

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

ANA PAULA GRAVINA AZEVEDO

**AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO
DO PACIENTE PEDIÁTRICO NA PERSPECTIVA DO DOMÍNIO FAMÍLIA**

PORTO ALEGRE

2019

ANA PAULA GRAVINA AZEVEDO

**AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO
DO PACIENTE PEDIÁTRICO NA PERSPECTIVA DO DOMÍNIO FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Maria Zarth

PORTO ALEGRE

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, sem a existência dele nada disso seria possível.

Agradeço a toda minha família, aos meus pais João e Andrea e ao meu irmão João, que há 30 anos não medem esforços por mim e pela minha felicidade. Vocês são a base de tudo que sei, sou e estou me tornando como profissional e como ser humano, amo vocês com todo amor desse mundo. Aos meus avós, Maria Helena (In memoriam) e Adão, que participaram da minha criação sendo as melhores pessoas que eu poderia conhecer na minha vida, saudades sempre vó.

A todos os meus professores, em especial as melhores mulheres, enfermeiras e mestres do meu mundo: Margarita, Cecília, Eglê, Mariur, Simone e minha a orientadora Silvana, meus grandes exemplos e incentivadoras dessa jornada chamada “Ser enfermeiro”, minha eterna gratidão por tanto conhecimento, afeto, respeito e atenção.

Agradeço imensamente a Prof. Enaura, em particular, que mais do que acreditar apostou em mim todos os dias ao longo de uma convivência diária de quase dois anos como sua estagiária e me ensinou tanto sobre a enfermagem, sobre as rotinas, amor ao próximo e amizade. Tu és nota mil.

A professora Márcia Koja, que foi suporte em todos os momentos do desenvolvimento deste trabalho e do meu crescimento pessoal e profissional, muito obrigada, de coração.

A professora Gisela, que aceitou estar presente neste momento e que é inspiração de pessoa e de profissional.

Aos enfermeiros que sempre me recepcionaram tão bem nos meus diversos estágios durante esses cinco anos e meio, em especial a Enfermeira Ana Bão e ao Enfermeiro André, que foram e sempre serão minhas referências.

Por último, mas não menos importante, aos meus amigos que sempre estão presentes, perto ou do outro lado do oceano, incentivando, apoiando, dando bronca e puxando as orelhas, valeu galera.

RESUMO

Trata-se de um estudo piloto descritivo e exploratório, que teve como objetivo geral analisar a aplicabilidade do Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico versão Beta (ICPP – versão Beta) de (DINI; GUIRARDELLO, 2014) em relação aos cuidados de enfermagem, com foco no domínio família. Este estudo foi realizado em duas unidades de internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os participantes foram 40 pacientes com idade entre 1 mês e 13 anos. A coleta dos dados deu-se por meio da aplicação do ICPP-versão Beta e a análise dos dados provenientes desta aplicação foi realizada com auxílio dos programas Microsoft Excel® e SPSS 20.0® for Windows. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) e pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os resultados do estudo apontam que o instrumento de classificação do paciente pediátrico se aplica nas unidades em que foi realizado o estudo, no que tange o domínio família, sendo viável como medida de acompanhamento do grau de dependência dos pacientes, demonstrando alta confiabilidade e consistência interna das respostas obtidas nas unidades pesquisadas. No campo onde foi aplicado mede consistentemente a característica referente ao domínio família, além de demonstrar a importância do envolvimento do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada, bem como sua disponibilidade para o aprendizado de habilidades.

Descritores: Criança hospitalizada. Família. Equipe de enfermagem. Carga de trabalho.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Participação do acompanhante (Avaliador 1)..... | 26 |
| Gráfico 2 – Participação do acompanhante (Avaliador 2)..... | 27 |
| Gráfico 3 – Rede de Apoio e Suporte Familiar (Avaliador 1)..... | 30 |
| Gráfico 4 – Rede de Apoio e Suporte Familiar (Avaliador 2)..... | 32 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Classificação do Paciente (Avaliador 1 da UIP10N e Avaliador 1 UIP10S) | 21 |
| Tabela 2 – Número e classificação de pacientes por unidade (Avaliador 1)..... | 23 |
| Tabela 3 – Classificação do Paciente (Avaliador 2 da UIP 10°N e Avaliador 2 da UIP 10°S) | 24 |
| Tabela 4 – Número e Classificação de pacientes por unidade (Avaliador 2)..... | 24 |
| Tabela 5 – Participação do acompanhante (Avaliador 1 da UIP10N e Avaliador 1 da UIP10S) | 25 |
| Tabela 6 – Participação do acompanhante (Avaliador 2 UIP10N e Avaliador 2 UIP10S) | 27 |
| Tabela 7 – Rede de Apoio e Suporte familiar (Avaliador 1 da UIP10N e Avaliador 1 da UIP10S) | 29 |
| Tabela 8 – Rede de Apoio e Suporte familiar (Avaliador 2 da UIP 10N e Avaliador 2 da UIP 10°S) | 31 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 OBJETIVOS | 12 |
| 2.1 Objetivo Geral | 12 |
| 2.2 Objetivos específicos | 12 |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 13 |
| 4 MÉTODO | 17 |
| 4.1 Tipo de Estudo | 17 |
| 4.2 Campo | 17 |
| 4.3 População e amostra | 17 |
| 4.4 Coleta de dados | 18 |
| 4.5 Análise dos dados | 19 |
| 4.6 Aspectos éticos | 19 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 20 |
| 5.1 Caracterização da amostra | 20 |
| 5.2 Resultados e discussão | 20 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 33 |
| REFERÊNCIAS | 34 |
| APÊNDICE A – Termo de Anuência | 39 |
| APÊNDICE B – Termo de Compromisso para Utilização de Dados | 40 |
| APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 41 |
| ANEXO A – Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos – Versão beta | 43 |

1 INTRODUÇÃO

As hospitalizações pediátricas e seu alto grau de complexidade desafiam não só o quantitativo de pessoal nas enfermarias, necessário para suprir a demanda básica, mas também a qualificação do cuidado diante das famílias desses pacientes, que passam também a ser o foco da internação (GOMES, et al., 2014). Com isso, surge a importância de se mensurar a carga de trabalho e associá-la às reais necessidades do quantitativo destes profissionais. A classificação de pacientes possibilita estimar a demanda de cuidados de enfermagem, sendo essencial para dimensionar pessoal, planejar custos e garantir o padrão de qualidade da assistência (DINI; GUIRARDELLO, 2014). Considerando a escassez de instrumentos para classificar pacientes pediátricos, dispor de um instrumento para tal finalidade construído em categorias de cuidado, avaliado e validado em sua confiabilidade, constitui-se recurso fundamental que pode ser replicado em outros contextos de cuidado.

Esta monografia tem como propósito analisar a aplicabilidade do “Domínio família”, constante no Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos, versão Beta de Dini e Guirardello (2014), em relação aos cuidados de enfermagem a pacientes pediátricos, internados em um hospital universitário na cidade de Porto Alegre. O estudo deu-se após a aplicação do instrumento e posterior classificação pelas enfermeiras das Unidades Clínicas do Serviço de Enfermagem Pediátrica quanto às cinco categorias de cuidado em pediatria, propostas pela mesma autora: “Cuidados Mínimos, Intermediários, Alta Dependência, Semi-Intensivos e Intensivos”. O Sistema de Classificação de Pacientes com o enfoque no “Domínio família” representa uma forma de determinar o grau de dependência da criança e da família em relação ao cuidado da equipe de enfermagem. O sistema também representa um dos elementos que permite realizar com fidedignidade o dimensionamento de pessoal, auxiliando no estabelecimento do tempo necessário para realização de uma assistência integral, humanizada e segura (DINI; GUIRARDELLO, 2014).

O estudo em questão visa atender aos objetivos específicos do projeto maior, intitulado “Sistema de Classificação de Complexidade de Pacientes Pediátricos: aplicabilidade do Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico em relação aos cuidados de enfermagem”, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob parecer número 170633, no que tange o domínio família. Neste contexto, acredita-se ser importante a possibilidade de avaliação com maior criticidade deste domínio frente às inúmeras demandas de trabalho que surgem com as situações de conflitos entre familiares, equipe e o paciente. Neste momento, a criança ou adolescente está dependente de cuidados específicos e fora da sua

rotina, o que pode gerar medos, inseguranças, situações estressantes e sofrimento, tanto para o paciente quanto para a família (SANTOS, et al., 2016).

Cabe ressaltar aqui que, durante minha trajetória acadêmica e frente ao interesse pelo cuidado das crianças, sempre sob olhar atento de suas famílias, constatei a necessidade de um cuidado diferenciado e específico a esta população, devido às peculiaridades do cuidado na dimensão individual (criança/adolescente) e coletiva (família). Tal especificidade repercute na composição da equipe, requerendo um cuidado qualificado e um quantitativo de pessoal adequado considerando, inclusive, à humanização do cuidado em pediatria e a segurança do paciente, bem como a dos profissionais que atuam nestas unidades.

A definição de parâmetros para planejamento e avaliação do quantitativo de recursos humanos de enfermagem tem sido realizada de forma empírica, baseada na experiência e no julgamento intuitivo do enfermeiro. Esta definição se dá por cálculos referenciados na literatura ou em resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017) indicando a quantidade mínima de horas de assistência de enfermagem. Para tal, acredita-se ser necessária a ampliação de estudos na área de classificação da complexidade assistencial dos pacientes pediátricos, compreendendo o dimensionamento do pessoal de enfermagem. Identifica-se na prática o quanto são precários os instrumentos e estudos sobre parâmetros oficiais em relação ao quadro de pessoal para assistência de enfermagem, em específico nas unidades pediátricas (MAGALHÃES; DALLAGNOL; MARCK, 2013).

A classificação de pacientes, que ocorre mediante escalas, representa uma das preocupações de pesquisadores na área de enfermagem. Estas escalas, que avaliam o grau de dependência ou de complexidade, são bem conhecidas e discutidas quando o público alvo são os pacientes adultos. Já, para os pacientes pediátricos, elas pouco auxiliam no cálculo de pessoal para o cuidado a esses pacientes, uma vez que as demandas são específicas para cada etapa de desenvolvimento e inerentes a características específicas.

No que diz respeito aos cuidados realizados e necessários às crianças, existem particularidades distintas daqueles destinados aos adultos, considerando as suas características físicas e emocionais. Por esta gama de pacientes estar em constante processo de crescimento e desenvolvimento, são necessárias inúmeras adaptações e reformulações no processo de atendimento e entendimento das necessidades básicas da população em questão (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2015).

Ressalta-se que uma criança ou adolescente não tem plena consciência dos agravos que lhe cercam e esta leitura depende do discernimento daqueles que formam o seu núcleo de

cuidados e dos laços familiares de afeto. Dada esta instância, torna-se relevante incluir a família da criança hospitalizada neste cuidado (ISSI, 2015).

Nessa perspectiva, a Enfermagem Pediátrica cuida da inseparabilidade existencial destes dois mundos – criança e família – na presença de cada um dos entes que constituem a unidade familiar em suas diversas composições, e em qualquer contexto em que ocorra o processo interacional com os profissionais de enfermagem. A criança necessita ser concebida em seu processo de desenvolvimento, assinalado por etapas evolutivas inerentes ao período cronológico respectivo, nas esferas biológica, afetiva, social e espiritual.

De modo similar, o olhar dos profissionais para a família requer muita atenção, contemplando o suporte existente ou não entre os membros. A família necessita igualmente de apoio para poder percorrer estas etapas de mudanças e o seu papel enquanto provedora deste núcleo é extremamente importante para realizarmos uma boa avaliação de dependência de cuidados. Esse itinerário nem sempre é harmônico e estruturado, podendo sofrer rupturas e necessidade de reorganização (ISSI, 2015). O envolvimento dos profissionais de enfermagem neste particular necessita ser dimensionado, pois é consideravelmente complexo e desafiador auxiliar famílias em seus projetos de reorganização, tanto psiquicamente quanto de ordem social.

Pimenta e Collet (2009, p. 623) trazem que “a participação da família, no cuidado à criança hospitalizada, tem sido tema de estudo na enfermagem no que concerne à dimensão e ao modo como essa participação tem se dado no cotidiano assistencial”. Dias e Motta (2004) afirmam que assistir a criança de forma humanizada envolve respeitar as suas individualidades e considerar a participação familiar nesse processo. Para as mesmas autoras, o cuidado da criança voltado para o seu crescimento e desenvolvimento deve ser baseado no compartilhamento de conhecimentos entre a equipe e os familiares, crianças ou adolescentes.

Conceitua-se família como a unidade básica da sociedade formada por indivíduos com ancestrais em comum ou ligada por laços afetivos (MOTA, 2011). Tem como função primordial a proteção, e, sobretudo, assume a potencialidade de apoio emocional na resolução de conflitos, auxiliando na manutenção da saúde física e mental do indivíduo. Constitui o maior recurso natural para lidar com situações de estresse e deve ser considerado um elemento fundamental no cuidado de seus membros (GUEDES, 2008; PINTO, et al., 2010).

Desta forma, é fundamental conhecer as necessidades assistenciais desta população a fim de classificá-las por meio da utilização de um instrumento validado que dê subsídios para estabelecer precisamente a força de trabalho dos profissionais de enfermagem para atender às demandas de cuidados de enfermagem. Neste contexto, o presente estudo está pautado na

questão norteadora a seguir: O instrumento a ser aplicado engloba a família no cuidado ao paciente pediátrico, possibilitando classificar e dimensionar o grau de dependência desse paciente em relação ao cuidado de enfermagem?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a aplicabilidade do Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico versão Beta (ICPP – versão Beta) de (DINI; GUIRARDELLO, 2014) em relação aos cuidados de enfermagem, com foco no domínio família.

2.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar a concordância inter avaliadores na aplicação do ICPP – versão Beta referente ao domínio família.
- b) Verificar as dificuldades e sugestões de melhorias em relação à aplicabilidade do ICPP – versão Beta referente ao domínio família.
- c) Relacionar a classificação de pacientes pediátricos com a estratificação do domínio família conforme instrumento proposto por Dini e Guirardello (2014).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é um processo sistemático com a finalidade de determinar o quantitativo de profissional requerido para a prestação de cuidados de enfermagem que assegurem qualidade e segurança a um grupo de pacientes, tendo sempre atenção às suas especificidades (NICOLA; ANSEMI, 2005). Para tanto, há a necessidade de utilização de métodos que sintetizem o inter-relacionamento e a mensuração das variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem, mediante um sistema de classificação específico para a clientela pediátrica.

Para o cuidado pediátrico qualificado, o dimensionamento de pessoal é um desafio, visto que os recursos humanos devem ser organizados com o objetivo de alcançar um equilíbrio entre a necessidade de profissionais de enfermagem e a demanda de cuidado. Nesse sentido torna-se imprescindível nas unidades de internação pediátrica pensar nos recursos humanos em consonância com a carga de trabalho e aprimoramento das competências para um cuidado compatível com a real complexidade dos pacientes e suas famílias (DINI, GUIARDELLO, 2014; GADZINSKI, 1991).

Inúmeras são as pesquisas e discussões em relação ao tema “dimensionamento de pessoal”, que evoluíram para além do cálculo de pessoal. Agora, somam-se a ele o impacto nos custos da saúde e resultados assistenciais e também o estudo do grau de dependência dos pacientes nos cuidados de enfermagem. A carga de trabalho desta equipe e os fatores que interferem na produtividade dos profissionais, relacionados às condições de trabalho e à saúde do trabalhador também entram em foco (MAGALHÃES et al., 2015). Esses fatores devem ser considerados pelas enfermeiras que têm a competência profissional para o dimensionamento de pessoal da enfermagem (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALLAGNOL, 2009).

Para estas autoras, o fato de a enfermagem ser a maior força de mão de obra de um hospital leva os gestores, quando se deparam com a necessidade de minimizar os custos, a reduzir o contingente de colaboradores. Sendo assim, é imprescindível que as enfermeiras tenham parâmetros científicos para calcular o quadro de pessoal (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALLAGNOL, 2009).

Na dimensão gerencial, o enfermeiro dispõe de ferramentas ou métodos científicos que auxiliam nesta atividade como o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). O SCP pode ser entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação a equipe de enfermagem. Esta metodologia tem por objetivo estabelecer o tempo despendido no

cuidado direto e indireto, bem como apontar as melhores opções de qualitativo de pessoal para atender as necessidades bio-psico-sócio-espirituais do paciente (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

O Conselho Federal de Enfermagem estabeleceu parâmetros para o dimensionamento de enfermagem de acordo com as categorias de cuidado, a fim de indicar o número mínimo de profissionais de enfermagem, bem como a porcentagem de distribuição por categoria profissional. Compete ao enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais necessários para a prestação da assistência de enfermagem. Por meio da Resolução 543/2017, o cálculo de pessoal de enfermagem deve ser embasado no Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (COFEN, 2017).

Rainio e Ohinmaa (2005) referem que a utilização de SCP permite quantificar e diagnosticar os cuidados de enfermagem por grupo de pacientes, caracterizando-os conforme as necessidades de cuidados em um período de tempo específico. Enfatizam que, para conhecer a carga de trabalho de uma unidade e obter uma amostra representativa da população estudada, é necessário classificar os pacientes por meio de um SCP pelo período de 30 dias, uma vez ao dia. Salienta-se que nas unidades pediátricas o modelo de assistência deve estar pautado na doença, no paciente, no seu desenvolvimento e na família entendida também como foco do cuidado. Para tanto, torna-se imprescindível atentar para a real complexidade crescente nas hospitalizações pediátricas associadas à qualificação dos profissionais de enfermagem (DINI; GUIRARDELLO, 2014).

Ressalta-se a importância de atentarmos para as características próprias dos pacientes pediátricos. O Instrumento de Classificação de pacientes específico para Clientela Pediátrica (ICPP-versão beta) já validada e aperfeiçoada no seu conteúdo (DINI; GUIRARDELLO, 2014), trará confiança e precisão nos achados para cálculos de pessoal de enfermagem na unidade pediátrica (DINI et al.,2011).

O estudo que aprimorou o ICPP para versão beta concluiu, entre outros achados, que a prática de enfermagem pediátrica deve considerar também, a assistência centrada na família. Recomenda a utilização desse instrumento “para classificar pacientes pediátricos, direcionando a avaliação do enfermeiro em um modelo de assistência centrado na criança e sua família, para promover a saúde em instituições hospitalares” (DINI; GUIRARDELLO, 2014, p.793).

Deste modo, avaliar a participação da família e sua rede de apoio, relacionados aos cuidados ao paciente pediátrico é necessário e importante, pois a família é o elo que existe entre criança e equipe de enfermagem (AZEVEDO; JÚNIOR; CREPALDI, 2017). Estudos demonstram que a presença do acompanhante e o envolvimento deste durante o período de

internação do paciente pediátrico diminuem a carga negativa relativa à mudança brusca de ambiente, acarretando num período menor de internação, com menos dor e sofrimento (MOLINA et al., 2009). Dentro dessa ótica, demonstra-se a importância de prever um adequado quadro de pessoal, que prevê uma assistência integral e de qualidade, frente ao grau de complexidade do paciente e as necessidades que são apresentadas pelas famílias ao longo do período de internação (MAGALHÃES et al., 2015).

3.1 Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos

O Instrumento de Classificação de Paciente Pediátrico versão Beta proposto por Dini e Guirardello (2014), tem a finalidade de avaliar o grau de dependência do paciente e, para isso, abrange três domínios do cuidado de enfermagem pediátrica: família, paciente e procedimentos terapêuticos.

O domínio **Família**, que será analisado nesta pesquisa, engloba dois indicadores: “Participação do acompanhante” e “Rede de apoio e suporte familiar”; o domínio **Paciente** contempla seis indicadores: “Atividade”, “Oxigenação”, “Mobilidade e Deambulação”, “Eliminações” e “Higiene e cuidado corporal”; o domínio **Procedimentos terapêuticos** contempla três indicadores: “Intervalo de aferição de controles”, “Terapêutica medicamentosa” e “Integridade cutâneo mucosa”.

Cada indicador é avaliado por quatro situações, graduadas de forma crescente conforme a demanda de cuidado e, a soma dos escores permite a classificação do paciente, nas cinco categorias de cuidado conceituadas na literatura:

- *Cuidado Mínimo*, que considera o lactente ou criança (1 a 3 anos) estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado pela mãe ou responsável, em período integral, com o acompanhante executando atividades de alimentação, higiene e conforto, independente da enfermagem. Pré-escolar ou escolar estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado por uma pessoa de confiança em período integral, em conjunto com a qual realizam ações de autocuidado, independente da enfermagem. Adolescente estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante em período integral, que colabora com o tratamento e realiza ações de autocuidado sob a supervisão do enfermeiro (11-17 pontos).

- *Cuidado Intermediário*, lactente ou criança (1 a 3 anos), estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado pela mãe ou responsável, em período integral, com o acompanhante executando atividades de alimentação, higiene e conforto, mas requer orientações do enfermeiro para essas atividades. Pré-escolar ou escolar estável sob o ponto de

vista clínico e de enfermagem, acompanhado por uma pessoa de confiança em período integral, em conjunto com a qual realizam ações de autocuidado, mas requer orientações do enfermeiro para essas atividades. Adolescente estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante em período integral, que colabora com o tratamento e realiza ações de autocuidado, mas requer orientações do enfermeiro para essas atividades (18-23 pontos).

- *Alta dependência* (lactente ou criança ou pré-escolar ou escolar) estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, portador ou não de alguma patologia crônica, que mesmo com acompanhante em período integral precisa de auxílio nas atividades de alimentação, higiene e conforto e/ou outros cuidados específicos de enfermagem. Adolescente estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, portador ou não de alguma patologia crônica, que independente da presença do acompanhante, não colabora com o tratamento e/ou precisa de auxílio nas atividades de alimentação, higiene e conforto ou outros cuidados específicos de enfermagem (24-30 pontos).

- *Cuidado Semi-intensivo*, paciente pediátrico (RN, lactente, pré-escolar, escolar ou adolescente) sujeito a instabilidade de sinais vitais ou de níveis glicêmicos, sem risco iminente de morte, que, independentemente de ter um acompanhante, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (31-36 pontos).

- *Cuidado intensivo*, paciente pediátrico (RN, lactente, pré-escolar, escolar ou adolescente) em estado grave, sujeito a instabilidade das funções vitais, com risco iminente de morte, e que necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (37-44 pontos).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo piloto, descritivo e exploratório realizado nas unidades de internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para fins desse estudo foram selecionadas duas áreas de internação pediátrica.

4.2 Campo

A **Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte (UIP10N)** conta com 32 leitos (04 enfermarias de 05 leitos, 02 enfermarias de 04 leitos e 02 quartos de isolamento), para crianças de 29 dias a 06 anos incompletos, neonatos com patologias pediátricas, crianças até 14 anos que necessitam de isolamento ou tenham estatura menor que 110 cm, desde que permaneçam seguras e confortáveis nos berços.

A **Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul (UIP10S)** possui 35 leitos (11 quartos semi-privativos, uma enfermaria com 07 leitos, 03 leitos de isolamento e 02 leitos privativos), para crianças de 29 dias a 14 anos de idade incompleta, sendo necessária, às vezes, a internação de crianças com mais de 14 anos em virtude da continuidade do cuidado assistencial.

Destaca-se que a singularidade comum a todas as Unidades Pediátricas consiste no Sistema de Permanência Conjunta, modelo de cuidado implementado desde a inauguração da Pediatria do HCPA (ISSI, 2015). A filosofia de atendimento deste sistema é a manutenção da relação afetiva entre pais/filhos, tendo como objetivo a promoção deste vínculo, permitindo a presença destes pais na internação durante as 24 horas do dia (MULLE, 2000).

4.3 População e amostra

Os participantes do estudo foram os pacientes pediátricos e seus acompanhantes que permaneceram internados por um período superior a 24 horas, independente do motivo da internação. Foram excluídos os pacientes que foram a óbito.

O estudo também contou com a participação dos profissionais enfermeiros que, de forma voluntária, se dispuseram a preencher o ICPP – versão Beta. Considerando que os dados foram coletados em duas áreas de internação pediátrica, foi estimada a participação de dois enfermeiros por área. Caso houvesse um número superior de interessados por área, a escolha se daria por sorteio. No estudo em questão esse fato não ocorreu.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi organizada em dois momentos distintos: o primeiro momento refere-se à aplicação do instrumento de classificação dos pacientes, realizada pelas(os) enfermeiras(os) das unidades supracitadas e, o segundo, a busca de informações junto aos avaliadores referente às dificuldades percebidas na aplicação e sugestões de melhorias, em relação ao domínio família, e o entendimento e clareza do conteúdo do instrumento.

O estudo utilizou para a coleta o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos versão Beta (ICPP-versão Beta) proposto e validado por Dini e Guirardello (2014), (Anexo A). Tal instrumento apresenta indicadores referentes à demanda de cuidados de enfermagem, sendo que a cada indicador é atribuída quatro situações de dependência de cuidados graduadas com um valor numérico de um a quatro pontos, de forma que um ponto representa uma menor demanda de cuidados de enfermagem e quatro pontos a maior demanda de cuidados de enfermagem. Os indicadores foram organizados por domínios. O presente estudo refere-se ao domínio família. No que diz respeito a este domínio, a escala apresenta dois indicadores: a participação do acompanhante e a rede de apoio e suporte familiar, os quais foram analisados mediante aplicação do instrumento nas unidades de pediatria.

A seleção de pacientes deu-se por meio de sorteio referente aos leitos existentes em cada unidade.

Primeiro momento da coleta

A coleta por meio do instrumento de classificação foi realizada por quatro avaliadores distintos, denominados neste trabalho como Avaliadores 1 e Avaliadores 2, tanto na Unidade de Internação Pediátrica 10N (UIP10N) quanto Unidade de Internação Pediátrica 10S (UIP10S). As avaliações em cada unidade foram realizadas em horários próximos: os Avaliadores 1 realizavam próximo do término do plantão do turno manhã e os Avaliadores 2 no início do plantão do turno tarde. A coleta deu-se imediatamente após a avaliação do paciente, quando então, o avaliador registraria as dificuldades e sugestões no local reservado para tal fim, caso fossem percebidas.

Cabe ressaltar que os avaliadores foram orientados a manter o sigilo dos registros no instrumento de coleta, para assegurar que não houvesse interferência na avaliação entre avaliadores.

Segundo momento da coleta

Foi validado com os avaliadores informações referentes às dificuldades percebidas na aplicação, sugestões de melhoria e, entendimento em relação ao conteúdo do domínio família.

4.5 Análise dos dados

Após a coleta, realizada pelas(os) enfermeiras(os) das unidades supracitadas, os dados foram tabulados numa planilha eletrônica do Programa Excel for Windows e, posteriormente, analisados por meio da estatística descritiva, utilizando-se frequências e percentuais.

Para o estudo piloto em questão foi utilizado o teste Alfa de Cronbach (α), com o intuito de medir a confiabilidade da escala e a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados (CORTINA, 1993; STREINER, 2003).

A análise dos dados provenientes da aplicação do instrumento ICPP- versão Beta (2014) foi realizada com auxílio dos programas Microsoft Excel® e SPSS 20.0® for Windows. Para análise das dificuldades na aplicação do instrumento e sugestões de melhorias, caso houvesse necessidade, seria utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011).

Cabe ressaltar que, neste estudo, foi realizada a análise quantitativa dos resultados referentes ao domínio “Família”, previamente aplicados pelos enfermeiros no processo de inter avaliação.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo seguiu os aspectos legais estabelecidos na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) e foi encaminhado para a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ-EENF-UFRGS) e ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A pesquisa utilizou o Termo de Anuência do Serviço de Enfermagem Pediátrica, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsáveis (modelo HCPA), o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (modelo HCPA) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo HCPA), elaborado para o projeto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da amostra

A população do estudo foi constituída por 40 pacientes, que tinham idade entre 1 mês e 13 anos, com idade média de 3 anos e 7 meses. Em relação aos motivos da internação, foi possível elencar 9 situações problemas que justificam a hospitalização desses pacientes. Dentre elas estão: agravos neurológicos, agravos do sistema respiratório, distúrbio renal, cirurgias, doença genética, distúrbio do sistema digestório, trauma, processo infeccioso e agravo hematológico.

5.2 Resultados e discussão

No estudo em questão foi estabelecido inicialmente o perfil dos pacientes internados na UIP10N e na UIP10S, perfazendo um total de 40 pacientes divididos igualmente entre as unidades, ou seja, 20 pacientes internados em cada unidade.

Nessas unidades os agravos de saúde mais prevalentes como motivo principal de internação são: agravos respiratórios, 32,5%; distúrbio do Sistema digestório, 20%; cirurgias, 15%; agravos neurológicos, 12,5%; doença genética e processo infeccioso, 5% cada; distúrbio renal, agravo hematológico e trauma, 2,5% cada. Houve um paciente que não havia descrição no instrumento do motivo da internação. Achados em outros estudos brasileiros ressaltam também que as doenças respiratórias são as causas mais prevalentes de internações pediátricas (OLIVEIRA et al., 2012; NATALI et al., 2011; PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015). Segundo Prezotto, Chaves e Mathias (2015), os distúrbios do sistema digestório são citados como a segunda causa mais prevalente de internação hospitalar dos pacientes pediátricos, corroborando os resultados encontrados neste estudo.

Somado a estes achados o estudo em questão relacionou além dos motivos de internação dos pacientes, o grau de dependência do paciente pediátrico segundo o Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico (ICPP-versão Beta). O estudo analisou a estratificação do domínio família, e os indicadores de cuidado: a participação do acompanhante e a rede de apoio e suporte familiar da criança hospitalizada, nas duas Unidades de Internação Pediátrica supracitadas.

Cabe esclarecer que para este estudo os avaliadores 1 e 2 de cada unidade pesquisada

tiveram **pouca variabilidade** entre as respostas para cada indicador referente ao domínio família. Este achado foi resultante da segunda etapa da coleta realizada com os avaliadores onde as dificuldades percebidas na aplicação do ICPP-versão beta não se fizeram presentes e as sugestões para melhoria foram de ordem ortográfica referente ao Domínio família. Nesse sentido cabe ressaltar que não houve necessidade de se utilizar da análise de Bardin (2011) para análise de conteúdo desses achados.

Faz-se necessário pontuar a importância do alfa de Cronbach para este estudo, visto ser esta uma ferramenta estatística que quantifica, numa escala de 0 a 1, a confiabilidade de um questionário, em especial referente à sua consistência e clareza. Seu valor mínimo aceitável é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala ou instrumento é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90, acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação de dados. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (STREINER, 2003). O valor encontrado para o alfa de Cronbach nesse estudo foi de 0,88, demonstrando a confiabilidade da aplicação do instrumento e consistência de seu conteúdo, bem como possibilidade de aplicabilidade nas unidades pesquisadas.

Dando continuidade aos achados torna-se relevante pontuar que a hospitalização pediátrica pode desencadear desconforto para a criança ou adolescente, acarretando por vezes alterações físicas e mentais que devem receber tratamento adequado conforme cada idade, etapa de desenvolvimento, esfera social, estado emocional e psicológico. Nesse sentido, a filosofia de cuidado adotada nas unidades do estudo é condizente com o cuidado humanizado, que pode minimizar tais alterações e a experiência de hospitalização, em especial se atentar para a complexidade do cuidado mediante classificação do paciente pediátrico (AZZI; ANDREOLI, 2008).

Desse modo, avaliar o grau de dependência do paciente se torna como uma ferramenta de gerenciamento de uma unidade de cuidado, visto que deve ser levada em consideração a situação clínica do paciente, o envolvimento e a organização familiar, com a finalidade de também dimensionar o quantitativo de pessoal necessário para suprir todas as demandas de cuidados de enfermagem para aquele grupo de paciente (DUARTE; OLIVEIRA; JÚNIOR, 2019).

Nessa perspectiva apresenta-se os dados referentes a classificação do paciente pediátrico internado nas unidades citadas anteriormente, com o intuito de descrever o perfil desse paciente e a frequência com que são encontrados nas unidades de estudo.

Tabela 1 – Classificação do paciente (Avaliador 1 da UIP10N e Avaliador 1 UIP10S)

| Classificação do Paciente | Frequência | Percentual |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Cuidado Mínimo | 3 | 7,5% |
| Cuidado Intermediário | 9 | 22,5% |
| Alta Dependência | 14 | 35% |
| Cuidado Semi-intensivo | 13 | 32,5% |
| Cuidado Intensivo | 1 | 2,5% |
| Total | 40 | 100% |

Fonte: AZEVEDO (2019).

Nesse sentido a Tabela 1 mostra que as unidades pesquisadas classificam o paciente em sua maioria como cuidado de “Alta dependência”, totalizando 35% da amostra, seguidos de cuidados Semi-intensivos, 32,5%, Intermediários 22,5%, Mínimos 7,5% e Intensivos 2,5%. Este dado aponta para necessidade de um grau de envolvimento maior por parte da equipe de enfermagem com os pacientes e suas famílias, sendo necessário auxílio nas atividades de rotinas, como alimentação, banho e troca de fraldas além dos cuidados específicos de enfermagem (DINI; GUIRARDELLO, 2014).

O grau de dependência do paciente reflete não só na maneira como a família deve se organizar para os cuidados, mas também no que diz respeito a atuação da equipe de enfermagem frente ao envolvimento no cuidado, visto que o enfermeiro é aquele que permanece mais tempo com o paciente, devendo ter um papel acolhedor e educativo, explicando as rotinas, os procedimentos e os cuidados realizados, não esquecendo que a criança necessita realizar atividades que condizem com a sua etapa de desenvolvimento (BRITO et al., 2009).

A alta dependência do paciente referente aos cuidados de enfermagem gera em torno do cuidador uma maior responsabilidade frente ao cuidado dessa criança (CHAGAS et al., 2017). Segundo Panez (2012), o acolhimento do cuidador é uma etapa crucial que deve ser realizada pelos profissionais da equipe de saúde, com o intuito de construir uma relação com mais diálogo e empatia, buscando um ambiente mais seguro para a criança, o que pode favorecer sua recuperação.

Tabela 2– Número e classificação de pacientes por unidade (Avaliador 1)

| Unidade Clínica | Classificação do Paciente | Número Total de Pacientes |
|-----------------|---------------------------|---------------------------|
| 10°Norte | Cuidado Mínimo | 0 |
| | Cuidado Intermediário | 3 |
| | Alta Dependência | 5 |
| | Cuidado Semi-intensivo | 11 |
| | Cuidado Intensivo | 1 |
| | Total | 20 |
| 10 ° Sul | Cuidado Mínimo | 3 |
| | Cuidado Intermediário | 6 |
| | Alta Dependência | 9 |
| | Cuidado Semi-intensivo | 2 |
| | Cuidado Intensivo | 0 |
| Total | | 20 |

Fonte: AZEVEDO (2019).

Nessa conjuntura apresenta-se a Tabela 2, que demonstra o número de pacientes por unidade de internação e por classificação de cuidados, apontando que há um número significativo de cuidados “Semi-intensivos” na UIP10N, num total de 11 pacientes, e de “Alta dependência” na UIP10S, totalizando 9 pacientes. Os pacientes em cuidado semi-intensivo estão sujeitos a instabilidade de sinais vitais ou de níveis glicêmicos, condição que, independentemente da presença de acompanhante, requer assistência de enfermagem e médica permanente e especializada, apesar de não significarem risco iminente de morte (DINI; GUIRARDELLO, 2014).

A literatura aponta que pacientes em cuidados semi-intensivos geram uma maior carga de trabalho aos profissionais que estão na assistência direta ou indireta, tanto pelo fato de se encontrarem em uma situação clínica desfavorável quanto pelo fato dos familiares estarem fragilizados psicologicamente no momento da internação e despreparados para realizar o cuidado necessário a este paciente (TRETTENE et al., 2015).

Os resultados apresentados na Tabela a cima demonstram que pacientes em cuidados mínimos são minorias nas unidades em estudo, fortalecendo o caráter complexo de cuidado da população estudada. Apesar de se encontrar também um paciente classificado em cuidado intensivo, tal perfil não condiz com a estrutura física, de pessoal e de tecnologia necessária para o atendimento e para a demanda de cuidado de um paciente “crítico”, que são instáveis do ponto de vista clínico, além de apresentarem risco de morte iminente e necessitarem de cuidados especializados (DINI; GUIRARDELLO, 2014).

Ao se descrever os dados do avaliador 2 de ambas as unidades pesquisadas temos:

Tabela 3 – Classificação do paciente (Avaliador 2 da UIP 10°N e Avaliador 2 da UIP 10°S)

| Classificação do Paciente | Frequência | Percentual |
|---------------------------|------------|-------------|
| Cuidado Mínimo | 4 | 10% |
| Cuidado Intermediário | 6 | 15% |
| Alta Dependência | 17 | 42,5% |
| Cuidado Semi-intensivo | 12 | 30% |
| Cuidado Intensivo | 1 | 2,5% |
| Total | 40 | 100% |

Fonte: AZEVEDO (2019).

Sob mesmo ponto de vista, os dados expostos na Tabela 3 classificou os pacientes como “Alta dependência”, totalizando 42,5% da amostra. Este dado apresenta relação entre os achados dos avaliadores 1 e 2, demonstrando a gravidade e a complexidade do cuidado nas unidades pediátricas em estudo. Pode-se inferir que quanto mais dependente se mostra o paciente, maior é a carga de trabalho da equipe de enfermagem o que possibilita quantificar o tempo de cuidado requerido a partir das necessidades do paciente e do cuidado realizado.

Tabela 4 – Número e classificação de pacientes por unidade (Avaliador 2)

| Unidade Clínica | Classificação do Paciente | Número Total de Pacientes |
|------------------|---------------------------|---------------------------|
| 10° Norte | Cuidado Mínimo | 0 |
| | Cuidado Intermediário | 1 |
| | Alta dependência | 7 |
| | Cuidado Semi-intensivo | 11 |
| | Cuidado Intensivo | 1 |
| | Total | 20 |
| 10° Sul | Cuidado Mínimo | 4 |
| | Cuidado Intermediário | 5 |
| | Alta Dependência | 10 |
| | Cuidado Semi-intensivo | 1 |
| | Cuidado Intensivo | 0 |
| Total | 20 | |

Fonte: AZEVEDO (2019).

Ao se observar resultados encontrados na Tabela 4 pode-se ver que 11 pacientes da Unidade de Internação 10° Norte foram classificados como cuidado Semi-intensivo, e 10 da Unidade de Internação 10° Sul como alta dependência, indo ao encontro aos achados do Avaliador 1, demonstrando que não há pacientes em Cuidados mínimos internados na UIP10N.

Sob outra perspectiva, entende-se que o cuidado ao paciente pediátrico, nas unidades de

internações hospitalares, envolve não somente a criança e a equipe de enfermagem, mas também as famílias e seus acompanhantes (MARTINS; AZEVEDO; AFONSO, 2018). O cuidar não se pode limitar a tratar a doença, mas também a tratar a alma. Assim, o modo como a equipe de enfermagem concebe a família da criança hospitalizada influencia suas atitudes e posturas durante a assistência a este paciente, visto que a criança necessita da família ou responsável durante o período de internação hospitalar (FERREIRA et al., 2019).

O acompanhante presente pode ser um dos fatores determinantes da qualidade da atenção e acolhimento dispensado pelos membros da equipe de saúde. A equipe também pode ter acesso à criança (RANGEL; GARCIA, 2012). Para além desse fator chama-se a atenção para a barreira de segurança que o familiar pode representar nos processos de cuidado nas unidades pediátricas.

Tabela 5 – Participação do acompanhante (Avaliador 1 da UIP10N e Avaliador 1 da UIP10S)

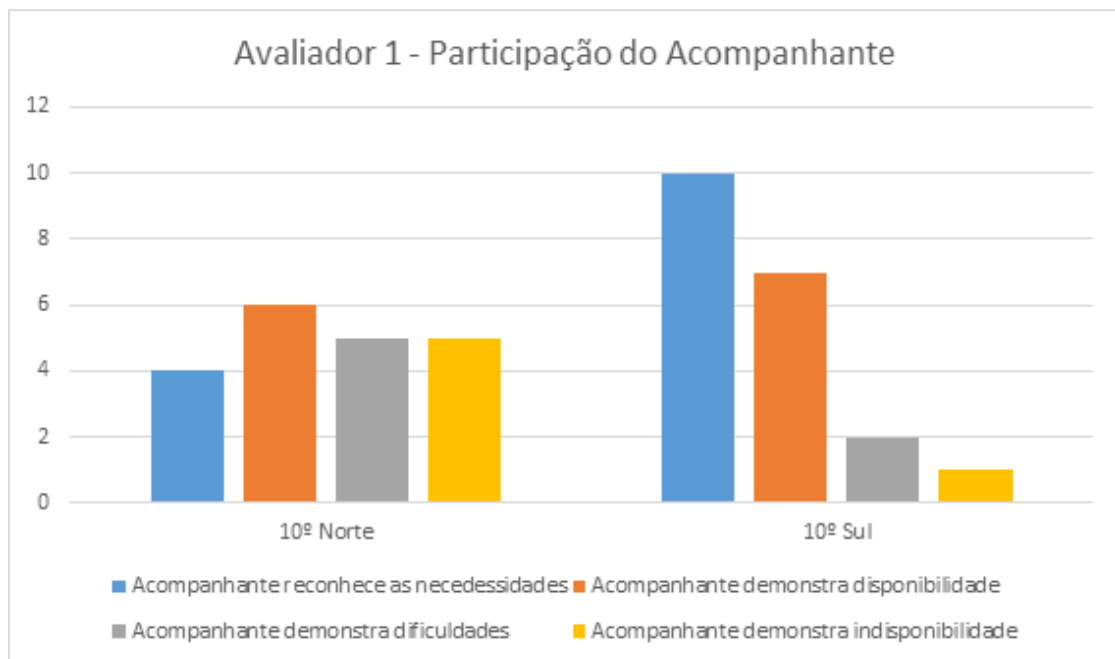
| Avaliador 1 – Participação do acompanhante | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Frequência | Percentual |
| Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente e consegue atendê-las. | 14 | 35% |
| Acompanhante demonstra disponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico. | 13 | 32,5% |
| Acompanhante demonstra dificuldades ou indisponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico E/OU manifesta comportamentos de ansiedade e/ou medo e/ou raiva e/ou retraimento. | 7 | 17,5% |
| Acompanhante ausente ou que demonstre indisponibilidade ou agressividade para cuidar do paciente e/ou Paciente requerendo cuidados técnicos de alta complexidade. | 6 | 15% |
| Total | 40 | 100% |

Fonte: AZEVEDO (2019).

Segundo exposto na Tabela 5, em relação a participação do acompanhante, 35% do total da amostra têm acompanhantes que reconhecem as suas necessidades físicas e emocionais, além de conseguir atendê-las. Assim também, o acompanhante tem um papel importante neste cuidado, sendo percebido atualmente que este exerce a função de protetor da criança, implicando na manutenção do vínculo familiar, o que pode resultar na diminuição do impacto negativo na hospitalização pediátrica (CHAGAS, 2015).

A compreensão de como esse acompanhante deve ser inserido no cuidado vem ao encontro ao perfil da equipe da equipe de enfermagem e em como se demonstram facilitadores para o contato entre família, equipe e paciente. No momento da internação, é importante garantir todas as informações referentes à criança, e, para isso, é importante perguntar aos familiares como era essa criança antes daquele dia, no que chamamos de anamnese do paciente, definida como primeira fase do processo de enfermagem, permitindo ao profissional de saúde identificar situações problemas, para poder planejar e implementar uma assistência segura, individualizada, humana e de qualidade (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Gráfico 1 – Participação do acompanhante (Avaliador 1)



Fonte: AZEVEDO (2019).

Outrossim, o Gráfico 1 demonstra a participação desses acompanhantes por unidade de internação, sendo possível observar que 6 pacientes internados na UIP10N têm acompanhantes que se demonstraram disponíveis para incorporar novos conhecimentos e habilidades para o cuidado ao paciente pediátrico. A maioria dos acompanhantes na UIP10S reconheceu as necessidades e consegue atendê-las.

A hospitalização da criança é vista como uma situação de mudanças delicadas tanto para a criança e/ou família quanto para a equipe hospitalar (GONÇALVES et al., 2017). Desse modo deve-se proporcionar um ambiente acolhedor, onde a criança e acompanhante sejam atentamente escutados e que seus anseios e dúvidas, quanto a prognósticos, tratamentos e

procedimentos sejam sanados. Essa ação torna-se fundamental para que a família entenda que sua presença e participação no cuidado seja importante e significativa para a melhora do quadro deste paciente.

Tabela 6 – Participação do acompanhante (Avaliador 2 UIP10N e Avaliador 2 UIP10S)

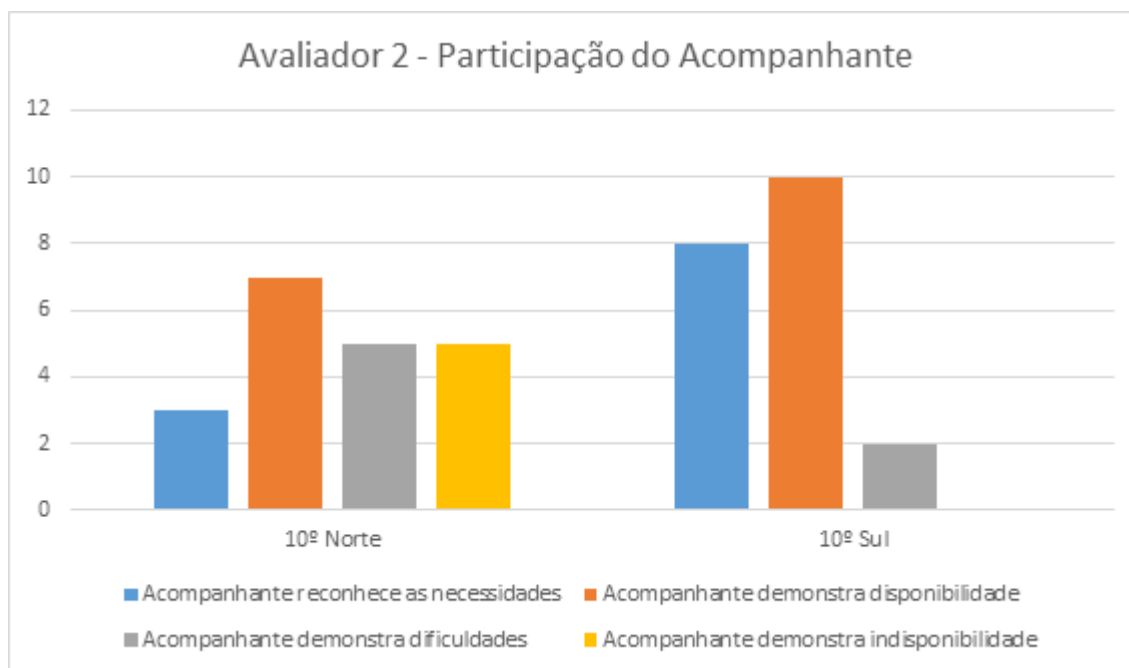
| Avaliador 2 – Participação do acompanhante | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Frequência | Percentual |
| Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente e consegue atendê-las. | 11 | 27,5% |
| Acompanhante demonstra disponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico. | 17 | 42,5% |
| Acompanhante demonstra dificuldades ou indisponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico E/OU manifesta comportamentos de ansiedade e/ou medo e/ou raiva e/ou retraimento. | 7 | 17,5% |
| Acompanhante ausente ou que demonstre indisponibilidade ou agressividade para cuidar do paciente e/ou Paciente requerendo cuidados técnicos de alta complexidade. | 5 | 12,5% |
| Total | 40 | 100% |

Fonte: AZEVEDO (2019)

Da mesma forma, na Tabela 6, 42,5% dos acompanhantes demonstram disponibilidade de incorporar novas informações e habilidades para realizar o cuidado do paciente, demonstrando comprometimento na terapêutica e recuperação do paciente pediátrico. Ressalta-se que para 7 pacientes os acompanhantes demonstraram ter dificuldades ou indisponibilidade para o cuidado.

Este resultado pode estar relacionado ao ambiente hospitalar e as vivências do acompanhante que, na maioria das vezes, são negativas, vivenciadas em um ambiente inadequado, ameaçador e que configura uma situação de ruptura familiar em relação à criança internada. Essas situações colaboram para intensificar o sentimento de fragilidade do acompanhante (CÔA; PETTENGILL, 2011).

Gráfico 2 – Participação do acompanhante (Avaliador 2)



Fonte: AZEVEDO (2019).

O Gráfico 2 apresenta a frequência com que o acompanhante participa dos cuidados prestados nas unidades. Percebe-se que na UIP10N 7 dos acompanhantes demonstram disponibilidade para o cuidado, e, na UIP10S, 10 deles apresentam os mesmos resultados.

No entanto, apresenta-se um resultado significativo quanto a dificuldades e a indisponibilidade do acompanhante de incorporar conhecimentos para realizar os cuidados ao paciente, representado por 7 acompanhantes indisponíveis na UIP10N e 2 acompanhantes que demonstram dificuldades na UIP10S.

Estudo demonstra que durante a internação vários fatores advindos deste momento estão presentes como fatores estressores e dificultadores para o cuidado, como mudança de ambiente físico, questões psicológicas, separação da família, interrupção das atividades rotineiras, acarretando numa compreensão dificultada acerca da real necessidade de cada paciente (GOMES; ERDMANN, 2005).

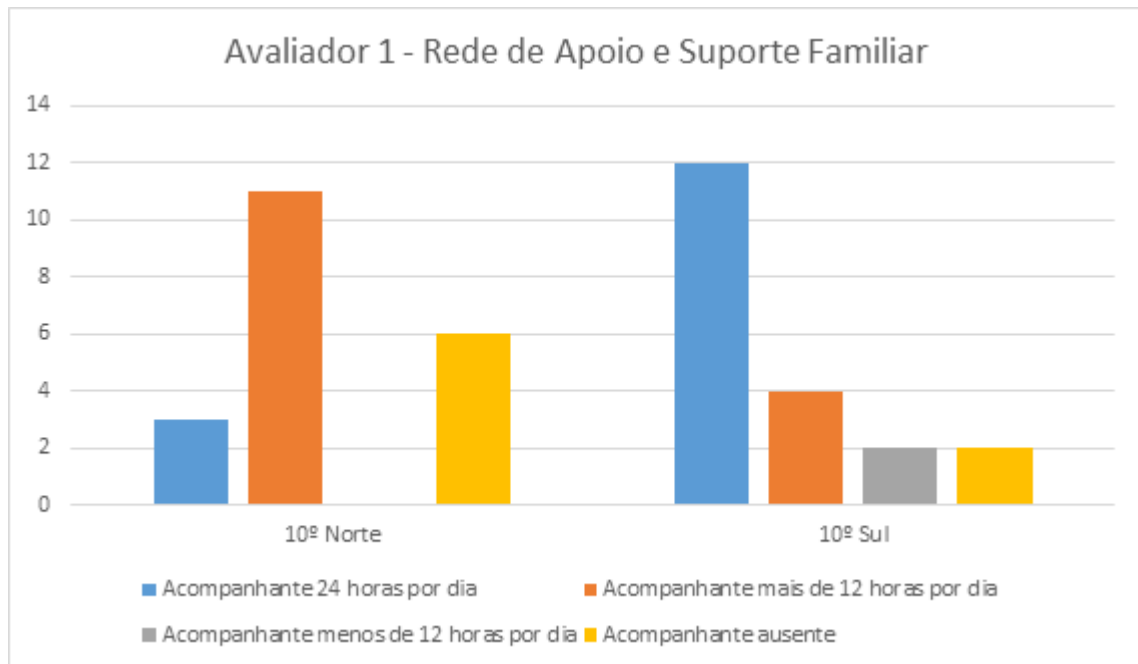
Tabela 7 – Rede de Apoio e Suporte familiar (Avaliador 1 da UIP10N e Avaliador 1 da UIP10S)

| Avaliador 1 - Rede de apoio e Suporte familiar | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Frequência | Percentual |
| Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante todo o tempo. | 15 | 37,5% |
| Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante mais de 12 horas ao dia. | 15 | 37,5% |
| Presenças de acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante menos de 12 horas ao dia | 2 | 5% |
| Ausências de suporte familiar OU Doença psiquiátrica do acompanhante OU Presença de acompanhante que demonstre estresse ou alienação da prestação de cuidados ao paciente. | 8 | 20% |
| Total | 40 | 100% |

Fonte: AZEVEDO (2019).

Na perspectiva de tempo em que os acompanhantes permanecem no hospital, na Tabela 7 é demonstrado que 37,5% da amostra têm acompanhantes por 12 ou 24 horas por dia. Este dado elucida a importância de uma boa rede de apoio e como ela contribui para promover e manter a relação da criança com a família. Além de promover uma assistência integral, este fator também neutraliza os sentimentos aguçados pela separação do lar (HAYAKAWA et al., 2010).

Porém ainda há um percentual significativo de ausência de acompanhante, demonstrado que 20% deles têm dificuldade em prestar um suporte adequado ao paciente internado, dados que apontam a necessidade de intensificar estratégias relativas à continuidade do cuidado.

Gráfico 3 – Rede de Apoio e Suporte Familiar (Avaliador 1)

Fonte: AZEVEDO (2019).

Desse modo, o Gráfico 3 apresenta os dados do Avaliador 1, demonstrando que 11 pacientes da UIP10N tinham presença de acompanhante mais de 12 horas por dia. Em contrapartida, na UIP10S, 12 crianças tinham acompanhante presente 24 horas por dia. A presença em período integral do cuidador fortalece a restauração do vínculo familiar e permite a criação de uma relação mais afetiva em relação a equipe assistente, visto que a família é um elo importante em relação a comunicação entre criança e profissional de saúde.

Cabe ressaltar aqui a importância do surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que permitiu garantir a proteção efetiva destes indivíduos sob os cuidados de uma legislação específica. De acordo com o ECA, é considerada criança a pessoa com idade inferior a 12 anos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos. Neste contexto, se o paciente internado for menor de 18 anos de idade, tem assegurado a presença de um acompanhante, devendo o estabelecimento de saúde fornecer condições para a sua permanência em tempo integral (BRASIL, 1990).

Tabela 8 – Rede de Apoio e Suporte familiar (Avaliador 2 da UIP 10N e Avaliador 2 da UIP 10°S)

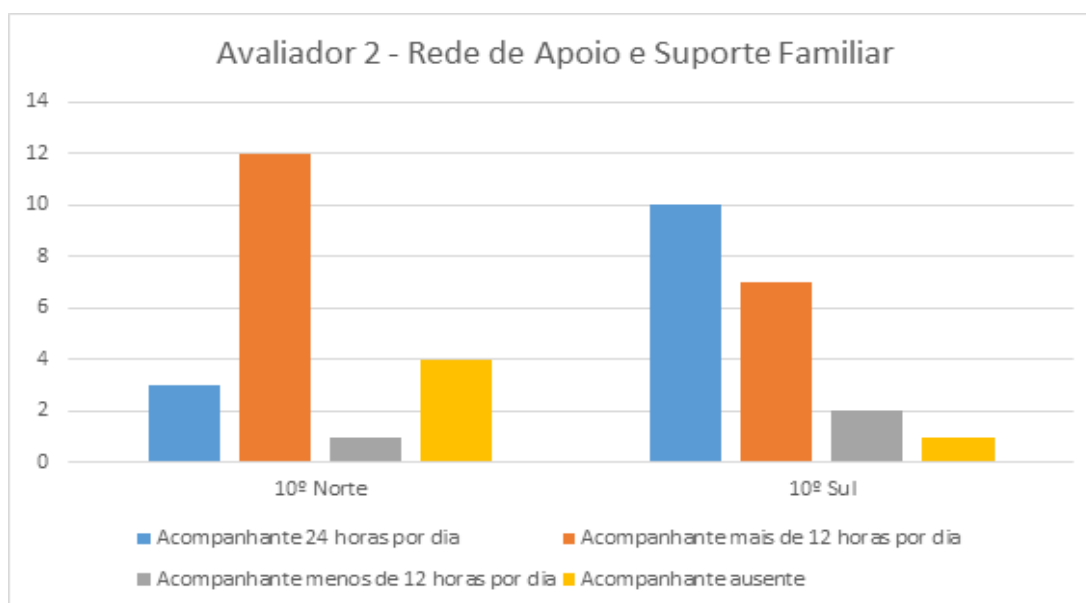
| Avaliador 2 – Rede de Apoio e Suporte Familiar | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Frequência | Percentual |
| Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante todo o tempo. | 13 | 32,5% |
| Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante mais de 12 horas ao dia. | 19 | 47,5% |
| Presenças de acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante menos de 12 horas ao dia | 3 | 7,5% |
| Ausências de suporte familiar OU Doença psiquiátrica do acompanhante OU Presença de acompanhante que demonstre estresse ou alienação da prestação de cuidados ao paciente. | 5 | 12,5% |
| Total | 40 | 100% |

Fonte: AZEVEDO (2019)

A Tabela 8 apresenta a frequência em que se encontram as crianças acompanhadas segundo ponto de vista do Avaliador 2, que tem em sua maioria presença de mais de 12 horas por dia de acompanhante, totalizando 47,5% da amostra. Na sequência, apresenta-se 32,5% de acompanhante presentes em período integral.

Dada a importância de uma boa rede de apoio e suporte familiar, um estudo realizado em Portugal pontua que a ajuda dos pais junto aos profissionais de saúde, cooperando e auxiliando nos procedimentos como aferição da temperatura corporal e no cuidado permanente a essa criança, sempre sob vigilância da equipe de enfermagem, contribui para diminuir a carga de trabalho do profissional e com o processo de negociação, inserindo o acompanhante no cuidado direito ao paciente (DE MELO et al., 2014).

Apesar dos resultados encontrados neste estudo serem positivos, sabe-se que existem fatores que podem ou não determinar a permanência ou afastamento do acompanhante ou responsável da criança hospitalizada, fatores esses que podem ser considerados externos como a estrutura familiar, a existência de outros dependentes além da criança hospitalizada, a sua inserção no meio social em que vive, além das atividades cotidianas que desempenha (MELO et al., 2014).

Gráfico 4 – Rede de Apoio e Suporte Familiar (Avaliador 2)

Fonte: AZEVEDO (2019).

Segundo demonstrado no Gráfico 4, os pacientes internados na UIP10N têm em sua maioria acompanhantes presentes durante mais de 12 horas por dia. Em contrapartida, na UIP10S os pacientes têm a presença do familiar 24 horas do dia. É essencial a permanência dos pais no hospital e o seu envolvimento no processo de saúde e doença no cuidado ofertado à criança (CHAGAS et al., 2017).

Neste contexto, pode-se perceber que as crianças hospitalizadas, em sua grande maioria, têm acompanhante por um período maior ou igual a 12 horas por dia, não permanecendo longos períodos sozinhas. Percebe-se que ainda há um número considerável de pacientes desacompanhados, o que pode acarretar uma demanda aumentada nos cuidados para a equipe de enfermagem.

Torna-se importante ressaltar que os achados presentes nesse estudo apontam para a complexidade dos pacientes nas unidades pesquisadas, visto que os cuidados inerentes a sua classificação demandam reconhecer a importância das famílias no processo de cuidado das crianças hospitalizadas.

Salienta-se ainda que o perfil dos pacientes deva ser considerado quando se pensa na demanda de cuidados e no dimensionamento de pessoal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em questão estabelece o perfil dos pacientes internados nas unidades pediátricas ao apontar que a média da faixa etária é de 3 anos e 7 meses e que em sua maioria os pacientes apresentam infecções respiratórias e gástricas. Demonstra que grande parte do tempo do trabalho da equipe de enfermagem está envolvida com pacientes com um alto grau de dependência.

No que se refere à permanência dos acompanhantes, a amostra tem como resultado a presença do familiar por mais de 12 horas por dia, que, em sua grande maioria, reconhecem ou demonstram disponibilidade para o cuidado ao paciente. Estes acompanhantes, além de estarem presentes fisicamente, assumem a capacidade de reconhecer as necessidades dos pacientes ou a disponibilidade de incorporar novos conhecimentos para a prestação de um cuidado mais qualificado e humanizado. O estudo demonstra ainda a importância do envolvimento do acompanhante no cuidado a essa criança, visto que, segundo o Sistema de Permanência Conjunta, modelo de cuidado das unidades de internação pediátricas do HCPA, permite a permanência dos pais por um período de 24 horas.

A aplicação do instrumento se mostrou viável como medida de acompanhamento do grau de dependência dos pacientes. O instrumento pode contribuir para o aprimoramento do processo de trabalho, repercutindo na tomada de decisão gerencial quanto à carga de trabalho de enfermagem, a partir do momento que estabelece de modo confiável a complexidade do paciente.

Acredita-se que outros estudos possam ser desenvolvidos para qualificar e aprimorar a assistência de enfermagem ao paciente pediátrico, considerando a família parte inerente do cuidado, comprometida com o aprimoramento de habilidades e conhecimentos condizentes com a adesão ao tratamento pelo paciente e melhoria das condições de saúde do mesmo.

Nesta monografia, foi observado que o Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico- versão Beta, na perspectiva do domínio família, se aplica nas unidades de internação pediátrica do estudo, evidenciando a importância de se avaliar o paciente na sua integralidade, na busca de envolver a família em todas as etapas da assistência. Além disso, ao comparar os apontamentos de cada avaliador, é possível ressaltar a pouca variabilidade dos mesmos no que se refere ao entendimento de cada indicador do domínio família, o que se comprova pelo valor de alfa de Cronbach de 0,88, corroborando os achados neste estudo no que diz respeito a confiabilidade e clareza do conteúdo do instrumento.

REFERÊNCIAS

- AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; LANÇONI JÚNIOR, Antônio Carlos; CREPALDI, Maria Aparecida. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 11, p.3653-3666, nov. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n11/3653-3666/>>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- AZZI, S.; ANDREOLI, Paola Bruno de Araújo. O cuidado da criança hospitalizada com doença grave e sua família. *In*: Knobel E, Andreoli PBA, Erlichman MR (org.). **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo (SP): Atheneu, p. 349-61, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**. 12. ed. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 13 junho. 2019.
- BRITO, Tábatta Renata Pereira de. et al. Aspráticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2009 out-dez; 13 (4): 802-08. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a16>. Acesso em: 20 junho. 2019.
- CHAGAS, M. et al. Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada. **Avances EnEnfermería**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.7-18, 1 jan. 2017. Universidad Nacional de Colombia. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a02.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- CÔA, Thatiana Fernanda; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 45, n. 4, p.825-832, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400005&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. **Diário Oficial da União**. 86. ed. Brasília, 8 maio 2017. Seção 1, p. 119-121. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-543-17-completa.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- CORTINA, Jose M.. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal Of Applied Psychology**, [s.l.], v. 78, n. 1, p.98-104, 1993. American Psychological Association (APA). Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/1993-19965-001>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

DIAS, Silvana Maria Zarth; MOTTA, Maria da Graça Corso da. PRÁTICAS E SABERES DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p.41-54, jan. 2004. Disponível em <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

DINI, Ariane Polidoro; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 787-793, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-787.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019

DUARTE, Thalita Cristine Ramirez; OLIVEIRA, Everaldo Muniz de; MORAIS JÚNIOR, Sérgio Luis Alves de. ARTIGO ORIGINAL REVISTA ENFERMAGEM ATUAL IN DERME - ESPECIAL 2019; 87. Protocolo de avaliação e classificação de pacientes pediátricos conforme o grau de demanda da equipe de enfermagem. **Artigo Original revista Enfermagem Atual In Derme - Especial**, São Paulo, v. 87, n. 1, p.1-5, 2019. Trimestral. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/announcement/view/1>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FERREIRA, Lucas Batista, et al. Nursing care for the families of hospitalized children and adolescents. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 1, p. 23-31. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237672/31107>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.72-78, fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 jun. 2019

GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. *In*: KURCGANT, Paulina (org.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, p. 91-96, 1991.

GOMES, G.*et al.* A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 234-240, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0234.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 20-30, 2005. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4537/2467>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

GUEDES, Anabela da Silva Moutinho. **Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional.** 2008. 193 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Departamento de Psiquiatria, Universidade do Porto, Porto, 2008. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/23753>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

HAYAKAWA, L. *et al.* Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 3, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2670/267019593015/>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

ISSI, Helena Becker. **O mundo vivido na enfermagem pediátrica: Trajetória de cuidado.** 2015. 390 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/133141/000985413.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

MAGALHAES, Ana Maria Müller de et al. Grau de dependência de pacientes em unidade de internação cirúrgica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 824-829, out. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500824&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2019.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller de; DALL'AGNOL, Clarice Maria; MARCK, Patricia Beryl. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente-estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 146-154, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2019.

MAGALHAES, Ana Maria Muller de; RIBOLDI, Caren de Oliveira; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-612, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2019.

MARTINEZ, Elena Araujo; TOCANTINS, Florence Romijn; SOUZA, Sônia Regina de. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 34, n. 1, p.37-44, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100005>. Acesso em: 10 jun. 2019.

MARTINS, Polyana Loureiro; AZEVEDO, Creuza da Silva; AFONSO, Selene Beviláqua Chaves. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 27, n. 4, p.1218-1229, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401218&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2019.

MELO, E. *et al.* The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.432-439, jun.

2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto et al. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630-638, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2019.

MOTA, Tércio de Sousa; ROCHA, Rafaela Ferreira; MOTA, Gabriela Brasileiro Campos. Família – Considerações gerais e historicidade no âmbito jurídico. *In: Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 84, jan 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?artigo_id=8845&n_link=revista_artigos_litura>. Acesso em 13jun 2019.

MOTTA, Maria da Graça. Cuidado humanizado no ensino de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p.60-758, nov. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a27>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

NATALI, R. *et al.* Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 584-590, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/18.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

NICOLA, AnairLazzari; ANSELMINI, Maria Luiza. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 58, n. 2, p.186-190, abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 jun. 2019

OLIVEIRA, B. *et al.* Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 65, n. 4, p.586-593, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 jun. 2019.

PANEZ, Giselle Silva. **Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios**. Lima: Iep Instituto de Estudios Peruanos, 2012. 164 p. Disponível em: <http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_175.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

PIMENTA, Erika Acioli Gomes; COLLET, Neusa. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 3, p.622-629, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300018&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 jun. 2019.

PINTO, J. *et al.* Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 63, n. 1, p.132-135, fev. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100022. Acesso em: 13 jun. 2019

PREZOTTO, Kelly Holanda; CHAVES, Maria Marta Nolasco; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 49, n. 1, p.44-53, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0044.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

RAINIO, Anna-Kaisa; OHINMAA, Arto E. Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system—case study from the general wards of one central hospital. **Journal of clinical nursing**, v. 14, n. 6, p. 674-684, 2005.

RANGEL, Angela Hygino; GARCIA, Joana. As diversas faces do acompanhamento de crianças hospitalizadas. **Reciis**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.19-29, 30 mar. 2012. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/604/1245>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

SANTOS, P. *et al.* Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 4, p.646-653, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 June 2019.

STREINER, David L. Being Inconsistent About Consistency: When Coefficient Alpha Does and Doesn't Matter. **Journal Of Personality Assessment**, [s.l.], v. 80, n. 3, p.217-222, jun. 2003. Informa UK Limited. Disponível em: <https://www.rotman-baycrest.on.ca/files/publicationmodule/@random45f5724eba2f8/JPersAssess03_80_217_222.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

TRETTENE, Armando dos Santos et al. Nursing workload in specialized Semi-intensive Therapy unit: workforce size criteria. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 49, n. 6, p.958-963, dez. 2015.

APÊNDICE A– Termo de Anuência

Declaramos para devidos fins, que aceitamos os (as) pesquisadores (as) Profª Drª Silvana Maria Zarth, Profª Drª Helena Becker Issi, Profª Drª Gisela Maria Schebela Moura, Enfª Simone Schiaramm Schenkel, Enfª Arlene Gonçalves dos Santos e Enfª Josiane Dalle Mulle a desenvolver o projeto de pesquisa SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS: aplicabilidade do Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico em relação aos cuidados de enfermagem que está sob a coordenação da Profª Silvana Maria Zarth cujo objetivo é analisar a aplicabilidade do Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico versão Beta (ICPP- versão Beta) (Anexo A) relação aos cuidados de enfermagem e estimar os níveis de complexidade a partir da aplicação do mesmo instrumento no Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas, após e mediante aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa/GPPG do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

A aceitação está condicionada ao cumprimento dos (as) pesquisadores (as) aos requisitos da Resolução Nº 446/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Porto Alegre, 20 de Outubro de 2017.

Helena Becker Issi

HCPA
Profª Helena Becker Issi
Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica
COREN-RS 12876

Assinatura e carimbo do responsável do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED)

APÊNDICE B–Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

| | |
|--|-------------------------|
| <p>SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS: aplicabilidade do Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico em relação aos cuidados de enfermagem</p> | <p>Cadastro no GPPG</p> |
|--|-------------------------|

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ___ de _____ de 201_.

| Nome dos Pesquisadores | Assinatura |
|--------------------------------------|------------|
| Silvana Maria Zarth | |
| Helena Becker Issi | |
| Gisela Maria Schebela de Souto Moura | |
| Simone Scharamm Schenkel | |
| Arlene Gonçalves dos Santos | |
| | |
| Josiane Dalle Mulle | |

APÊNDICE C–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Avaliação da Aplicabilidade do Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico na Perspectiva do Domínio Família

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a aplicabilidade do Instrumento de Classificação do Paciente Pediátrico em relação aos cuidados de enfermagem, sob o domínio família. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: preencher o ICPP - versão Beta após avaliação diária do paciente e consulta ao prontuário conforme necessidade para qualificação do processo de cuidado ao paciente. Não são conhecidos riscos decorrentes da sua participação na pesquisa, entretanto, pode haver desconforto pelo tempo inerente ao preenchimento do instrumento. Os possíveis benefícios decorrentes da sua participação na pesquisa são em relação ao dimensionamento de pessoal em sua área de atuação, planejamento de custos e garantia do padrão de qualidade da assistência. Ao utilizar um instrumento validado na pediatria pode-se determinar o grau de dependência da criança e da família em relação ao cuidado de enfermagem, o que poderá auxiliar no estabelecimento do tempo necessário para realização de uma assistência integral, humanizada e segura. Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof^ª Silvana Maria Zarth, pelo telefone (51) 33598596, com o pesquisador Prof^ª Helena Issi, pelo telefone 33598596 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador que aplicou o Termo _____

Assinatura: _____

Local e Data: _____

ANEXO A – Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos – Versão beta

Quadro 3 – Instrumento de classificação de pacientes pediátricos (versão beta) *

Domínio: Família

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

- 1- Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente e consegue atendê-las.
- 2- Acompanhante demonstra disponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico.
- 3- Acompanhante demonstra dificuldades ou indisponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico E/OU manifesta comportamentos de ansiedade e/ou medo e/ou raiva e/ou retraimento.
- 4 - Acompanhante ausente ou que demonstre indisponibilidade ou agressividade para cuidar do paciente e/ou Paciente requerendo cuidados técnicos de alta complexidade.

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

- 1- Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante todo o tempo.
- 2- Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante mais de 12 horas ao dia.
- 3- Presenças de acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante menos de 12 horas ao dia
- 4- Ausências de suporte familiar OU Doença psiquiátrica do acompanhante OU Presença de acompanhante que demonstre estresse ou alienação da prestação de cuidados ao paciente.

Domínio: Paciente

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

- 1- Demonstração de afeto com o familiar e de interesse a estímulos e atividades compatíveis com a faixa etária, como: brincadeiras, jogos, acompanhamento do currículo escolar ou leitura.
- 2- Demonstrações de afeto com o familiar e de interesse a estímulos, com limitação para a realização de atividades compatíveis com a faixa etária, como: jogos, brincadeiras, acompanhamento do currículo escolar ou leitura.
- 3- Desinteresse a estímulos por dor, tristeza, raiva, agitação psicomotora ou apatia; dificuldades de linguagem; deficiência visual ou déficit no desenvolvimento.
- 4- Paralisia cerebral severa ou coma vigil ou inconsciente ou totalmente sedado.

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

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

Mobilidade e deambulação: Possibilidade do paciente pediátrico mobilizar segmentos corporais e deambular com segurança.

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

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

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

Continua...

Quadro 1 – Instrumento de classificação de pacientes pediátricos (versão beta)*

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

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

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

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

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

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

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

Domínio: Procedimentos terapêuticos

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

- 1- 6/6 horas.
- 2- 4/4 horas.
- 3- 2/2 horas.
- 4- Intervalo menor de 2 horas ou monitorização contínua.

Terapêutica Medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações.

- 1- Não necessita de medicamentos.
- 2- Medicamentos por via tópica, ocular e/ou oral com paciente colaborativo.
- 3- Medicamentos por vias parenteral, enteral, inalatória, OU por via tópica, ocular ou oral com paciente não colaborativo.
- 4- Hemoderivados e/ou quimioterápicos e/ou Indicação absoluta de uso de bomba de infusão.

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

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

* O Avaliador deverá escolher a situação que melhor descrever as condições do paciente pediátrico e comparar o escore final à escala: 11-17 pontos=Mínimos; 18-23 pontos=Intermediários; 24-30 pontos= Alta dependência; 31-36 pontos= Semi-Intensivos; 37-44 pontos=Intensivos.