem em suas práticas assistenciais laborativas.

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 evidenciam a importância do instrumento para o delineamento do perfil, tendo em vista que o conhecimento clínico, necessário para o enfermeiro tomar decisões, parte do princípio estabelecido na primeira etapa do processo de enfermagem, tomando por base a gnósis do cuidado, a coleta das informações, a transformação delas em significados que predizem ações que transformarão o padrão de saúde da criança que necessita ser hospitalizada.

Possuir uma ferramenta que estratifica o risco a partir de variáveis utilizadas no cotidiano pediátrico é definidor de qualidade assistencial, oportuniza ações e reduz morbimortalidade associada à ausência de prioridades de cuidados por parte da equipe de enfermagem. Um instrumento de delineamento de risco clínico permite uma avaliação abrangente e precisa dessas necessidades, garantindo que o plano de cuidados seja adequado às situações individuais de cada criança.

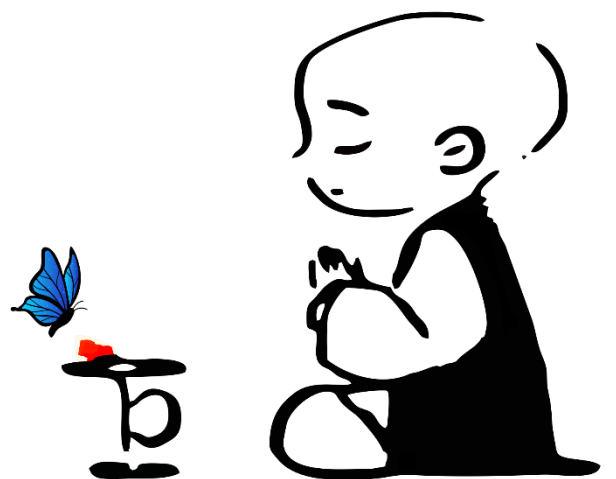
A presente pesquisa mostra a importância da utilização de um instrumento prático, simples para o levantamento de dados clínicos a partir das informações elencadas pelo enfermeiro durante seu processo de cuidar. Este, que se mostrou acurado, capaz de estratificar o risco clínico da criança e, além disso, ofertar métodos de análise do perfil pediátrico avaliado pelo enfermeiro durante o processo de admissão, configura-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.

Prospectivamente, o estudo contribuiu com a metódica construção de uma ferramenta que poderá ter seu constructo informatizado, tornando assim um padrão de informação segura, ágil, delineadora de risco clínico e preditora de escores de risco válidos às crianças avaliadas, promovendo a 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.

Das dificuldades encontradas, a não aplicabilidade informatizada, além do padrão de uso de instrumentos por estratificação etária, 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 que, com o objeto da tese alcançado, pretende-se disseminar a ferramenta aos serviços trabalhados no escopo, visando o alcance da qualidade do cuidado e aprimoramento e segurança do registro durante o processo de enfermagem.

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. A ciência é dinâmica e, o processo validatório-metodológico, não se limita e nem se exaure.

REFERÊNCIAS

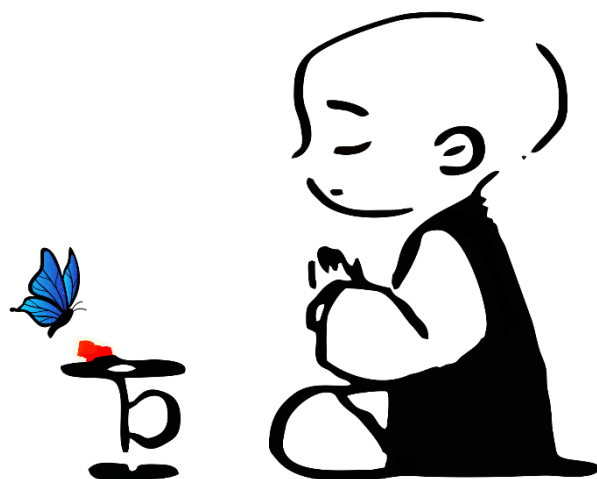


1. Padilha MI, Borestein M, Santos I. **Enfermagem: história de uma profissão**. Ed.Difusão, SP. 2011.
2. Berlofi LM, Sanna MC. Produção científica sobre a enfermagem brasileira na II guerra mundial: um estudo bibliométrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 3, n. 1, p. 17-24, 2013.
3. Oguisso T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 3. Ed. Barueri, SP: Manole, 2014.
4. Dias J, David HMSL, Vargens OMC. Ciência, enfermagem e pensamento crítico –reflexões epistemológicas. **Rev Enferm UFPE**. 10(Supl. 4):3669-75, 2016.
5. Santo FHE, Porto IS. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 3, p. 539-46, 2006.
6. Nightingale F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo (SP): Cortez, 1989.
7. Dias LP, Dias MP. Florence Nightingale e a História da Enfermagem. **Hist Enferm Rev Eletrônica**. 10(2):47-63 2019.
8. Santos AG. The nursing care analyzed according the essence of the care of Martin Heidegger. **Revista Cubana de Enfermería**, n.33, v. 3, p. 33-42, 2017.
9. Mcwen M, Wills EM. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
10. Bellaguarda MLR, Padilha MI, Pereira NAF, 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**. 17(2):369 – 374, 2013.
11. Donoso MTV, Donoso MDV. O cuidado e a enfermagem em um contexto histórico. **Revista De Enfermagem Da UFJF**. 2(1), 2017.
12. Sousa NDL, Abreu LDP, Araújo ESS, Torres RAM, Freitas MC, Guedes MVC. Enfermagem e ciência: uma reflexão sobre a sua consolidação. **Rev Enferm UFPE on line**. Recife, 13(3):839-43, 2019.
13. 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**. 28(Supl. 1), 2017.
14. Schmitz E L. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n (esp), p. 684-99, 2016.
15. Kruse MHL. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Rev. Bras. Enfermagem**.. 59 (spe), 2006.
16. Garcia TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc. Anna Nery**. 20(1): 5-10, 2016.
17. Tannure MC, Pinheiro AM. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015.

18. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 736/2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem e dá outras providências. In: **Conselho Federal de Enfermagem**. Brasília, 2024.
19. Santos ECS, Lourenço AKR, Nascimento TA, Barbosa LKB, Barros ENL, Silva JM, Azevedo RR, Silva RA. A participação do enfermeiro na condução das políticas públicas em saúde: perspectiva x realidade. **Brazilian Journal of Health Review**. v.4, n.1, 2021.
20. Sobrinho AB, Vasconcelos AKA, Salgueiro CDBL. O Cuidado integral como uma missão da Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Mult. Psic.** (12) 42, Supl. 1, 2018.
21. 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.** 12(40):123-34, 2018.
22. Ferreira TMC, Lima CLJ, Ferreira JDL, Azevedo L.R, Silva K.L, Costa MML. Validation of instruments for care in pediatrics: an integrative study. **Enfermería Global**. 16(6):625-9, 2019.
23. Silva FDV, Andrade PC, Perez JST, Pires EF, Gallasch CH. Conhecimentos e práticas de enfermagem na prevenção e cuidado às lesões por pressão. **Revista De Enfermagem Da UFSM**, 9, e4, 2019.
24. Horta WA. **Processo de enfermagem**. São Paulo. EPU: 2011.
25. 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.
26. 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**. 20(3): 534-40, 2011.
27. Ubaldo I, Matos E, Salum NC. Diagnósticos de enfermagem da nanda-i com base nos problemas segundo teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enfermagem**. 20(4): 687-694, 2015.
28. Oliveira CS, Borges MC. Social representations of systematization of nursing care in the perspective of nurses who take care of children. **Rev Gaúcha Enferm**. 38(3):e 66840, 2017.
29. Carvalho EC, Oliveira KARS, Moraes SCR. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Rev. Bras. Enferm**. 70 (3), 2017.
30. Moraes SCR, Nóbrega MML, Carvalho EC. Cross-mapping of results and Nursing Interventions: contribution to the practice. **Rev Bras Enferm** 71(4):1883-90, 2018.
31. Silva IAS, Fernandes JD, Paiva MS, Silva FR, Silva LS. O ensino do processo de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12 (9):2470-8, set., 2018.
32. Sousa AR, Santos GLA, Silva RS, Souza E. Reflexões sobre o processo de enfermagem no trabalho de enfermeiras frente à pandemia da covid-19. **Rev. Enferm. Foco**. 11 (1) Especial: 62-67, 2020.
33. Leite TMC, Vergílio MSTG, Silva EM. Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. **Rev Rene**. 18(1):26-34, 2017.

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**. 8(2): 263-275, 2018.
35. Santos GC, Reis SM, Silva AS, Resck ZMR, Sanches RS. O processo de trabalho em enfermagem no cuidado infantil: da atenção primária ao pronto atendimento. **J Manag Prim Health Care**.13:e016, 2021.
36. Góes FGB, Silva ACSS, Santos AST, Pereira-ávila FMV, Silva LJ, Silva LF, Goulart MCL. Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 28:e3367, 2020.
37. Loureiro FM, Antunes AVRA, Charepe ZB. Theoretical nursing conceptions in hospitalized child care: scoping review. **Rev Bras Enferm**. 74(3):e20200265, 2021.
38. Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.
39. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
40. Creswell JW, Clark VLP. **Pesquisa de métodos mistos**. Tradução de Magda França Lopes. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.
41. Rouquayrol MZ, Gurgel M. **Epidemiologia e saúde**. 8. Ed. Científica, 2017.
42. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987.
43. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiquiatr Clín**. 25(5):206-13, 1998.
44. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev Esc Enferm USP**. 52:e03353, 2018.
45. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

ANEXOS E APÊNDICES



ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – VALIDADO E ESTRATIFICADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – CRIANÇA 0 – 5 ANOS

--

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** Bradpneia **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** hipertonía **1** hipotonia Localização: _____

Deformidade da coluna: **2** Cifose **2** Lordose **3** 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** Míase **1** Seborreia **1** Alopecia **2** Lesões: _____

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condições da pele: **2** Nódulo **3** Tumor **1** Bolha **2** Pústula **1** Equimose **2** Hematoma **2** Petéquias **1** Eritema **3** Erisipela **3** Celulite **2** Hemangioma

Localização: _____ Outras Lesões: _____ Localização: _____

Coloração da pele: **1** Hipocorada **0** Normocorada **1** Hiperemiada **2** Ictérica **1** Pálida

Condições da Mucosa: **0** Úmida **1** Ressecada **2** Placas **2** Fissuras Coloração da mucosa: _____ Outras lesões: _____

3 Hipotérmica **0** Normotérmica **3** Hipertérmica **2** Tremores **2** Calafrios **1** Sudorese

Nível de consciência: **0** Ativo/Reativo **2** Hipoativo **0** Consciente **3** Inconsciente **0** Orientada **2** Desorientada

Crises convulsivas: **2** Sim **0** Não Quantos episódios? _____ Tipo de convulsão? _____

Necessidade de Regulação Imunológica

Alergias: **1** Sim **0** Não A quê? _____

Doenças no sistema imunológico: **1** Sim **0** Não Qual(is)? _____

Necessidade de Regulação do Crescimento Celular / Locomoção

Desenvolvimento motor: 0 Apóia o corpo com as braços 0 Senta 0 Arrasta-se 0 Engatinha 0 Fica de pé com apoio

CD compatível com a faixa etária: **0** Totalmente para a idade **1** Parcialmente para a idade **2** Não Qual(is)?

Exame cardiovascular: _____

Acesso venoso (tipo): _____ Localização: _____

Edema: **0** Ausente **1** Presente Localização _____ Sinal de Goedet: _____

Necessidade de Percepção

0 Capacidade de focalizar objetos a pequena distância **1** Estrabismo Olhos: **0** Simétricos **1** Assimétricos

Condição da audição: **0** Gira a cabeça em direção aos sons **1** Muco no canal auditivo **2** Cerúmen no canal

Condição da gustação:

Sensibilidade à dor: **3** Comportamento não verbal de dor **1** Verbalização de dor **2** Sensação tátil comprometida **0** Não

Sentimentos e Comportamentos: **3** Ansiedade **2** Apatia **3** Depressão **2** Agressividade **1** Irritabilidade ☐ Insegurança ☐ Medo

Y Verbalização de figuras imaginárias ☐ Expressão de sentimento por outras pessoas ☐ Verbaliza falta de familiares ☐ Evita familiares

☐ Agarra-se ao acompanhante na presença de outras pessoas ☐ Dor sem causa aparente

Distúrbio da fala: ☐ Mutismo ☐ Afasia Compreende comandos: ☐ Verbais ☐ Não verbais Linguagem da criança: ☐ Verbal ☐ Não verbal

Participa das atividades de recreação: **0** Sim **1** Não Motivo:

4. IMPRESSOES DA ENFERMEIRA:

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

*Instrumento criado e validado por Silva KL (2004) e validado quanto ao conteúdo e clinicamente por Ferreira TMC (2019).

ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – SEM VALORES DE ESTRATIFICAÇÃO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – CRIANÇA 0 – 5 ANOS



**HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**
LAURO WANDERLEY-UFPB

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: ☐ Bradipneia ☐ Eupneica ☐ Dispneia ☐ Taquipneia ☐ Batimento de asa do nariz ☐ Tiragem intercostal

Tosse: ☐ Seca ☐ Cheia com expectoração ☐ Cheia sem expectoração Característica das secreções: _____

Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____

Ausculta pulmonar: ☐ Murmúrios vesiculares ☐ Sibilos ☐ Roncos ☐ Estertores ☐ Creptos Obs: _____

Cianose: ☐ Centro-labial ☐ Periférica

Necessidade de Nutrição

Estado nutricional: ☐ Obeso ☐ Normal ☐ Emagrecido ☐ Caquético Aceitação alimentar: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Insuficiente

Intolerância Alimentar: ☐ Sim ☐ Não Qual? _____

Via de administração alimentar: ☐ Oral ☐ SNG ☐ SNE ☐ Parenteral ☐ GTT

Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica

Estado de hidratação: ☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Hiperhidratada ☐ Hipohidratada

Restrição Hídrica: ☐ sim ☐ não _____ ml

Infusão de líquido: ☐ TRO ☐ Infusão venosa

Fontanelas: _____

Risco de perdas hídricas e eletrolíticas: ☐ Sim ☐ Não

Reposição de substâncias hidroeletrólíticas: ☐ Sim ☐ Não Quais? _____

Necessidade de Eliminação

Abdome: ☐ Plano ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Encovado ☐ Globoso ☐ Presença de massa Localização: _____

Som à percussão: ☐ Maciço ☐ Submaciço ☐ Timpânico

Vômito: ☐ Sim ☐ Não Frequência: _____ Característica: _____

Fezes: ☐ Ressecadas ☐ Normais ☐ Pastosas ☐ Líquidas ☐ Ausentes 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 psicotrópicos? ☐ Sim ☐ Não Qual? _____

Auxiliares do sono: ☐ Sim ☐ Não Qual? _____

Características do sono: ☐ Insônia ☐ Sonolôquio ☐ Sonambulismo ☐ Terror noturno

Necessidade de Exercício e Atividade Física / Mecânica Corporal/ Motilidade

Movimentação dos membros: ☐ Todos os membros ☐ Apenas MMII ☐ Apenas MMSS ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Não Força

muscular: ☐ adequada para idade ☐ hipertonía ☐ hipotonia Localização: _____

Deformidade da coluna: ☐ Cifose ☐ Lordose ☐ Escoliose ☐ Presença de tumefação Localização: _____

Necessidade de Cuidado Corporal

Higiene corporal: ☐ Preservada ☐ Prejudicada

Frequência de banhos: ☐ Sim ☐ Não ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

Higiene íntima: ☐ Preservada ☐ Prejudicada

Higiene Bucal: ☐ Preservada ☐ Prejudicada

Aspectos bucais: ☐ Presença de dentes ☐ Ausência de dentes ☐ Cárie ☐ Dentes quebrados ☐ Gengivite ☐ Lesões: _____

Couro cabeludo: ☐ Sujo ☐ Limpo ☐ Pediculose ☐ Miiase ☐ Seborreia ☐ Alopecia ☐ Lesões: _____

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condições da pele: ☐ Nódulo ☐ Tumor ☐ Bolha ☐ Pústula ☐ Equimose ☐ Hematoma ☐ Petéquias ☐ Eritema ☐ Erisipela ☐ Celulite ☐

Hemangioma

Localização: _____ Outras Lesões: _____

Localização: _____

Coloração da pele: ☐ Hipocorada ☐ Normocorada ☐ Hiperemiada ☐ Ictérica ☐ Pálida

Condições da Mucosa: ☐ Úmida ☐ Ressecada ☐ Placas ☐ Fissuras Coloração da mucosa: _____ Outras lesões: _____

Y Hipotérmica ☐ Normotérmica ☐ Hipertérmica ☐ Tremores ☐ Calafrios ☐ Sudorese

Nível de consciência: ☐ Ativo/Reativo ☐ Hipoativo ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientada ☐ Desorientada Responde
a estímulos: ☐ Verbais ☐ Sensitivos

Crises convulsivas: ☐ Sim ☐ Não Quantos episódios? _____ Tipo de convulsão? _____
 Reflexos: ☐ Sucção ☐ Moro ☐ Tônico-cervical ☐ Preensão palmar ☐ Preensão plantar ☐ Marcha ☐ Babinsk ☐ Galant ☐ Busca ☐ Fuga à asfixia
☐ Córleo-palpebral Compatibilidade dos reflexos para idade: ☐ Totalmente para a idade ☐ Parcialmente para a idade ☐ Não

Alergias: ☐ Sim ☐ Não A quê? _____

Calendário Vacinal: ☐ Completo para idade ☐ Incompleto Vacinas faltosas _____

Doenças no sistema imunológico: ☐ Sim ☐ Não Qual(is)? _____

Necessidade de Regulação do Crescimento Celular / Locomoção

Desenvolvimento motor: ☐ Apoiar o corpo com as mãos ☐ Sentar sem apoio
☒ Ficar de pé com apoio ☐ Desambular com apoio ☐ Desambular sem apoio

CD compatível com a faixa etária: ☐ Totalmente para a idade ☐ Parcialmente para a idade ☐ Não Qual(is)?

Exame cardiovascular:

Doença Cardiovascular: ☐ Sim ☐ Não Qual(is)? _____ Perfusão Periférica: ☐ Preservada ☐ Diminuída

Acesso venoso (tipo): _____ Localização: _____

Doença cerebrovascular: ☐ Sim ☐ Não Qual(is)? _____ Rede Vascular Periférica: ☐ Comprometida ☐ Preservada

Edema: ☐ Ausente ☐ Presente Localização _____ Sinal de Goedet: _____

Condição da visão: ☐ Acompanha objetos com o olhar ☐ Capacidade de coordenar o globo ocular

Y Capacidade de focalizar objetos a pequena distancia ☐ Estrabismo Olhos: ☐ Simetricos ☐ Assimetricos Condição da audição: ☐ Gira cabeça em direção aos sons ☐ Mutez no canal auditivo ☐ Garagem no canal auditivo

Condição da audição: ☐ Gira a cabeça em direção aos sons ☐ Muco no canal auditivo ☐ Cerumen no canal auditivo

Sensibilidade à dor: ☐ Comportamento não verbal de dor ☐ Verbalização de dor ☐ Sensação tátil comprometida ☐ Não

Sentimentos e Comportamentos: ☐ Ansiedade ☐ Apatia ☐ Depressão ☐ Agressividade ☐ Irritabilidade ☐ Insegurança ☐ Medo

Y Verbalização de figuras imaginárias ☐ Expressão de sentimento por outras pessoas ☐ Verbaliza falta de familiares ☐ Evita familiare

☐ Agarra-se ao acompanhante na presença de outras pessoas ☐ Dor sem causa aparente

Distúrbio da fala: ☐Mutismo ☐Afasia Compreende comandos: ☐ Verbais ☐ Não verbais Linguagem da criança: ☐Verbal ☐ Não verbal

Participa das atividades de recreação: ☐ Sim ☐ Não Motivo: _____

[illegible]

Enfermeira:	COBEN:	Data: / /
-------------	--------	-------------------

*Instrumento criado e validado por Silva KI (2004) e validade quanto ao conteúdo e clinicamente por Ferreira TMC (2019)

instrumento criado e validado por SILVA RE (2004) e validado quanto ao conteúdo e clinicamente por FERREIRA FMC (2015).

ANEXO 3 – CARTA DE ANUÊNCIA – HULW

25/10/2022 09:24

SEI/SEDE - 23372959 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Rua Estanislau Eloy, s/nº - Bairro Castelo Branco
João Pessoa-PB, CEP 58050-585
- <http://hulw-ufpb.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 86/2022/SGPITS/GEP/HULW-UFPB-EBSERH

João Pessoa, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **"PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS"**, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **SEM PESQUISADOR PRINCIPAL**.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Prof. Dr. André Telis de Vilela Araújo

Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde
Portaria SEI 219 de 18 de janeiro de 2022



Documento assinado eletronicamente por **André Telis de Vilela Araújo, Chefe de Setor**, em 09/08/2022, às 08:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **23372959** e o código CRC **1B30B32A**.

Referência: Processo nº 23539.017680/2022-41 SEI nº 23372959

ANEXO 4 – CARTA DE ANUÊNCIA – HMV



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 14 de setembro de 2022

Processo Nº: 82.611/2022

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **“PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS”**, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA**, sob orientação de **KENYA DE LIMA SILVA**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **HOSPITAL MUNICIPAL DO VALENTINA**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,



Jeovana Stropp
Ass. de Gestão de
Gestão de Saúde
GDS - DGTES - GES

Jeovana Stropp
Gerência de Educação na Saúde

ANEXO 5 – CARTA DE ANUÊNCIA – CHPAM



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA



TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Escola de Saúde Pública da Paraíba**, por ter sido informada por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS**, autoriza a realização das etapas do projeto de pesquisa, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **Thalys Maynnard Costa Ferreira**, sob orientação de **Marta Miriam Lopes Costa**, a ser realizado no(a) **Complexo Pediátrico Arlinda Marques**, da Rede Estadual de Saúde da Paraíba.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares.

Informamos que para emissão de Encaminhamento para acesso a Rede Estadual de Saúde fica condicionada a apresentação a ESP-PB do **Parecer Consubstanciado de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

O(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em foi realizada a coleta de dados e entrega da versão final da pesquisa em formato digital no Núcleo de Investigação Científica da ESP-PB.

O descumprimento desses condicionamentos assegura a ESP-PB o direito de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa.

Thaís Maíra de Matos
Coordenadora - Núcleo de Investigação Científica
Matrícula: 184.750-3
Escola de Saúde Pública da Paraíba

João Pessoa - PB, 26 de agosto de 2022


Thaís Maíra de Matos
Escola de Saúde Pública da Paraíba
Núcleo de Investigação Científica

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB
CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3214-1732

ANEXO 6- PARECER CONSUBSTANCIADO - CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS

Pesquisador: THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64637122.9.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.899.309

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa egresso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, do CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, do aluno THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA, sob orientação da Profª. Dra. Marta Miriam Lopes Costa e co-orientação da Profa. Dra. Kenya de Lima Silva.

Objetivo da Pesquisa:

Na avaliação dos objetivos apresentados os mesmos estão coerentes com o propósito do estudo:

OBJETIVO GERAL

Analisar a partir da aplicação de um instrumento validado o processo de estratificação de risco e estruturação do perfil clínico assistencial de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar a acurácia de um instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas;

Estratificar o risco clínico de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas a partir da implementação de um instrumento de coleta de dados validado;

Traçar o perfil clínico da criança hospitalizada de 0 a 5 anos a partir da análise das dimensões do

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.899.309

Básicas do Projeto	ETO_1987922.pdf	16:10:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	14/12/2022 15:47:12	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENFERMEIRO.docx	14/12/2022 15:46:55	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ACOMPANHANTE.docx	14/12/2022 15:46:33	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_CCS.pdf	28/10/2022 10:50:55	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_2.docx	25/10/2022 19:54:46	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_1.docx	25/10/2022 19:54:29	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
Outros	HOMOLOGACAO.pdf	25/10/2022 19:54:08	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA_HULW.pdf	25/10/2022 19:53:44	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA_HMV.pdf	25/10/2022 19:53:29	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA_ARLINDA.pdf	25/10/2022 19:53:10	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	25/10/2022 19:52:32	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/10/2022 19:52:19	THALYS MAYNNARD COSTA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, Enfermeiro, está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, de um estudo sobre a “**PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS**”, 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.

O objetivo principal deste estudo é analisar a partir da aplicação de um instrumento validado o processo de estratificação de risco e estruturação do perfil clínico assistencial de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas. 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 estratificação de risco e estruturação do perfil clínico assistencial das 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 tese. 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 participar da pesquisa, nenhum dano lhe será causado.

Benefícios da pesquisa: melhorias para o norteamento e aprimoramento do cuidado dos enfermeiros que trabalham diretamente com crianças internadas 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: PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS.

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

Doutorando em Enfermagem

Rua Delmiro Arnaud Diniz, Cidade Universitária – PB.

Telefone: (83) 998098790

Email do pesquisador: thalys_maynard@hotmail.com

CONTATO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Paraíba – 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 minha 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 minha participação desse estudo, até que decida o contrário.

João Pessoa, _____ de _____ de 2022.

Pesquisadoras responsáveis

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

Thalys Maynnard Costa Ferreira

Aluno Pesquisador

ENFERMEIRO PARTICIPANTE

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sua criança está sendo convidada a participar, como voluntária, de um estudo sobre a “**PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS**”, 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.

O objetivo principal deste estudo é analisar a partir da aplicação de um instrumento validado o processo de estratificação de risco e estruturação do perfil clínico assistencial de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas. 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 estratificação de risco e estruturação do perfil clínico assistencial das 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 tese. 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 norteamento e aprimoramento do cuidado dos enfermeiros que trabalham diretamente com crianças internadas 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 fazem 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: PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS.

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

Doutorando em Enfermagem

Rua Delmiro Arnaud Diniz, Cidade Universitária – PB.
Telefone: (83) 998098790
Email do pesquisador: thalys_maynnard@hotmail.com

CONTATO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Paraíba – 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 2022.

Pesquisadoras responsáveis

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

Thalys Maynnard Costa Ferreira
Aluno Pesquisador

RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA



APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – ENFERMEIROS

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

RAÇA:

ESTADO CIVIL:

IDADE:

SEXO:

NACIONALIDADE:

NATURALIDADE:

TEMPO DE ATUAÇÃO:

TEMPO DE ATUAÇÃO COM PEDIATRIA:

FORMAÇÃO:

PARTE 2 – ANÁLISE DO TEMA DE PESQUISA

- 1. O QUE VOCÊ COMPREENDE SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM?**
- 2. PARA EXECUÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, VOCÊ UTILIZA ALGUMA FERRAMENTA?**
- 3. O USO DE INSTRUMENTOS É COMUM EM SUA PRÁTICA PROFISSIONAL?**
- 4. QUANTO AO USO DE UM INSTRUMENTO PARA HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, QUAL A SUA PERCEPÇÃO ACERCA DE TAL FERRAMENTA?**
- 5. EM PEDIATRIA, TER INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS A CADA ETAPA DO DESENVOLVIMENTO (ETÁRIO E COGNITIVO), PROMOVE AUXÍLIO EM SUA PRÁTICA PROFISSIONAL?**
- 6. TRATANDO DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS, COMO VOCÊ DESCREVE A SUA EXPERIÊNCIA QUANTO A UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DESTINADO A ESSE PÚBLICO?**
- 7. UTILIZAR UM INSTRUMENTO PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS, CONTRIBUI COM O SEU CUIDADO?**
- 8. QUAIS MELHORIAS VOCÊ PROPÕE AO INSTRUMENTO PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS, QUE FAZES O USO DURANTE O CUIDADO E EXECUÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM?**
- 9. INFORMATIZAR O INSTRUMENTO, PARA VOCÊ, PROMOVE MELHORIAS NO PROCESSO DE ENFERMAGEM E AO TRABALHO DO ENFERMEIRO**

APÊNDICE 4 – TCLE PARA PARTICIPAÇÃO DOS EXPERTS NO PROCESSO DE DELINEAMENTO DA ACURÁCIA DO INSTRUMENTO

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 **EXPERT EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA** no tocante à análise de acurácia do instrumento de coleta de dados, da pesquisa: “PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS.” cujo objetivo geral analisar a acurácia de um instrumento para coleta de dados e sua correlação entre a estratificação do risco e perfil clínico assistencial em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas a partir da aplicação de uma ferramenta validada.

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

1. Avaliar a acurácia, item a item, das necessidades humanas básicas que compõem o instrumento através do julgamento entre **não acurado; pouco acurado; neutro; acurado; extremamente acurado**.
2. A análise de acurácia será com o objetivo de avaliar a acurácia das variáveis que compõem o instrumento completo, inerentes às necessidades humanas básicas;
3. Após finalizado o processo, estarei de posse dos resultados da acurácia do instrumento;
4. Serei certificado quanto à execução do meu trabalho enquanto **EXPERT EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA**;
5. Esta pesquisa não oferta riscos, sendo eu enquanto **EXPERT EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA**, 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: PERFIL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FRENTE A APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS HOSPITALIZADAS.

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 Expert, desse estudo, até que decida o contrário.

João Pessoa, _____ de _____ de 2023.

Pesquisadoras responsáveis

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

Thalys Maynnard Costa Ferreira

Aluno Pesquisador

EXPERT/ESPECIALISTA

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

Thalys Maynnard