

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA E DESENVOLVIMENTO
BIOTECNOLOGIA MÉDICA

Sandra de Andrade

**Adaptação de um instrumento para classificação de pacientes
baseado nas necessidades individualizadas no cuidado de
enfermagem do paciente pediátrico oncológico**

Dissertação de mestrado

Botucatu

2009

Sandra de Andrade

**Adaptação de um instrumento para classificação de pacientes
baseado nas necessidades individualizadas no cuidado de
enfermagem do paciente pediátrico oncológico.**

Dissertação apresentada á Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista - Julio de Mesquita Filho –
Campus de Botucatu, ao Programa de Pós-Graduação em
Pesquisa e Desenvolvimento Biotecnologia Médica, para
obtenção do título de Mestre.

Orientador Prof.Dr. Sérgio Vicente Serrano

Co-orientadora: Prof^a.Dr^a. Maria Salete de A. Nascimento

Botucatu
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Andrade, Sandra de.

Adaptação de um instrumento para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas no cuidado de enfermagem do paciente pediátrico oncológico / Sandra de Andrade. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientador: Sérgio Vicente Serrano

Co-orientador: Maria Salete de Angelis Nascimento

Assunto CAPES: 40101088

1. Enfermagem pediátrica 2. Crianças - Câncer 3. Biotecnologia médica
4. Cuidados em enfermagem

CDD 618.92

Palavras-chave: Classificação; Enfermagem; Pacientes pediátricos

DEDICATÓRIA

A Deus por ter me dado forças para chegar até aqui.

Aos meus pais pelo amor, dedicação,
carinho e apoio para conclusão deste projeto.

As minhas irmãs pelo apoio e por fazer parte
da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Edmundo Carvalho Mauad em especial pela oportunidade, apoio, incentivo e por ter acreditado em mim.

Ao Sr. Henrique Prata pela oportunidade de poder trabalhar no Hospital Fundação Pio XII e desenvolver este projeto.

À Dra. Scylla Duarte Prata pela oportunidade de poder realizar essa pesquisa no Hospital de Câncer de Barretos e fornecer o suporte necessário para sua concretização.

Ao meu orientador Dr. Sérgio Vicente Serrano, por toda dedicação e paciência na elaboração deste trabalho.

A minha co-Orientadora por todo carinho, dedicação, atenção e por ter acreditado no meu desempenho.

A equipe do Núcleo de Apoio em Pesquisa, em especial a Stela, Allini, Dr. André, Silvana e Thiago pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis na elaboração deste trabalho.

A equipe da pediatria (médicas, enfermeiras e técnicas de enfermagem) pela contribuição e pela ajuda para realização desta pesquisa.

A equipe de enfermeiros do departamento de internação clínica pela colaboração durante a rotina de trabalho.

A equipe da biblioteca, e ao departamento de ensino e pesquisa pelo apoio durante as pesquisas realizadas.

Aos meus amigos companheiros de pós-graduação, Tânia, Natasha, Sandro, e Gustavo pelos momentos de descontração durante as longas horas de viagem.

A meu namorado pelo apoio e paciência durante o desenvolvimento da dissertação.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos: (a) avaliar a confiabilidade interavaliadores do instrumento para a classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini em uma população de pacientes infanto-juvenil portadores de câncer; (b) Verificar se o instrumento de classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini é adequado para pacientes infanto juvenis portadores de câncer. (c) elaborar uma proposta de modificações no instrumento de classificação, permitindo a adaptação para pacientes pediátricos oncológicos. Foram avaliados 34 pacientes na unidade de internação pediátrica de um hospital de câncer, pelas equipes de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Para a avaliação do grau de concordância entre os escores obtidos pelos avaliadores, foi utilizado o coeficiente Kappa. A análise de concordância revelou um Kappa intermediário a alto ($K = 0,69$ a $0,84$) entre as classificações objetivas, e um Kappa baixo ($0,12$ a $0,31$) nas subjetivas. Concluiu-se que o instrumento é confiável e reprodutível, porém para classificação do paciente pediátrico oncológico sugere-se a incorporação de itens complementares para atingir um resultado mais compatível com a realidade desta população.

Palavras Chave: Classificação, Pacientes Pediátricos, Enfermagem

ABSTRACT

This study aimed to a-) evaluate the reliability of Dini's instrument model for classification pediatric patients in children youth cancer patients; b-) verifying if the classification pediatric patients; c-) preparing a proposal to amend the instrument of classification to pediatric cancer patients. 34 pediatric inpatients from the Cancer Hospital were evaluated by the physicians, nurses and auxiliary nursing team. Kappa's quotient was used to observe the concordance degree of the total scores from the evaluating team. The reliability analysis showed a Kappa from intermediate to high ($K= 0,69$ to $0,84$) for the objective classification and a low Kappa ($0,12$ to $0,31$) which is worthful, however for the reality of this population, it suggests to add complementary itens to reach a better result.

Key Words: Classification, Pediatric Patients, Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS

C	Concordância
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem.
CPP	Classificação Progressivade Pacientes
JCAH	Joint Comissiono f Acreditadion Of Hospitals
SCP	Sistema de classificação de Pacientes

TABELA 1	Características dos pacientes estudados segundo o sexo, tipo de neoplasia e motivo de internação.	39
TABELA 2	Análise de concordância bruta e ajustada para os graus obtidos em cada indicador do instrumento entre avaliadores e pesquisador.	41
TABELA 3	Análise de concordância entre a classificação dos níveis de complexidade de cuidados de enfermagem atribuídos pelos médicos, enfermeiros, e técnicos de enfermagem <i>versus</i> a classificação atribuída pelo pesquisador.	43
TABELA 4	Análise da concordância entre as classificações objetivas e subjetivas dos níveis de complexidade de cuidados de enfermagem atribuídas pelos avaliadores.	45
TABELA 5	Correlação entre a classificação subjetiva atribuídas pelos avaliadores <i>versus</i> a caracterização clínica atribuídas pelos dos avaliadores.	47

SUMÁRIO

Dedicatória

Agradecimentos

Lista de abreviaturas

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

INTRODUÇÃO 17

Sistema de classificação de pacientes 20

REFERÊNCIAS 25

ARTIGO CIENTÍFICO 31

APÊNDICES 52

ANEXOS 56

No Brasil são estimados mais de 9000 casos novos de câncer infanto-juvenil, por ano. Assim como em países desenvolvidos, o câncer já representa a segunda causa de mortalidade proporcional entre crianças e adolescentes de 1 a 20 anos, para todas as regiões. Como a primeira causa são aquelas relacionadas aos acidentes e à violência, podemos dizer que o câncer é a primeira causa de mortes por doença, após 1 ano de idade, até o final da adolescência. Dessa forma, revestem-se de importância fundamental para o controle dessa situação e o alcance de melhores resultados, as ações específicas do setor saúde, como organização da rede de atenção e desenvolvimento das estratégias de diagnóstico e tratamento oportunos.⁽¹⁾

Câncer infanto-juvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. As neoplasias mais freqüentes na infância são as leucemias (glóbulos brancos), tumores do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático). Também acometem crianças o neuroblastoma (tumor de células do sistema nervoso periférico, freqüentemente de localização abdominal), tumor de Wilms (tumor renal), retinoblastoma (tumor da retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que vão dar origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo) e sarcomas (tumores de partes moles).⁽¹⁾

A criança é uma pessoa com características singulares, com competências e vulnerabilidades compatíveis com cada fase de desenvolvimento, com direitos, corpo, mente, valores e espiritualidade próprias.⁽²⁾ Existe um despreparo das mesmas no que se refere à experiência hospitalar e aos procedimentos correlatos e o motivo é baseado no princípio de que o medo de algo desconhecido resulta numa exacerbação da fantasia.⁽³⁾

Na busca pela excelência do cuidar inicia-se o grande desafio da oncologia pediátrica, na qual um cuidado especializado inclui a competência técnica aliada à sensibilidade necessária à promoção do cuidado humanizado.

A oncologia é uma das áreas que mais causa dor, sofrimento, ansiedade e estresse ao paciente e seus familiares, e são muitos os

aspectos, a serem considerados nas orientações direcionadas á equipe de enfermagem ao lidar com a criança portadora de câncer. ⁽⁴⁾

O enfermeiro cada vez mais se preocupa em nortear suas ações para a melhoria da qualidade da assistência, porém existe uma grande dificuldade na mensuração do trabalho da enfermagem que, infelizmente, não fornece parâmetros em termos operacionais para cálculos de recursos humanos. ^(5 - 6)

Distribuindo-se as horas de enfermagem trabalhadas na assistência e no cuidado de crianças hospitalizadas, pode-se observar que a criança exige um tempo adicional em relação ao cuidado do adulto em todos os níveis de complexidade. Observa-se também que o grau de dependência do paciente determina ou influencia os tipos de cuidados que lhe serão necessários. ^(7 - 8)

O dimensionamento do profissional é um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem. Este dimensionamento torna-se necessário para prover cuidados de forma a garantir a qualidade da assistência a um grupo de pacientes de acordo com a filosofia, singularidade e estrutura de cada organização. ⁽⁹⁾

A qualidade de um serviço de saúde, determinante para o funcionamento dos mesmos, é o conjunto da estrutura do processo de trabalho e dos resultados das ações realizadas para melhorar a saúde dos pacientes. ⁽¹⁰⁾

O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes é um fator que pode subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam as necessidades dessa clientela, portanto é necessário realizar o diagnóstico situacional de cada unidade dentro de uma instituição. ⁽¹¹⁾

Com a transformação tecnológica e a disseminação dos meios de comunicação, tem-se exigido cada vez mais um padrão de eficiência e qualidade em todos os setores e principalmente na saúde. ⁽¹²⁾

Este panorama se torna mais complexo frente ao adoecimento e hospitalização de uma criança, sendo necessário não apenas conhecimento técnico e biológico, mas também disponibilidade individual, afetividade,

flexibilidade necessárias para manter condições favoráveis tanto para a recuperação das enfermidades quanto para a manutenção de seu desenvolvimento.⁽¹³⁾

A enfermagem tem sentido a necessidade, cada vez maior, de utilizar um método científico como estrutura para a organização da assistência. Isto permitiria que os profissionais desenvolvessem métodos práticos, eficientes e rápidos de obterem resultados, relacionados a melhoria da assistência e ao dimensionamento do pessoal.⁽¹⁴⁾

A adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), como ferramenta para a prática administrativa de enfermagem, propicia a tomada de decisão em áreas relacionadas a dimensionamento de pessoal, qualidade e monitoramento de custos da assistência de enfermagem.^(15 -16 - 17)

Sistema de Classificação de Pacientes

Ao longo dos tempos os pacientes vêm sendo classificados de acordo com o diagnóstico médico, idade, sexo e outras características. Embora tais critérios apresentem informações importantes, não oferecem distinção quanto à necessidade de atenção dos pacientes.^(18 - 15)

Florence Nightingale já sugeria que os pacientes que apresentavam quadro clínico mais grave ficassem em leitos mais próximos ao posto de enfermagem. Porém somente a partir da década de 1920 os hospitais americanos passaram a classificar os pacientes de acordo com a severidade da doença e tipo de cuidado.⁽¹⁹⁾

Os precursores do estudo de classificação de pacientes foram os pesquisadores do *Johns Hopkins University and Hospital*, nos Estados Unidos, que em 1960, desenvolveram e introduziram um SCP fundamentado no grau de necessidades dos pacientes em relação á assistência de enfermagem. Os pesquisadores classificaram os pacientes em três grupos: autocuidado, cuidado parcial ou intermediário e cuidado intensivo ou total. A média de horas de assistência de enfermagem foi determinada para cada classificação, assim, possibilitando a estimativa diária das necessidades dos pacientes em relação á assistência de enfermagem.⁽²⁰⁾

Barhan e Schneider em 1980, apresentaram nos Estados Unidos um tipo de instrumento de classificação de pacientes denominado *Matrix*, que contém em uma única matriz de acordo com a categoria profissional, o tempo despendido em cada área de cuidado e as horas totais de assistências em cada um dos níveis estabelecidos. Após a divulgação deste estudo, em 1981, a *Joint Commission of Accreditation of Hospitals* (JCAH), recomendou aos serviços de enfermagem definir, implementar e manter este sistema para determinar as necessidades de cuidados do paciente. ⁽²¹⁾

No entanto, somente em 1989, o SCP foi considerado um método para determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado do paciente, objetivando o alcance dos padrões de qualidade assistencial. ⁽²²⁾

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), preocupadas em implementar e garantir a qualidade nos hospitais latino-americanos propuseram a utilização de programas de acreditação, mencionando a categorização como método criterioso a ser utilizado para a classificação de serviços. ⁽²³⁾

De acordo com McCloskey e Bulechek, as classificações contribuem para o avanço da base de conhecimento de uma área por meio da organização e da descoberta dos princípios orientados daquilo que é conhecido. E a partir da identificação das intervenções mais utilizadas junto a determinados grupos de clientes é possível estabelecer os recursos necessários para a sua execução, o nível de complexidade de cuidado, a categoria do profissional envolvido e o tempo despendido para sua realização. ⁽²⁴⁾

No Brasil, em 1972, Ribeiro foi uma das primeiras autoras a abordar o conceito de classificação progressiva de pacientes (CPP), como um método para instrumentalizar o dimensionamento de recursos humanos em enfermagem, de forma a oferecer uma distribuição mais equitativa da assistência, e um aumento da produtividade e eficiência hospitalar. ⁽²⁵⁾

Autores como Campedelli, Fugulin, Perroca e Martins, construíram e validaram instrumentos para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem, partindo do princípio que a gravidade do doente da unidade tem vital importância no dimensionamento de pessoal nas instituições de saúde. ⁽²⁶⁾

O SCP é um método que possibilita a caracterização epidemiológica, discriminando os pacientes em categorias de cuidados, quantificando a demanda por especialidade ⁽²⁷⁾ e, com isso obtendo uma maior efetividade e produtividade da equipe de enfermagem. ⁽¹⁵⁾ Desta forma a utilização do SCP possibilita agrupar os pacientes por complexidade assistencial, observar o perfil de cada grupo, reorientando a equipe envolvida no processo assistencial. ⁽²⁸⁾

Na prática gerencial do enfermeiro, o SCP contribui para o aperfeiçoamento dos modelos utilizados na determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que possibilita evidenciar a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem, dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado. ⁽¹⁹⁾

O SCP tem se tornado objeto de constante preocupação, discussão e investigação da equipe de enfermagem interessadas em produzir serviços de qualidade, visando o atendimento das necessidades da clientela. ⁽²⁹⁾

Contudo diante da inexistência de parâmetros oficiais do processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu por meio da resolução número 189/96 que o referencial mínimo para o quadro profissional deverá ser baseado nas horas da assistência de enfermagem e a proporção funcionário /leito. ⁽³⁰⁾

Em 2004, o COFEN, revogando a Resolução anterior, indicou por meio da Resolução número 293/04 novos parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde. Estes novos parâmetros foram estabelecidos através de sugestões de enfermeiros gerentes de unidades assistenciais, sobre o quadro ideal de pessoal de enfermagem para assistir a um número específico de pacientes de cuidado mínimo, intermediário, semi-intensivo e intensivo. ⁽³¹⁾

Neste contexto a literatura destaca três modelos de SCP: avaliação protótipo, avaliação de fatores e avaliação informatizada. ^(15 - 32)

1º Avaliação protótipo, considerado mais subjetivo, descreve as categorias de pacientes e a demanda do cuidado de cada categoria.

2° Avaliação de fatores, considerado mais objetivo consiste na identificação de elementos específicos ou indicadores de cuidado de enfermagem, de modo a classificar o paciente em cada um desses fatores ou indicadores.

3° Avaliação informatizada tem como característica o uso de software, no qual a classificação do paciente é automaticamente inserida no sistema, possibilitando conhecer a demanda de cuidado do serviço de saúde.

Quando se refere à revisão da literatura, esta mostrou números limitados de sistema de classificação que incluem os cuidados de pacientes e destes, poucos são reportados como dados validado e de confiabilidade. ⁽³³⁾

O SCP adequado é aquele que utiliza instrumentos que permitam resultado seguro para a avaliação dos pacientes e da unidade. Dentre esses recursos destacam-se os desenvolvidos para identificar a gravidade dos doentes, avaliar a carga de trabalho de enfermagem, quantificar as necessidades de cuidados de pacientes e estimar a real necessidade de profissionais de enfermagem. ⁽³⁴⁾

Com base em estudos nacionais e internacionais, verifica-se a importância do uso do SCP para identificar e dar suporte às demandas do paciente, sendo esta a ferramenta do processo de decisão do enfermeiro, identificando e validando assim os resultados das intervenções de enfermagem. ⁽³⁵⁾

Os instrumentos de classificação atualmente existentes foram considerados adequados apenas para pacientes adultos, e não possibilitam a classificação adequada de pacientes pediátricos.

A inexistência de um referencial próprio, que possibilite a classificação dos pacientes pediátricos, de acordo com as suas características específicas, faz com que a equipe de enfermagem classifique estes pacientes de maneira equivocada, utilizando parâmetros que não traduzem as reais necessidades assistenciais dessa clientela e, conseqüentemente, provocando distorções na previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem.

Para suprir esta necessidade, Dini em 2007 validou um instrumento, dentro da classificação citado anteriormente como a avaliação

de fatores, utilizado como método de sistema de classificação de pacientes pediátricos, com o objetivo de avaliar a extensão da dependência do paciente com relação à assistência de enfermagem.

Neste instrumento são apresentados onze indicadores de demanda de enfermagem sendo que cada indicador foi atribuído quatro situações de dependência de cuidado graduadas com um valor numérico de um a quatro pontos, de forma que um ponto representa uma menor demanda de enfermagem e quatro pontos representa a maior demanda de enfermagem.

Em virtude da nossa dificuldade em dimensionar a equipe de enfermagem no cuidado do paciente pediátrico oncológico, este estudo teve por finalidade implantar e aplicar na unidade de internação oncológica do Hospital de Câncer de Barretos o sistema de classificação de pacientes pediátricos elaborado por Dini, com o intuito de avaliar o grau de confiabilidade entre os avaliadores e observar se ele atende integralmente às características do paciente pediátrico oncológico.

Os objetivos, métodos e resultados deste estudo serão apresentados na forma de artigo científico.

REFERÊNCIAS

1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007 [acesso em 2009 jan 01]. Disponível em:<[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) >.

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

3- Oliveira F.G. O impacto da Hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade.Trabalho apresentado no V congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar,de 7 a 10 de setembro de 2005 .São Paulo.

4- Lemos FA, Lima RAG, Mello DF. Assistência a criança e ao adolescente com câncer:a fase da quimioterapia intratecal. Rev.latino-Am Enfermagem. 2004.maio/jun:12(3):485-93.

5- Campedelli M, Takito C, Sancinetti TR, Benko MA. Cálculo de pessoal em enfermagem: competência da enfermeira. Rev.Esc.Enfermagem USP, São Paulo,v.1,n21,p.3-13,abr.1987.

6- Romero E.A., Araujo ES, Watanabe MY, Lisboa MAPLP, Abud MH, Barroso RV. Proposta de um instrumento para a classificação dos cuidados de enfermagem quanto ao grau de dependência.In:ENFTEC,5,São Paulo,1994.Anais.São Paulo,1994.p.482-5.

7- Alcalá M.U,Nunes MF, Kato T, Reigada I, Silva RM.Cálculo de pessoal:estudo preliminar para o estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência.São Paulo,Secretaria de Higiene e Saúde,1982.

- 8- Hanson M.R, Phythian A.M, Jarvis.B.J, Stewart C. The true cost treating children.v.169, 1998.
- 9- Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem.Rio de Janeiro.Guanabara Koogan,2005. p.125-137.
- 10- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care.Social Science &Medicine 2000;51:1611-25.
- 11- Fugulin FM, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema classificação de Pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev. Latino-am Enfermagem 2005;13(1):72-8.
- 12-Fugulin FMT.Dimensionamento de pessoal de enfermagem:avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino(tese-Doutorado).São Paulo (SP):Escola de enfermagem da universidade de São Paulo;2002.
- 13- Dini P.A. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos:Construção e validação de instrumento. Campinas, 2007. Dissertação (mestrado). Universidade de Campinas. p 44.
- 14- Martins,E A P;Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. Rev.latino-am.enfermagem, 2000,Ribeirão Preto,v.8,n.2,p.74-82.
- 15- Giovanetti P. Undesrtanding patient classification systems. J Nurs Adm 1979;9(2):4-9.
- 16- Rodrigues Filho J. Sistema de Classificação de pacientes-parte I:dimensionamento de pessoal de enfermagem. Rev Esc. Enf USP 1992;4:395-404.

- 17- Rainio AK, Ohinmaa AE. Assesment of nursing management and utilization of nursing resourcer with the RAFAELA patient classification system-case study from the general wards of one central hospital. J Clinical nursing. 2005;14:674-84.
- 18- AlwardRR.Patient classification systems: the ideal VS.reality. J.Nurs Adm 1983;13(2):14-9.
- 19- Fugulin FMT. Sistema de Classificação de pacientes: análise das horas da assistência de enfermagem(dissertação).São Paulo (SP) :Escola de Enfermagem da USP ;1997.
- 20- Connor.RJ Effetur of nursing resources a research report. Hospitals 1961;35(5):30-9.
- 21- Bardan VZ, Schneider W. Matrix: a unique patient classification system. J Nurs Adm 1980;10(12):25-31.
- 22- Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam esta prática (tese).São Paulo,Escola de enfermagem; 1994.
- 23- Novaes HM. Padrões e indicadores de qualidade para hospitais.Brasil:OPAS;1994.
- 24- Mc closkey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de enfermagem.Trad.de Regina Machado Garcez.3 ed.Porto Alegre:Artmed;2004.
- 25- Ribeiro CM.Sistema de Classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem (tese).São Paulo(SP):Escola de Enfermagem da USP;1972.

26- Perroca MG, Gaidzinski RR. Análise da validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. Rev Latino-am enfermagem 2004 janeiro-fevereiro;12(1):83-91.

27- Trofino J.J. Caho Nursing Stands Nursing Care Hours and LOS per DRG: Part I. Nurs Managel 1989;20(1): 29-32.

28- Carmona LMP, Évora YDM. Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(1): 42-9.

29- Santos.F, Rogenski.B.M.N, Baptista.C.M.C, Fugulin.T.M.F. Sistema de Classificação de Pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. Rev. latino-am enfermagem 2007 setembro-outubro;15(5). Escola de Enfermagem da USP;1972.

30- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n 189, de 25 de mar. 1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem; enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo, 1997. p.177-80.

31- Conselho Federal de enfermagem. Resolução n 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados (on line) Rio de Janeiro: COREN; 2004. Disponível em : <<http://corensp.org.br/072005>> (10 dez 2008).

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

33- Lovett.B.R, Leslie W., Millan M S. Validity and Reliability of a Pediatric Hematology Oncology Patient Acuity Tool. Journal of Pediatric Oncology Nursing, vol8, n 3 (July), 1991: pp 122-130.

34- Malloch K, Canovaloff A. Patient classification systems.Part I.The third generation.J Nurs adm.1999;29(7/8):49-56.

35- Martins P. Sistema de classificação de Pacientes na especialidade psiquiátrica(dissertação).São Paulo,(SP):Escola de Enfermagem da USP;2001.
gordis

ARTIGO CIENTÍFICO SUBMETIDO À REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP.

Adaptação de um instrumento para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas no cuidado de enfermagem do paciente pediátrico oncológico.

An instrument model adaptation for pediatric patients classification based on individualized needs in nursing care of pediatric cancer patients

La adaptación de una herramienta para la clasificación de pacientes basada en las necesidades individualizadas en el cuidado de enfermería de los pacientes de cáncer pediátrico.

Sandra de Andrade¹

Sérgio Vicente Serrano²

Maria Salete de A. Nascimento³

Stela Verzinhasse Peres⁴

Allini Maфра da Costa⁵

* Parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós graduação em Pesquisa e Desenvolvimento: Biotecnologia Médica – UNESP – Campus de Botucatu, 2009.

¹ Mestranda do Programa de Pós graduação – Biotecnologia Médica Unesp- Botucatu/ Enfermeira do Hospital de Câncer de Barretos andrade.enf@hotmail.com

² Doutor em Ciências Médicas – USP Ribeirão Preto, 2005/Médico do Serviço de Oncologia Clínica Hospital de Câncer de Barretos vserrano@hotmail.com

³ Doutora em Ciências Médicas – USP Ribeirão Preto, 2004/ Médica do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de Câncer de Barretos salatenascimento@uol.com

⁴ Doutoranda em Saúde Pública – USP São Paulo/Bioestatística do Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital de Câncer de Barretos epidemiologia@hcancerbarretos.com.br

⁵ Graduanda em Enfermagem/ Gerenciadora de Banco de dados Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital de Câncer de Barretos gerenciadornap@hcancerbarretos.com.br

RESUMO

Este estudo teve como objetivos: (a) avaliar a confiabilidade interavaliadores do instrumento para a classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini em uma população de pacientes infanto-juvenil portadores de câncer; (b) Verificar se o instrumento de classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini é adequado para pacientes infanto juvenis portadores de câncer. (c) elaborar uma proposta de modificações no instrumento de classificação, permitindo a adaptação para pacientes pediátricos oncológicos. Foram avaliados 34 pacientes na unidade de internação pediátrica de um hospital de câncer, pelas equipes de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Para a avaliação do grau de concordância entre os escores obtidos pelos avaliadores, foi utilizado o coeficiente Kappa. A análise de concordância revelou um Kappa intermediário a alto ($K= 0,69$ a $0,84$) entre as classificações objetivas, e um Kappa baixo ($0,12$ a $0,31$) nas subjetivas. Conclui-se que o instrumento é confiável e reprodutível, porém para classificação do paciente pediátrico oncológico sugere-se a incorporação de itens complementares para atingir um resultado mais compatível com a realidade desta população.

Palavras Chave: Classificação, Pacientes Pediátricos, Enfermagem

ABSTRACT

This study aimed to a-) evaluate the reliability of Dini's instrument model for classification pediatric patients in children youth cancer patients; b-) verifying if the classification pediatric patients; c-) preparing a proposal to amend the instrument of classification to pediatric cancer patients. 34 pediatric inpatients from the Cancer Hospital were evaluated by the physicians, nurses and auxiliary nursing team. Kappa's quotient was used to observe the concordance degree of the total scores from the evaluating team. The reliability analysis showed a Kappa from intermediate to high ($K= 0,69$ to $0,84$) for the objective classification and a low Kappa ($0,12$ to $0,31$) which is worthwhile, however for the reality of this population, it suggests to add complementary itens to reach a better result.

Key Words: Classification, Pediatric Patients, Nursing

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo: (a) evaluar la confiabilidad entre los evaluadores del instrumento para la clasificación de los pacientes pediátricos propuesto por Dini en una población de pacientes niños y jóvenes con cáncer, (b) evaluar se el instrumento de clasificación de pacientes pediátricos propuesto por Dini es adecuado para jóvenes pacientes enfermos de cáncer, (c) preparar una propuesta de cambios en el instrumento de clasificación, lo que permite la adaptación para los pacientes de cáncer pediátrico. Se evaluaron 34 pacientes en unidad pediátrica de un hospital de cáncer, por equipos de médicos, enfermeras y técnicos en enfermería. Para la evaluación del grado de correlación entre las puntuaciones obtenidas por los evaluadores, se utilizó el coeficiente de Kappa. El análisis reveló una correlación de Kappa intermedio alto ($0,69$ a $K = 0,84$) entre las clasificaciones objetivas, y un bajo Kappa ($0,12$ a $0,31$) en el subjetivo. Se llegó a la conclusión de que el instrumento es confiable y reproducible, pero para la clasificación de los pacientes de cáncer pediátrico se sugiere la inclusión de temas adicionales para lograr un resultado más compatible con la realidad de esta población.

Palabras clave: Clasificación, pacientes pediátricos, enfermería.

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem sentido a necessidade, cada vez maior, de utilizar um método científico como estrutura para a organização da assistência. Isto permitiria que os profissionais desenvolvessem métodos práticos, eficientes e rápidos de obterem resultados, relacionados à melhoria da assistência e ao dimensionamento do pessoal. ⁽¹⁾

A adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), como ferramenta para a prática administrativa de enfermagem, propicia a tomada de decisão em áreas relacionadas a dimensionamento de pessoal, qualidade e monitoramento de custos da assistência de enfermagem. ⁽²⁻³⁻⁴⁾

Ao longo dos tempos os pacientes vêm sendo classificados de acordo com o diagnóstico médico, idade, sexo e outras características. Embora tais critérios apresentem informações importantes, não oferecem distinção quanto à necessidade de atenção dos pacientes. ⁽⁵⁻²⁾ Florence Nightingale já sugeria que os pacientes que apresentavam quadro clínico mais grave ficassem em leitos mais próximos ao posto de enfermagem. Porém somente a partir da década de 1920 os hospitais americanos passaram a classificar os pacientes de acordo com a severidade da doença e tipo de cuidado. ⁽⁶⁾

No Brasil, em 1972, Ribeiro foi uma das primeiras autoras a abordar o conceito de classificação progressiva de pacientes (CPP), como um método para instrumentalizar o dimensionamento de recursos humanos em enfermagem, de forma a oferecer uma distribuição mais equitativa da assistência, aumento da produtividade e eficiência hospitalar. Autores como Campedelli ⁽⁷⁾, Fugulin ⁽⁶⁾, Perroca ⁽⁸⁾ e Martins ⁽⁹⁾, construíram e validaram instrumentos para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem, partindo do princípio que a gravidade do doente da unidade tem vital importância no dimensionamento de pessoal nas instituições de saúde.

Contudo diante da inexistência de parâmetros oficiais do processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu por meio da resolução número 189/96 que o referencial mínimo para o quadro profissional deverá ser baseado nas horas da assistência de enfermagem e a proporção funcionário /leito. ⁽¹⁰⁾

Em 2004, o COFEN, revogando a Resolução anterior, indicou por meio da Resolução número 293/04 novos parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos

diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde. Estes novos parâmetros foram estabelecidos através de sugestões de enfermeiros gerentes de unidades assistenciais, sobre o quadro ideal de pessoal de enfermagem para assistir a um número específico de pacientes de cuidado mínimo, intermediário, semi-intensivo e intensivo. ⁽¹¹⁾

A inexistência de um referencial próprio, que possibilite a classificação dos pacientes pediátricos, de acordo com as suas características específicas, faz com que a equipe de enfermagem classifique estes pacientes de maneira equivocada, utilizando parâmetros que não traduzem as reais necessidades assistenciais dessa clientela e, conseqüentemente, provocando distorções na previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem.

Para suprir esta necessidade, Dini em 2007 validou um instrumento utilizado como método de sistema de classificação de pacientes pediátricos, com o objetivo de avaliar a extensão da dependência do paciente com relação à assistência de enfermagem.

Neste instrumento são apresentados onze indicadores de demanda de enfermagem sendo que cada indicador foi atribuído quatro situações de dependência de cuidado graduadas com um valor numérico de um a quatro pontos, de forma que um ponto representa uma menor demanda de enfermagem e quatro pontos representa a maior demanda de enfermagem.

Em virtude da nossa dificuldade em dimensionar a equipe de enfermagem no cuidado do paciente pediátrico oncológico, este estudo teve por finalidade implantar e aplicar na unidade de internação oncológica do Hospital de Câncer de Barretos o sistema de classificação de pacientes pediátricos elaborado por Dini, com o intuito de avaliar o grau de confiabilidade entre os avaliadores e observar se ele atende integralmente às características do paciente pediátrico oncológico.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliação da confiabilidade interavaliadores do instrumento para classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini em pacientes infanto-juvenis portadores de câncer.

Objetivo Específico

Verificar se o instrumento de classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini é adequado para pacientes infanto juvenis portadores de câncer.

Elaboração de uma proposta para a adaptação do instrumento para um novo sistema de classificação de pacientes pediátricos oncológicos.

MÉTODOS

A população do estudo foi composta por 34 pacientes pediátricos com diagnóstico de doença oncológica, de ambos os sexos, com idade inferior a 21 anos, internados na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Câncer de Barretos-Fundação PioXII, entre os meses de setembro a dezembro de 2008. Esta unidade de internação possui capacidade de 10 leitos de enfermaria em que são internados: pacientes clínicos, cirúrgicos e em tratamento quimioterápico.

Com intuito de se mensurar o grau de confiabilidade do instrumento de classificação de pacientes proposto por Dini, em sua utilização por diferentes avaliadores foi utilizado o Coeficiente Kappa. O Coeficiente Kappa pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação. O grau de concordância foi baseado na classificação de Landis e Koch (1977)-apud Gordis (2000), a saber: quando o coeficiente de concordância Kappa obtiver um valor $< 0,40$ interpreta-se como sendo uma concordância baixa, quando o coeficiente de concordância Kappa obtiver um valor de $0,40$ a $0,75$ interpreta-se como sendo uma concordância intermediária e quando este valor for $> 0,75$ interpreta-se como sendo uma concordância alta. (12-13)

Os dados foram tabulados e analisados no programa *SPSS for Windows, versão 15.0* e *STATA intercolled versão 9.0*.

Foi realizada a caracterização da amostra por meio de frequências absolutas e relativas, e medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo).

Assumiu-se um nível descritivo de 5% ($p < 0,05$) para significância estatística.

Visto se tratar de um teste de confiabilidade, em que a interpretação dos sujeitos sobre o instrumento é parte fundamental dos resultados, os esclarecimentos foram breves e sucintos. Os avaliadores foram esclarecidos a não consultarem as demais avaliadores durante este processo, assim como, para não comunicarem os demais os escores obtidos em suas avaliações a fim de se evitar influências nas respostas.

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento de classificação de pacientes pediátricos, validado por Dini em 2007. Este instrumento é composto por 11 indicadores de demanda de enfermagem: atividade, intervalo de aferição de controles, oxigenação, terapêutica medicamentosa, alimentação e hidratação, eliminações, higiene corporal, integridade cutâneo mucosa, mobilidade e deambulação, rede de apoio e suporte e participação do acompanhante. Aos indicadores são atribuídos grau de dependência de cuidado, variando de um a quatro pontos, de acordo com o aumento da demanda de enfermagem.

Para determinar o nível de complexidade final realiza-se a somatória dos graus pontuados para cada um dos 11 indicadores. O escore pode variar de um valor mínimo de 11 pontos para um valor máximo de 44 pontos. Este escore pode ser subdividido em cinco níveis de complexidade de cuidados de enfermagem:

Nível I - cuidados mínimos de enfermagem (11 a 18 pontos)

Nível II - cuidados intermediários de enfermagem (19 a 23 pontos)

Nível III- cuidados de alta dependência de enfermagem (24 a 30 pontos)

Nível IV- cuidados semi- intensivo de enfermagem (31 a 36 pontos)

Nível V- cuidados intensivos de enfermagem (37 a 44 pontos)

Para constituir os grupos de especialistas que participaram da pesquisa como avaliadores foram escolhidos enfermeiros especialistas em oncologia, técnicos de enfermagem com conhecimento na assistência de enfermagem pediátrica oncológica e médicos pediátricos especialistas em oncologia. Foram formadas três equipes cada qual composta por três avaliadores de cada área (enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos). Cada paciente foi avaliado separadamente por um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, além do pesquisador. Neste estudo foi considerado como padrão para comparação a avaliação do pesquisador principal (enfermeira especialista em oncologia).

Os avaliadores receberam cada um, uma cópia do formulário onde foram registrados dados para identificação do paciente, data e hora da coleta.

Para a coleta de dados o pesquisador principal e as demais equipes de avaliadores aplicaram o instrumento de coleta e fizeram o registro das informações em um formulário composto por três questões:

1 ° questão composta pelos os 11 indicadores de demanda de enfermagem. Nesta os avaliadores atribuíam uma nota (grau) de 0 a 4 a cada indicador. A soma destas notas (graus) foi utilizado posteriormente para se obter a classificação do nível de complexidade de cuidado de enfermagem de maneira descrita acima ,ou seja, níveis I a V. Esta classificação foi denominado **Classificação Objetiva** e foi obtida pelo pesquisador sem o conhecimento dos avaliadores.

2 ° A segunda questão solicita ao avaliador como em sua opinião deverá ser classificado o paciente quanto o nível de complexidade de cuidado de enfermagem nos níveis I a V .Esta classificação foi denominada **Classificação Subjetiva** .

3 ° A terceira questão solicita que o avaliador opine sobre a necessidade de incluir outros indicadores no instrumento e quais ele sugere.

Cada paciente foi avaliado nas primeiras 24 horas de internação, no mesmo turno de trabalho, em horários os mais próximos possíveis. As fichas devidamente preenchidas foram recolhidas ao final de cada dia pelo pesquisador principal.

A coleta de informações somente foi iniciada após aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos, Fundação PIOXII, projeto de pesquisa n°158/2008. Os pais e/ou responsáveis pelos pacientes foram informados sobre as razões e os objetivos do estudo e convidados a fazer parte, assinando o consentimento por escrito de sua participação na pesquisa conforme exigências formais dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil (1996) que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

Para a avaliação de confiabilidade interavaliadores do instrumento para classificação de pacientes pediátricos foram comparados os graus pontuados pelos avaliadores para cada indicador do instrumento, com os graus pontuados pelo pesquisador para cada paciente.

Com intuito de verificar se este instrumento é adequado para a classificação dos pacientes pediátricos oncológicos, foram comparados os níveis de complexidade de cuidados atribuídos pelos avaliadores na classificação subjetiva com os níveis de

complexidade obtidos pela soma dos graus pontuados pelos escores nos 11 indicadores do instrumento, na classificação objetiva.

Resultados e Discussão

Nos 34 pacientes desta amostra observou uma média de idade de 10,94 (dp=5,5) anos, com mediana de 12 anos, variando entre 1 e 20 anos. A Tabela 1 mostra as características dos pacientes estudados segundo o sexo, tipo de neoplasia e motivo da internação.

Tabela 1 - Características dos pacientes estudados segundo o sexo, tipo de neoplasia e motivo de internação.

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Feminino	18	52,9
	Masculino	16	47,1
Patologias	Linfomas	7	20,6
	Osteossarcoma	6	17,6
	SNC	5	14,7
	Leucemias	5	14,7
	Sarcoma de Ewing	3	8,8
	Neuroblastoma	3	8,8
	Rabdomiossarcoma	2	5,9
	Células Germinativas	2	5,9
	Wilms	1	2,9
Motivo da Internação	Neutropenia Febril	11	32,3
	Quimioterapia	11	32,3
	Suporte Clínico	7	20,5
	Paliativo	1	3,0
	Cirúrgico	4	11,7

Com relação à variável sexo não houve diferença significativa entre os grupos.

Quanto ao tipo de patologia, houve uma predominância de pacientes portadores de Linfomas e Leucemias (n= 12, 35,3%) seguidos pelos tumores ósseos (n=9, 26,4%) e Tumores do SNC (n=5 14,7%).

Quanto ao motivo das internações observa-se que Neutropenia febril e Quimioterapia foram os mais frequentes $n=11$ (32,3%), seguidos de Suporte Clínico $n=7$ (20,5) e Tratamento Cirúrgico 4 (11,7%).

Para verificar o percentual de concordância segundo os indicadores entre o pesquisador e as equipes de avaliadores (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) utilizou-se duas formas de aferição: Percentual de Concordância bruta e Percentual de Concordância ajustada.

A Tabela 2 mostra os resultados das concordâncias bruta e ajustada para os graus atribuídos em cada indicador do instrumento pelos avaliadores versus o pesquisador.

Tabela 2 – Análise de concordância bruta e ajustada para os graus obtidos em cada indicador do instrumento entre avaliadores e pesquisador.

Indicadores	Atividade		Intervalo de Aferição		Oxigenação		Terapêutica medicamentosa		Integridade cutânea mucosa		Alimentação e hidratação	
	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)
Pesq/Médico	82,3	86,7	85,3	94,1	88,2	88,2	58,8	92,4	58,8	94,4	73,5	96,0
Pesq/Enfermag em	100,0	100,0	82,3	93,3	100,0	100,0	94,1	98,5	82,3	97,0	91,1	95,6
Pesq/Técnicos	91,1	95,6	79,4	92,6	97,0	97,0	73,5	93,3	70,6	92,6	73,5	89,0

Indicadores	Eliminações		Higiene Corporal		Mobilidade e Deambulação		Participação do Acompanhante		Rede de Apoio	
	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)	C _{bruta} (%)	C _{ajustada} (%)
Médico	64,7	91,1	64,7	94,1	76,4	95,4	94,1	94,1	97,0	97,0
Enfermagem	88,2	98,7	88,2	97,7	85,2	96,4	94,1	96,3	97,0	97,0
Técnicos	73,5	97,0	71,0	95,7	71,0	91,8	91,1	91,1	97,0	97,0

É interessante notar que dos 11 indicadores que compõem o instrumento de classificação de pacientes pediátricos, houve maior concordância no indicador oxigenação tanto para concordância bruta, como para a ajustada: pesquisador/médico (C bruta 88,2%; C ajustada 88,2%), pesquisador/equipe de enfermeiros (C bruta 100% ; C ajustada 100%), pesquisador / equipe de técnicos de enfermagem (C bruta 97,6% ; C ajustada 97,6%).

Nota-se que os maiores percentuais de concordância foram observados entre o pesquisador e a equipe de enfermagem. Por outro lado, os menores percentuais de concordância bruta ocorreram entre o pesquisador e a equipe de médicos, destacando-se os indicadores terapêutica medicamentosa (C bruta 58,8%), integridade da mucosa (C bruta 58,8%) e eliminações (C bruta 64,7%), embora para concordância ajustada os índices foram mais altos.

Neste estudo, optou-se por utilizar estas duas formas de concordância: a bruta e ajustada de acordo com a importância clínica de cada indicador. A concordância bruta leva em conta somente o acerto absoluto, isto é, o pesquisador e a equipe dos avaliadores devem optar pela mesma categoria de cuidado. Por outro lado a concordância ajustada atribui pesos para as diferentes categorias, por exemplo, o acerto absoluto pode equivaler a 1 e o acerto parcial a 0,75. Assim, para alguns indicadores como intervalo de aferição, participação do acompanhante e rede de apoio, pode ser utilizado a concordância ajustada, pois este resultado não interferirá na condição clínica do paciente. Para outros indicadores como oxigenação e atividade sugere-se que seja utilizado análise de concordância bruta, pois o erro poderá acarretar em um dano no cuidado do paciente.

Para se definir os níveis de complexidade de cuidado de enfermagem, realizou-se a somatória dos graus pontuados para cada um dos 11 indicadores. Através deste escore foi possível se obter uma classificação dos níveis de complexidade de cuidado de enfermagem (níveis I a V), conforme descritos anteriormente, denominados **Classificação Objetiva**.

Na Tabela 3 observa-se a comparação entre a classificação objetiva efetuada pelos avaliadores médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem versus a classificação efetuada pelo pesquisador.

Tabela 3 – Análise de concordância entre a classificação dos níveis de complexidade de cuidados de enfermagem atribuídos pelos médicos, enfermeiros, e técnicos de enfermagem *versus* a classificação atribuída pelo pesquisador.

Classificação Objetiva (avaliadores)	Nível de Complexidade de Cuidado de enfermagem	Classificação Atribuída pelo Pesquisador			Total
		I n (%)	II n (%)	III n (%)	
Médicos	I	16 (88,8)	5 (41,6)	--	21
	II	2 (11,1)	7 (58,3)	2 (50,0)	11
	III	--	--	2 (50,0)	2
	Total	18 (53,0))	12 (35,3)	4 (11,7)	34 (100)
		Coeficiente Kappa (0,69)	C=93,38%	p < 0,001	
Enfermeiros	I	17 (94,4)	2 (16,6)	--	19
	II	1 (5,5)	9 (75,0)	1 (25,0)	11
	III	--	1 (8,3)	3 (75,0)	4
	Total	18 (53,0))	12 (35,3)	4 (11,7)	34 (100)
		Coeficiente Kappa (0,84)	C=96,36%	p < 0,001	
Técnicos de Enfermagem	I	16 (88,8)	3 (25,0)	1 (25,0)	20
	II	2 (11,1)	9 (75,0)	--	11
	III	--	--	3 (75,0)	3
	Total	18 (53,0))	12 (35,3)	4 (11,7)	34 (100)
		Coeficiente Kappa (0,71)	C=93,38%	p < 0,001	

Observa-se que dos 34 pacientes avaliados pela equipe de médicos, 21 foram classificados como tendo necessidade de cuidados mínimos (Nível I), 11 pacientes com necessidade de cuidados intermediários (Nível II) e 2 pacientes com necessidades de cuidados de alta dependência (Nível III). A equipe de enfermeiros classificou 19 pacientes como nível I, 11 pacientes como nível II e 4 pacientes nível III. A equipe de técnicos de enfermagem classificou 20 pacientes como nível I, 11 pacientes como nível II e 3 pacientes como nível III. Por sua vez o pesquisador classificou 18 pacientes como nível I, 12 pacientes como nível II e 4 pacientes como nível III.

Curiosamente na amostra estudada, e possivelmente devido ao perfil de assistência do serviço, não houve indicação e/ou classificação de pacientes com necessidade de cuidados semi-intensivos ou intensivos por nenhum dos profissionais na classificação objetiva.

Nota-se que dos 18 pacientes classificados pelo pesquisador como nível I, 16 pacientes também foram classificados como nível I pelos médicos, com uma concordância de 88,8%. Dos 12 pacientes considerados pelo pesquisador como Nível II apenas 7 foram classificados como nível II pelos médicos, com um percentual de índice de concordância de 58,3 % e dos 4 pacientes classificados pelo pesquisador como nível III, 2 pacientes também foram classificados com nível III, com uma concordância de 50%. Através destes resultados apresentados obteve-se um percentual de índice concordância de 93,38%, com um coeficiente kappa de valor intermediário ($K=0,69$), e estatisticamente significativo ($p < 0,001$)

Observou-se que dos 18 pacientes classificados pelo pesquisador como nível I, 17 pacientes foram classificados também como nível I pelos enfermeiros, com um percentual de concordância de 94,4%. Dos 12 pacientes classificados pelo pesquisador como nível II, 9 pacientes também foram classificados como nível II pelos enfermeiros (concordância de 75 %) e dos 4 pacientes classificados pelo pesquisador como nível III, os enfermeiros também classificaram 3 pacientes como nível III (concordância de 75%). Estes resultados mostraram um índice de concordância de 96,36%, com um coeficiente kappa alto ($K=0,84$); $p < 0,001$.

Nos 18 pacientes classificados pelo pesquisador como nível I, 16 pacientes foram classificados como nível I pelos técnicos de enfermagem (concordância de 88,8%). Dos 12 pacientes classificados pelo pesquisador como nível II, 9 pacientes também foram classificados como nível II pelos técnicos de enfermagem, (concordância de 75%) e dos 4 pacientes classificados pelo pesquisador como nível III, 3 pacientes foram classificados como nível III pelos técnicos de enfermagem, (concordância de 75%). O coeficiente Kappa foi intermediário ($k=0,71$; $p < 0,001$) e concordância de 93,38.

Esta classificação resultante das pontuações foi chamada de classificação objetiva, não refletindo necessariamente a opinião de cada avaliador.

Salienta-se que a classificação objetiva para níveis de complexidade de cuidado de enfermagem resulta da somatória dos graus atribuídos pelos avaliadores para os 11 indicadores do instrumento. Porém esta classificação não reflete necessariamente a opinião de cada avaliador.

A comparação das classificações objetivas dos avaliadores com as classificações subjetivas quanto aos níveis de complexidade de cuidado de enfermagem, foi juntamente com os comentários e sugestões dos mesmos analisados, para se verificar o instrumento de pacientes pediátricos proposto por Dini é adequado para pacientes infanto-juvenis portadores de câncer.

A Tabela 4 compara os níveis de complexidade de cuidados de enfermagem obtidos pelas classificações objetivas com os níveis obtidos pelas classificações subjetivas pelos avaliadores.

Tabela 4 - Análise da concordância entre as classificações objetivas e subjetivas dos níveis de complexidade de cuidados de enfermagem atribuídas pelos avaliadores.

Classificação Subjetiva	Nível de complexidade	Classificação objetiva				Total n (%)
		I n (%)	II n (%)	III n (%)	IV n (%)	
Médico	I	3 (100)	0	0	0	3 (100)
	II	13 (59,1)	9 (40,1)	0	0	22 (100)
	III	4 (50)	2 (25)	2 (25)	0	8 (100)
	IV	1(100)	0	0	0	1 (100)
	Total	21 (61,7)	11 (32,3)	2(5,8)	0	34 (100)
		Kappa= 0,12		p= 0,095		
Enfermeiro	I	16 (100)	0	0	0	16 (100)
	II	2 (16,6)	10 (83,3)	0	0	12 (100)
	III	0	1 (20)	4 (80)	0	5 (100)
	IV					
	Total	18 (54,5)	11 (33,1)	4 (12,1)	0	33 (100)
		Kappa= 0,91		p= < 0, 001		
Técnico de Enfermagem	I	2 (100)	0	0	0	2
	II	15 (83,3)	3 (16,6)	0	0	18
	III	3 (21,4)	8 (57,1)	3 (21,4)	0	14
	IV	--	--	--	--	--
	Total	20 (58,8)	11(32,3)	3 (8,8)	--	34 (100)
		Kappa= 0,31		p =< 0,001		

Nota-se que dos 21 pacientes considerados como nível I de complexidade de cuidado de enfermagem pela classificação objetiva realizada pelos médicos, apenas 3 foram considerados como necessitando de cuidados de nível I, além disso na opinião dos médicos 13 pacientes foram classificados como nível II e 4 foram classificados como nível III na classificação subjetiva dos médicos e inclusive 1 dos pacientes classificados como nível IV. Por outro lado dos 22 pacientes classificados como nível II pela classificação subjetiva dos médicos, apenas 9 foram considerados nível II pela classificação objetiva.

Estes dados mostram um coeficiente Kappa baixo ($K=0,12$), embora estatisticamente não significativo $p=0,095$. Portanto demonstrando uma concordância baixa entre a classificação subjetiva versus a classificação objetiva obtida.

Nota-se que dos 20 pacientes considerados como nível I de complexidade de cuidado de enfermagem pela classificação objetiva realizada pelos técnicos de enfermagem, apenas 2 foram considerados como necessitando de cuidados de nível I na classificação subjetiva pelos técnicos de enfermagem. Além disso na classificação subjetiva dos técnicos de enfermagem 15 pacientes foram classificados como nível II e 3 foram classificados como nível III. Por outro lado dos 18 pacientes classificados como nível II pela classificação subjetiva dos técnicos de enfermagem, apenas 3 foram considerados nível II pela classificação objetiva. Assim observa-se um coeficiente kappa baixo ($K= 0,31$), e estatisticamente significativo $p < 0,001$.

Baseado nestes resultados com baixa concordância infere-se que o instrumento não é adequado para ser aplicado em pacientes pediátricos oncológicos. Esta impressão é reforçada quando são analisados os comentários e sugestões que estes avaliadores acrescentam na questão 3 do formulário citado anteriormente e que serão discutidos a seguir.

Quanto às classificações objetivas e subjetivas atribuídos pelos enfermeiros surpreendentemente observou-se um coeficiente Kappa alto ($K=0,91$) $p < 0,001$.

Analisando-se as sugestões e comentários feitos pelos avaliadores observou-se uma correlação com alguns aspectos do quadro clínico dos pacientes com a classificação subjetiva dos níveis de complexidade de cuidado de enfermagem atribuídos pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Estes aspectos citados na 3ª questão do formulário não estão contemplados no instrumento de classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini.

A Tabela 5 relaciona os aspectos clínicos citados pelos avaliadores com a classificação subjetiva efetuada pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Tabela 5 - Correlação entre a classificação subjetiva atribuídas pelos avaliadores versus a caracterização clínica atribuídas pelos dos avaliadores.

n (pacientes)	equipes	Classificação		Motivo da classificação
		objetiva	subjetiva	
11	médicos e técnicos	Nível I	Nível II	uso de quimioterápico, leucocitose, neutropenia febril e sangramento
1	médicos	Nível I	Nível IV	neutropenia febril,
2	médicos	Nível I	Nível III	neutropenia febril
3	médicos e técnicos	Nível II	Nível III	neutropenia febril, mucosite e cuidados paliativo

Verifica-se que nos formulários de 14 pacientes com classificação objetiva para cuidado de enfermagem nível I e classificação subjetiva para cuidado de enfermagem nível II e IV avaliados por médicos e técnicos de enfermagem havia comentários a respeito da presença das seguintes características clínicas: uso de quimioterápicos, leucocitose, neutropenia febril e sangramento. Além disso, nos formulários de 3 pacientes considerados como tendo necessidade de cuidado de enfermagem nível II na classificação objetiva e nível III na classificação subjetiva, constavam comentários sobre as seguintes características clínicas: neutropenia febril, mucosite e cuidados paliativo.

A presença destas características clínicas são muito frequentes em pacientes internados em oncologia pediátrica como verificado na Tabela 1 que relaciona os motivos da internação dos pacientes deste estudo.

Verifica-se que as equipes de médicos e técnicos subjetivamente classificam os pacientes com um grau de dependência maior devido principalmente, a particularidades e complexidades do paciente pediátrico oncológico.

Como foi mencionado anteriormente houve concordância alta entre as classificações objetivas e as classificações subjetivas efetuadas pela equipe de enfermeiros, o que não ocorreu nos avaliadores médicos e técnicos de enfermagem. Este dado foi surpreendente, pois se observam os mesmos comentários e sugestões na questão 3 dos formulários preenchidos pelos médicos e técnicos de enfermagem.

Ao se questionar os avaliadores das equipes de enfermeiros constatou-se que os mesmos por já terem contato prévio com estes instrumentos de classificação de pacientes e outros semelhantes em outras oportunidades, realizam a classificação subjetiva pela somatória dos graus atribuídos aos 11 indicadores avaliados. Portanto os avaliadores da equipe de enfermeiros não realizaram a classificação dos níveis de complexidade de cuidados de enfermagem de forma subjetiva, mas mesmo assim forneceram informações importantes através de seus comentários.

Conforme verificado pelas equipes de avaliadores em pacientes pediátricos oncológicos o instrumento de classificação não leva em consideração a presença de características clínicas importantes como neutropenia febril e quimioterapia. Conforme a complexidade da doença há uma maior demanda de assistência junto a estes pacientes pelas equipes de saúde.

Desta forma na maioria dos casos o instrumento de classificação de pacientes pediátrico utilizado classifica o paciente neutropênico em nível I (cuidados mínimos) sendo que este paciente deveria ser classificado como nível II (cuidados intermediários), segundo profissionais especialistas na área. A neutropenia febril é definida como a contagem absoluta de neutrófilos abaixo de 1000 por mm^3 . Quando o nível de neutrófilos cai abaixo de 500 por mm^3 , a possibilidade de ocorrer uma infecção aumenta de modo significativo. Os sinais ou sintomas clínicos se manifestam provavelmente devido à redução na resposta inflamatória, decorrente da falta de neutrófilos. O paciente deverá ser assistido cautelosamente, evitando-se maiores complicações e exigindo assim um cuidado maior da equipe de enfermagem.

O mesmo ocorre com pacientes em uso de quimioterápicos, uma vez que este paciente também exige um maior cuidado das equipes, o mesmo e deveria ser classificado como um paciente em cuidados intermediários, ao invés de cuidados mínimos. A administração de quimioterapia é uma das atribuições do enfermeiro oncológico e requer compreensão da ação das drogas e seus efeitos, precauções com drogas vesicantes e irritantes, interações com outras drogas, cuidados e habilidades na administração, como exemplo: vias de administração, controle adequado do tempo de infusão, realização de balanço hídrico rigoroso, manipulação de cateteres semi e totalmente implantados. Estes são artefatos muito utilizados durante o tratamento, pois suas características atendem às necessidades que os protocolos de tratamento exigem. Assim o manejo da administração bem como seus efeitos colaterais fazem parte dos cuidados de enfermagem, exigindo um cuidado específico a este paciente

Este estudo nos permite concluir que quando os avaliadores classificam os pacientes objetivamente, ou seja, através do instrumento, o coeficiente Kappa demonstra-se intermediário a alto, ($k=0,69$ a $K=0,84$), isto mostra que o instrumento é útil, reprodutível e prático. No entanto quando realizado a comparação da classificação da complexidade dos pacientes subjetivamente através da soma dos escores *versus* a opinião subjetiva dos avaliadores, observa-se uma discrepância nas concordâncias, principalmente do médico e do técnico de enfermagem com valores de coeficiente Kappa baixo ($K=0,12$) e ($K=0,31$). Entretanto, o coeficiente Kappa da equipe de enfermeiros foi alto ($K=0,91$).

Conclusão

Conclui-se que o instrumento para classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini, quando aplicado na população deste estudo é uma ferramenta de fácil aplicação com alta confiabilidade interavaliadores e reprodutibilidade adequada. Por outro lado este instrumento não contempla algumas características clínicas frequentemente observadas em pacientes pediátricos oncológicos. Estas características tem grande importância para a classificação do nível de complexidade de cuidado de enfermagem destes pacientes. Portanto propõe-se adaptação do instrumento para classificação de pacientes pediátricos proposto por Dini com acréscimo dos indicadores neutropenia febril e quimioterapia. Este novo sistema de classificação de pacientes pediátricos oncológicos foi elaborado por nós e será objeto de futuros estudos.

REFERÊNCIAS

- 1- Martins P. Sistema de classificação de Pacientes na especialidade psiquiátrica(dissertação).São Paulo,(SP):Escola de Enfermagem da USP;2001.
- 2- Giovanetti P.Understanding patient classification systems.J Nurs Adm 1979;9(2):4-9.
- 3- Rodrigues Filho J.Sistema de Classificação de pacientes-parte I:dimensionamento de pessoal de enfermagem.rev Esc Enf USP 1992;4:395-404.
- 4- Rainio AK, Ohinmaa AE. Assesment of nursing management and utilization of nursing resourcer with the RAFAELA patient classification system-case study from the general wards of one central hospital.J Clinical nursing.2005;14:674-84.
- 5- Alward RR. Patient classification systems: The ideal VS. reality. J. Nurs Adm 1983;13(2):14-9.
- 6- Fugulin FMT. Sistema de Classificação de pacientes: Análise das horas da assistência de enfermagem(dissertação).São Paulo (SP) :Escola de Enfermagem da USP ;1997.
- 7- Campedelli M, Takito C, Sancinetti TR, Benko MA. Cálculo de pessoal em enfermagem: competência da enfermeira. Rev. Esc. Enfermagem USP, São Paulo, v.1, n.21, p.3-13, 1987.
- 8- Perroca MG, Gaidzinski RR. Análise da validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. Rev Latino-am enfermagem 2004;12(1):83-91.
- 9- Martins EAP., Haddad M.C.L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. Rev. latino-am. enfermagem, 2000, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.74-82.
- 10- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 189, de 25 de mar.1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições

de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem; enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo, 1997. p.177-80.

11- Conselho Federal de enfermagem. Resolução n 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas (on line) Rio de Janeiro: COREN; 2004. Disponível em : <<http://corensp.org.br/072005>> (10 dez 2008).

12- Landis JR, Koch G.G. An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment Of Majority Agreement among Multiple Observers. *Biometrics*, v.33, n2, p.363-74, 1977.

13- Gordis L. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Revinter.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Adaptação de um instrumento para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas no cuidado de enfermagem do paciente pediátrico oncológico.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Enfermeira Sandra de Andrade (Coren nº 0117111).

Mestranda pela UNESP

ORIENTADOR: Prof. Dr. Sérgio Vicente Serrano

Prezada (o) Mãe (Pai) ou Responsável

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

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

Este projeto de pesquisa tem como objetivos Avaliar a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para a classificação de pacientes pediátricos oncológicos.

Para a participação nesta pesquisa, a criança não será submetida a nenhum procedimento fora da rotina hospitalar, apenas serão anotadas informações sobre o estado clínico e tratamento pelo qual a criança está sendo submetida. As informações anotadas são anônimas, sendo que a criança não será identificada nos resultados da pesquisa. Mesmo assim, como serão anotadas informações a respeito da criança, seu consentimento faz-se necessário.

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

Em caso de dúvidas ou reclamações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, do hospital de câncer de Barretos, cujo telefone é (17) 3321-66-00 ramal: 6894. O pesquisador pode ser contactado através do telefone (17) 3323-89-09 ou (17) 8152-41-00 ou pelo e-mail andrade.enf@hotmail.com.

Declaração Livre e Esclarecida

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

Assinatura: _____

Testemunha: _____

Assinatura do pesquisador: _____ R.G.: 29587371-1

Pesquisador: Sandra de Andrade,

Endereço: Avenida Inah Lima Bezerra nº 1189,

Bairro: Jardim Soares,

Telefone residencial: (17) 3323-89-09

Orientador: Dr.Sérgio Vicente Serrano

Endereço: Alameda Austria, n12 –city Barretos.cep 14784-000

Telefone residencial: (17)3325-18-27

APÊNDICE II

Formulário

Etiqueta do paciente

- 1- Profissional: 1- Médico
 2- Enfermeiro
 3- Técnico em Enfermagem

2- Classificação	Nota
1 - Atividade	
2 - Intervalo de Aferição de Controles	
3 - Oxigenação	
4 - Terapêutica Medicamentosa	
5 - Integridade Cultânea Mucosa	
6 - Alimentação Hidratação	
7 - Eliminações	
8 - Higiene Corporal	
9 - Mobilidade e Deambulação	
10 - Participação do Acompanhante	
11 - Rede de Apoio	

3- Como você classificaria este paciente?

- 1- Cuidados Mínimos
 2- Cuidados Intermediários
 3- Alta Dependência
 4- Semi-intensivo
 5- Intensivo

4- Em sua opinião que outros itens deveriam ser avaliados na complexidade deste paciente?

Anexo A – INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Instrumento de Classificação de Pacientes Pediatricos

1- ATIVIDADE: Possibilidade de manutenção de atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento, exercitando as habilidades a cada idade e interagindo com acompanhante, equipe ou com outras crianças para sorrir, brincar, conversar, etc.	
1	Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária
2	Sonolento
3	Hipoativo ou Hiperativo ou Déficit no desenvolvimento
4	Inconsciente ou Sedado ou Coma vigil
2- INTERVALO DE AFERIÇÃO DE CONTROLES: Necessidades de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.	
1	6/6 horas
2	4/4 horas
3	2/2 horas
4	Intervalo menos 2 horas
3- OXIGENAÇÃO: Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.	
1	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas
2	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro
3	Respiração espontânea com necessidades de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia
4	Ventilação Mecânica (Não invasiva ou Invasiva)
4- TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas.	
1	Não necessita de medicamentos
2	Necessidades de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral
3	Necessidades de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)
4	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos
5- INTEGRIDADE CUTÂNEO MUCOSA: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.	
1	Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea
2	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte
3	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou peréneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte
4	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte.
6- ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO: Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.	
1	Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo
2	Via oral com auxílio e paciente colaborativo
3	Sondas (gástrica, enteral, ou gastrostomia)
4	Nutrição parenteral ou via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração

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

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**Comitê de Ética em Pesquisa
CEP**

Barretos, 11 de julho de 2008.

Prezado (a) Sr. (a). Investigador (a)
Sandra de Andrade

Ref. Proj. 158/2008 "Validação e Adaptação de um instrumento para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas no cuidado de enfermagem do paciente pediátrico oncológico".

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou as pendências do protocolo citado acima e decidiu pela aprovação do mesmo.

Convém que a cada três meses seja encaminhado relatório sobre o andamento do projeto.

Atenciosamente,



Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

**ANEXO B – CARTA DE CONHECIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
AUTORIZANDO A SUBSTITUIÇÃO DO TÍTULO DA PESQUISA**



**Comitê de Ética em Pesquisa
CEP**

Para: Sandra de Andrade

De: **Renato José Affonso Junior**
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Data: 14/10/2008

Projeto de Pesquisa: 158/2008

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou a alteração no título do projeto de *“Validação e Adaptação de um instrumento para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas no cuidado de enfermagem do paciente pediátrico oncológico”* para *“Adaptação de um instrumento para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas no cuidado de enfermagem do paciente pediátrico oncológico”* aprovando a continuidade da pesquisa.

Atenciosamente,

Dr. Renato José Affonso Junior
*Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital de Câncer de Barretos*