

Validação de instrumento para sistematização da assistência de enfermagem em pediatria

Validation of an instrument for systematizing nursing care in pediatrics

Validación del instrumento para sistematizar la atención de enfermería en pediatría

Thalys Maynard Costa Ferreira¹

ORCID: 0000-0001-8758-6937

Josefa Danielma Lopes Ferreira¹

ORCID: 0000-0003-4209-4781

Carla Lidiane Jácome dos Santos¹

ORCID: 0000-0002-5101-4408

Kenya de Lima Silva¹

ORCID: 0000-0002-7955-2531

Jacira dos Santos Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-3863-3917

Glenda Agra^{II}

ORCID: 0000-0002-7628-9029

Marta Miriam Lopes Costa¹

ORCID: 0000-0002-2119-3935

^I Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Como citar este artigo:

Ferreira TMC, Ferreira JDL, Santos CLJ, Silva KL, Oliveira JS, Agra G, et al. Validation of an instrument for systematizing nursing care in pediatrics. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 4):e20200222. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0222>

Autor Correspondente:

Thalys Maynard Costa Ferreira
E-mail: thalys_maynard@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Marcos Brandão

Submissão: 16-07-2020 Aprovação: 14-12-2020

RESUMO

Objetivo: verificar a validade do conteúdo dos indicadores referentes ao instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas em clínica pediátrica. Método: estudo metodológico, transversal, realizado com 11 especialistas entre os meses de janeiro e maio de 2018. Para coleta de dados, respeitaram-se as etapas de validação do conteúdo do instrumento. Para análise dos dados, utilizou-se o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo e de análise de concordância *Kappa*. **Resultados:** após análise do conteúdo, emitiu-se um Índice de Validade de Conteúdo de 0,94 e *Kappa* de 0,71 segundo sugestões dos especialistas, 81,9%. Logo, o instrumento esteve apto à aplicabilidade. **Conclusão:** o instrumento mostrou-se válido quanto ao conteúdo para o cuidar em pediatria, contribuindo significativamente para a melhoria da assistência a crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

Descritores: Enfermagem; Pediatria; Estudos de Validação; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to verify the validity of indicators' content referring to the instrument for data collection in children aged 0 to 5 years hospitalized in a pediatric clinic. **Method:** a cross-sectional methodological study was carried out with 11 experts between January and May 2018. For data collection, the steps for validating the instrument's content were respected. For data analysis, Content Validity Index and Kappa agreement analysis were used. **Results:** after content analysis, a Content Validity Index of 0.94 and Kappa 0.71 was issued according to the experts' suggestions 81.9%. Therefore, the instrument was suitable for applicability. **Conclusion:** the instrument proved to be valid in terms of content for pediatric care, contributing significantly to improving care for hospitalized children aged 0 to 5 years.

Descriptors: Nursing; Pediatrics; Validation Studies; Nursing Process; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: verificar la validez del contenido de los indicadores referentes al instrumento de recolección de datos en niños de 0 a 5 años hospitalizados en una clínica pediátrica. **Método:** estudio metodológico transversal, realizado con 11 especialistas entre los meses de enero y mayo de 2018. Para la recolección de datos se respetaron los pasos para la validación del contenido del instrumento. Para el análisis de los datos se utilizó el Índice de Validez de Contenido y el análisis de concordancia *Kappa*. **Resultados:** luego del análisis de contenido, se emitió un Índice de Validez de Contenido de 0,94 y *Kappa* de 0,71 de acuerdo con las sugerencias de los expertos, 81,9%. Por lo tanto, el instrumento era adecuado para su aplicabilidad. **Conclusión:** el instrumento demostró ser válido en términos de contenido para la atención pediátrica, contribuyendo significativamente a mejorar la atención de los niños hospitalizados de 0 a 5 años.

Descriptorios: Enfermería; Pediatría; Estudios de Validación; Proceso de Enfermería; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

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

Considerando o avanço na profissão e a sustentação técnico-científica que os enfermeiros buscam alcançar, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu como dever a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tornando-a viável a partir da aplicação do Processo de Enfermagem (PE) como ferramenta que permite o enfermeiro implementar seus conhecimentos científicos à assistência direta aos pacientes, família e demais envolvidos no processo de saúde-doença, caracterizando o corpo de conhecimentos de enfermagem e promovendo um cuidado mais resolutivo, eficaz e direcionado à prática assistencial⁽³⁾.

O PE é composto por cinco etapas, interligadas, que direcionam e proporcionam ao enfermeiro uma sistemática que embasa as ações, favorecendo o registro efetivo e coerente de cada uma delas. É a partir do PE que o enfermeiro alcança o ser humano, a partir dos cuidados dispensados profissionalmente, em todas as suas esferas de cuidado, como um ser que é assistido de forma biopsicossocial e espiritualmente⁽⁴⁾.

No tocante à pediatria, repensar práticas pediátricas do cuidar é de fundamental importância, tendo em vista a demanda específica inerente a cada criança, uma vez que excede o fazer assistencial focado no curativismo técnico, ampliando assim olhares e atitudes para o cuidado humanizado⁽⁵⁻⁶⁾.

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

Na atenção à criança, o crescimento e desenvolvimento, a propedêutica diferenciada manejada de acordo com as alterações das necessidades humanas básicas (NHBs) da criança, a investigação de sinais e sintomas que demandam um olhar mais apurado que vai além do físico, bem como a compreensão das diferenças fisiopatológicas da criança no seu início da vida, tornam o cuidado em pediatria complexo e singularizado. Portanto, o uso de ferramentas que oportunizem o trabalho do enfermeiro e subsidiem a partir da instrumentalização do PE baseado em uma teoria de enfermagem é primordial no atual contexto assistencial⁽⁹⁾.

A validação do conteúdo consiste em uma análise dos itens que evidenciam um conteúdo e que estruturam um instrumento,

sendo um método que permite o estabelecimento de uma sequência de tópicos a serem verificados cautelosamente por juízes selecionados sob critérios de inclusão, minuciosamente elencados. Validar o conteúdo trabalha, efetivamente, os requisitos obrigatórios que um instrumento apresenta para mensurar um fenômeno⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Logo, direcionou-se um minucioso olhar sobre os cuidados desenvolvidos na assistência à criança hospitalizada com o uso do PE enquanto ferramenta de trabalho, buscando contribuir com a validação do conteúdo do instrumento de coleta de dados de enfermagem frente à sua implementação, utilizado por enfermeiros para o atendimento de crianças hospitalizadas de 0 a 5 anos que vivem com doença crônica assistidas em uma clínica pediátrica.

OBJETIVO

Verificar a validade do conteúdo dos indicadores referentes ao instrumento para coleta de dados em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas em clínica pediátrica, fundamentando-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

MÉTODOS

Aspectos éticos

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

Desenho, local do estudo, período

Estudo metodológico, transversal, norteado pela ferramenta STROBE, desenvolvido em uma unidade de clínica pediátrica de um hospital universitário do município de João Pessoa, Paraíba, no período de janeiro a maio de 2018, consolidado em três fases: seleção dos *experts* para o estudo; execução da técnica Delphi e processo de análise do conteúdo das variáveis pelos juízes; análise dos dados e estabelecimento da validade do conteúdo do instrumento⁽¹²⁻¹³⁾.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi composta por *experts* na área de estudo, totalizando 15 juízes a contribuir com o percurso validatório, inicialmente. Desses, 11 aceitaram ser incluídos no processo, bem como alcançaram valores satisfatórios de acordo com os critérios de inclusão, descritos a seguir na primeira fase do desenvolvimento da pesquisa, adaptados conforme estabelecido por Ferhing⁽¹⁴⁾. Foram selecionados, eletronicamente, através de seus currículos profissionais e por meio da técnica de amostragem não probabilística nomeada por *snowball*⁽¹⁵⁾.

Protocolo do estudo

1ª fase: através do acesso *online* na Plataforma Lattes, buscou-se o currículo dos juízes perante a indicação do primeiro juiz que integrou o grupo. Logo, seguiu-se compondo o grupo por

meio da técnica de amostragem não probabilística denominada *snowball*⁽¹⁵⁾. O convite para participação da pesquisa foi realizado por intermédio do contato por e-mail, e neste foi explicitado o objetivo e as demais informações do delineamento metodológico pertinente ao estudo. Posteriormente, através do e-mail disponibilizado no próprio currículo lattes do juiz elencado, enviou-se em prontidão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura comprobatória do consentimento inerente à participação no estudo como juiz.

Por sua vez, elencaram-se 15 especialistas; desses, 11 se propuseram a participar do percurso metodológico, e, por sua vez, foram analisados sob os critérios adaptados ao presente estudo: ser doutor em pediatria ou em enfermagem com ênfase em pediatria (pontuação 4); ser mestre em enfermagem com ênfase em pediatria (pontuação 3); ter publicações em periódicos indexados sobre a área de interesse (pontuação 2); exercer a docência com ensino em pediatria por, no mínimo, 3 anos (pontuação 2); ser enfermeiro assistencial com atuação em pediatria clínica por, no mínimo, 3 anos (pontuação 2); estar disponível ao pareamento de informações por meio eletrônico após julgamento clínico (pontuação 2). Considerou-se que, quanto maior o somatório da pontuação, maior a força de evidência da avaliação⁽¹⁶⁾. Admite-se um quantitativo satisfatório de seis a vinte juízes para estudos de validação de instrumentos e/ou tecnologias, tornando-se substancialmente importante o uso de, no mínimo, três especialistas⁽¹⁷⁾.

2ª fase: avaliação dos 11 doutores, em que se buscou através de 3 rodadas entre envio por parte dos especialistas e *feedback* por parte do pesquisador, relacionados às correções e sugestões dos juízes acerca do conteúdo do instrumento. Salienta-se que os 11 peritos fizeram parte das 3 rodadas de Delphi de acordo com a necessidade de alcance do consenso inerente a cada variável⁽¹⁸⁾.

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

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

3ª fase: após o consenso, quantificado entre 80% e 95% das informações analisadas pelos especialistas que contemplaram

pertinência do conteúdo da variável, sequência adequada, bem como *estratificação e quantificação de variáveis clínicas* com o risco clínico interposto, que culminou na estruturação final do instrumento, disponibilizou-se aos especialistas sua forma final com os valores do risco clínico a cada item. Salienta-se que foi adotado como critério de decisão um nível de concordância de, pelo menos, 75% dos juízes para obtenção da manutenção, reformulação, inclusão ou exclusão de um item, expressão e/ou questão e estabelecimento do risco clínico, evidenciando após análise um consenso em percentis maiores⁽¹⁹⁾.

O instrumento é composto por três seções, sendo a primeira com dados de identificação do paciente e da internação hospitalar, a segunda com informações sobre o histórico de admissões hospitalares prévias e queixa principal atual e a terceira, composta pelas NHB que subsidiam os tópicos pertinentes ao exame físico pediátrico. Direciona-se ao público pediátrico de 0 a 5 anos devido às demandas inerentes aos critérios de desenvolvimento e crescimento, padrões de vitalidade e aspectos físicos do exame clínico infantil, diferenciado na respectiva faixa etária em relação aos outros estágios da infância (escolares) e adolescência. Após análise do conteúdo, optou-se por estruturar o referido instrumento no formato de *checklist*, composto de tópicos que integram itens atinentes às respectivas NHB aplicadas à pediatria, visando à mensuração do caráter clínico e estabelecimento de seções para expressão de impressões do profissional enfermeiro no tocante ao julgamento clínico dentro do exame.

Análise dos resultados e estatística

Para análise, os dados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel por meio de dupla digitação e posterior verificação, a fim de controlar possíveis erros e exportados ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Para apresentação e análise dos resultados, foi utilizada a estatística descritiva para o cálculo da frequência em número absoluto e percentual. Para verificação da concordância dos especialistas no tocante à relevância dos itens, realizou-se o cálculo por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), alcançado a partir da divisão do número de juízes que julgaram o item como adequado pelo número total de especialistas. Analisou-se ainda a confiabilidade da concordância da avaliação dos itens na avaliação dos juízes utilizando o índice *Kappa (K)*, indicado como complemento para o IVC⁽¹⁸⁾. Para a avaliação global do instrumento, o cálculo foi realizado por meio da razão entre o número de itens considerados adequados pelos especialistas e o número total de itens. Como critério de aceitação, foi estabelecida uma concordância de $\geq 0,75$ para o IVC e $\geq 0,61$ para o índice de *Kappa*, levando em consideração a classificação denominada *substancial*, para o referido valor do índice, tanto para avaliação de cada item quanto para a avaliação geral do instrumento⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

O painel de juízes foi constituído por 11 enfermeiros, sendo sete (63,6%) doutores em enfermagem com ênfase em pediatria e quatro (36,4%) doutores em pediatria. Desses, 11 (100%) são mestres em enfermagem com ênfase em pediatria, oito (72,7%)

são mulheres e toda a amostra possui mais de três anos de experiência na assistência hospitalar em pediatria clínica e, também, na docência, com ênfase em saúde da criança e adolescente (100%).

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

Evidencia-se que os componentes do instrumento que tiveram sugestões a serem realizadas devido à discordância entre os juízes no que concerne ao conteúdo da variável. A sequência de itens foi: necessidade de nutrição; motilidade; integridade física e cutâneo-mucosa; neurológica; regulação do crescimento; regulação vascular; segurança, amor e aceitação, gregária; comunicação. No que concerne à obtenção de valores consensuais de estratificação do risco clínico, os mais complexos foram oxigenação, eliminação, regulação neurológica, regulação do crescimento celular, segurança, amor e aceitação, gregária; comunicação.

Segundo os pareceres dos juízes referentes à representatividade das variáveis necessidade de sono e repouso, regulação térmica, regulação imunológica, percepção e comunicação, todos os critérios apresentaram nível de concordância adequados, atestando a adequação dos itens nos respectivos tópicos que compõem o instrumento quanto à pertinência de conteúdo, risco clínico e sequência (IVC=1/K=1). Além disso, a necessidade de regulação hormonal foi excluída do corpo do instrumento devido ao baixo IVC estabelecido após análise dos experts, tornando o instrumento portador de 16 variáveis. As sugestões, recomendações, alterações e indicações de substituição, inclusão ou exclusão de itens e estratificação do risco clínico, emitidas pelos juízes, foram analisadas e subsidiadas pelo respaldo na literatura pediátrica e teoria das NHB de Wanda Horta.

Com a verificação dos quesitos do instrumento analisados em panorama, os juízes explicitaram, em uma grande parcela, concordância com o conteúdo já existente em cada variável do instrumento. No que tange às modificações realizadas, as discordâncias que levaram a sugestões compactuadas em um resultado comum partiram de um consenso entre os especialistas representado por percentis considerados prevalentes 81,8% (n=9), com IVC=0,81. Logo, neste estudo, as alterações foram realizadas frente aos julgamentos consensuais entre o grupo, fato este permitido pela execução criteriosa da técnica de Delphi, confluindo em um conteúdo pertinente após adequações sugeridas pelos especialistas, explicitado pelo IVC e de concordância *Kappa*. O procedimento de validação de conteúdo consolidou a versão final do instrumento com 16 variáveis caracterizadas pelas NHB de Horta, com suas 267 características distribuídas entre cada uma delas conforme as demandas de saúde da criança de 0 a 5 anos hospitalizada.

DISCUSSÃO

Na necessidade de oxigenação (IVC=0,81/K=0,75), domínio de caráter decisório no cuidar de enfermagem em pediatria, mudou-se o conceito de cianose central para cianose centro-labial, tendo por base o princípio da apresentação da coloração centro-labial azulada como forma grave dos níveis de saturação rebaixados em crianças, mais facilmente detectada na região perilabial e na mucosa da boca propriamente dita, fato esse também evidenciado em um estudo de caráter integrativo⁽²¹⁾. Em relação aos valores de estratificação do risco clínico (IVC=0,81/K=0,75), a análise consensual ocorreu na terceira rodada de Delphi, evidenciando a complexidade da análise clínica dos potenciais agravos respiratórios na criança, principalmente dentro dos parâmetros avaliatórios do exame físico, aspectos esses inerentes à composição da variável relacionada diretamente à avaliação clínica da oxigenação da criança⁽²¹⁻²²⁾.

Na necessidade de nutrição (IVC=0,81/K=0,70), houve consenso para a inclusão das vias de administração enteral e por

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

Crítérios de análise	Conteúdo da variável %	IVC/K*	Estratificação do risco clínico %	IVC/K	Sequência %	IVC/K
Necessidades Humanas Básicas						
Oxigenação	81,8	0,81/0,75	81,8	0,81/0,75	90,9	0,90/0,80
Nutrição	81,8	0,81/0,70	90,9	0,90/0,91	90,9	0,90/0,91
Hidratação e regulação Hídrica/eletrolítica	81,8	0,81/0,70	90,9	0,90/0,91	81,8	0,81/0,70
Eliminação	90,9	0,90/0,85	81,8	0,81/0,72	90,9	0,90/0,85
Sono e repouso	100	1/1	100	1/1	100	1/1
Motilidade	81,8	0,81/0,74	90,9	0,90/0,63	90,9	0,90/0,63
Cuidado corporal	81,8	0,81/0,77	100	1/1	90,9	0,90/0,83
Integridade física e cutâneo-mucosa	81,8	0,81/0,77	90,9	0,90/0,83	81,8	0,81/0,77
Regulação térmica	100	1/1	100	1/1	100	1/1
Regulação hormonal	18,1	0,18/0,33	18,1	0,18/0,33	18,1	0,18/0,33
Regulação neurológica	81,8	0,81/0,80	81,8	0,81/0,80	90,9	0,90/0,83
Regulação imunológica	100	1/1	100	1/1	100	1/1
Regulação crescimento celular	81,8	0,81/0,65	81,8	0,81/0,65	81,8	0,81/0,65
Regulação vascular	81,8	0,81/0,74	90,9	0,90/0,91	81,8	0,81/0,74
Percepção	100	1/1	100	1/1	100	1/1
Segurança/amor e aceitação/gregária	81,8	0,81/0,63	81,8	0,81/0,63	81,8	0,81/0,63
Comunicação	100	1/1	100	1/1	100	1/1

Nota: *Índice de Validade de Conteúdo e Índice *Kappa*.

gastrostomia, acrescentando assim mais opções objetivas no que diz respeito à detecção da via de alimentação da criança. Além disso, a estratificação do risco clínico e ordem de itens atingiu um consenso satisfatório e concordância satisfatórios (IVC=0,90/K=0,91), tomando por base o quantitativo de emissões conceituais dos juizes relativas à nutrição da criança no transcorrer do instrumento. Tal fato é explicado pela condição da criança hospitalizada, em que o panorama do adoecer pediátrico, principalmente no contexto das doenças crônicas, engloba o cuidar mais complexo dentro das necessidades básicas; nesse caso, a alimentação por vias alternativas, realidade enfrentada por enfermeiros que cuidam de crianças com doenças gástricas, afecções que levam à depreciação dos nutrientes, malformações gastrointestinais e comorbidades neurológicas que, em sua maioria, culminam ao desvio do conduto alimentar natural pelo trato gastrointestinal⁽²³⁾.

Na necessidade de hidratação, a opção hipohidratada foi inserida, levando em consideração os estágios de desenvolvimento do quadro de desidratação infantil. A desidratação consiste em uma patologia que leva à criança a perdas consideráveis de eletrólitos, líquidos e, em situações mais graves, nutrientes, deixando-a propensa a agravos sistêmicos. A hipohidratação é um quadro intermediário que pode ser detectado no histórico de enfermagem, visando intervenções precoces para que haja reversão prévia, não permitindo a instauração do quadro de desidratação propriamente dito^(21,23-24). Vários são os sinais de desidratação, como o rebaixamento das fontanelas, evidência da perda hídrica caracterizada pela diminuição do líquido cefalorraquidiano.

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

Na necessidade de eliminação no item de avaliação dos vômitos, inseriu-se o campo para descrição das características da secreção expelida, justificando-se pelo fato da predição de aspectos patológicos relacionados à condição e apresentação da doença por meio das eliminações gastrointestinais. Em pediatria, os vômitos são sinais de alarme que levam o enfermeiro a agir prontamente, tendo em vista a vulnerabilidade do paciente pediátrico em deprimir o estado geral e clínico a partir das perdas gástricas sequenciadas⁽²³⁻²⁴⁾. Quadros como desidratação e desnutrição, associados ou não a distúrbios hidroeletrólíticos, são facilmente instalados em crianças menores de dois anos quando estão em situações de perdas incoercíveis de conteúdo gástrico, fato esse evidenciado por um estudo, demonstrando uma expressiva relação entre idade e fatores agravantes da desidratação/desnutrição em crianças⁽²⁴⁾.

A aferição e consenso dos escores de risco clínico também se caracterizou complexa (IVC=0,81/K=0,72), tendo em vista as

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

Na necessidade de motilidade, inseriu-se a opção *não movimentada*, item não existente anteriormente ao instrumento, sendo firmado entre nove juizes o estabelecimento da mudança (ICV=0,81/K=0,74). A motilidade em pediatria é algo vital, partindo do ideal de infância e predição do estabelecimento da marcha, propriocepção, equilíbrio e desenvolvimento neuronal. No entanto, a ausência de movimentos também é realidade em clínica pediátrica, fator avaliado durante a anamnese de enfermagem, com o objetivo de desenvolver ações que busquem impedir o estabelecimento de comorbidades e agravos relacionados à limitação dos movimentos, como lesões de pele, inapetência alimentar, déficit do cuidado corporal e das funções fisiológicas básicas da criança⁽²⁵⁾. No tocante ao estabelecimento de escores para estratificação do risco clínico, assumiu-se um *Kappa* de 0,63, tendo em vista a grande variabilidade de julgamentos inerentes à avaliação do estado neuromotor da criança, sua complexidade intrínseca aos processos patológicos que afetam o referido sistema e a percepção dificultosa do profissional enfermeiro sobre, levando à dispendiosa concordância entre os juizes, porém substancial.

Na necessidade de cuidado corporal (IVC=0,81/K=0,77), julgou-se necessária a inserção da dicotomia entre *prejudicada* e *preservada* para o item *higiene íntima*, bem como o espaço para o laudo de julgamento subjetivo a respeito das *lesões bucais*, tendo em vista a necessidade do enfermeiro em descrever as lesões presentes na mucosa oral como estratégia de prevenção, controle e tratamento de doenças relacionadas à falta de cuidados assépticos na cavidade oral da criança. No que concerne à higiene íntima, diante da realidade do cuidado pediátrico e da problemática da desresponsabilização da equipe de enfermagem, por vezes dos cuidados de menor complexidade, configura-se a avaliação da higiene íntima da criança hospitalizada como fator primordial para o exame clínico do enfermeiro não apenas para critérios avaliativos, mas também intervenção cotidiana caso haja necessidade iminente detectada no discorrer da propedêutica⁽²⁶⁾. O consenso no que diz respeito à estratificação do risco clínico frente aos cuidados corporais foi evidentemente alcançado entre o grupo de especialistas de forma satisfatória, atingindo valor máximo de concordância, justificando-se pelo fato de que essa variável apresenta critérios simples voltados a cuidados básicos de enfermagem (IVC=1/K=1).

Na necessidade de integridade física e cutâneo-mucosa, inseriu-se a opção *hemangioma* dentre as alterações de pele detectáveis, além do item *hiperemiada* para auxílio na descrição da coloração da pele (IVC=0,81/K=0,77). A opção *coloração da mucosa* foi inserida para descrição clínica do profissional, abrindo espaço para que o enfermeiro discorra sobre essa característica. A ordem dos itens foi mantida, apenas alterando a sequência após inserção do item que destaca os *hemangiomas* (IVC=0,81/K=0,77). A avaliação física da pele da criança é um ponto que necessita do olhar clínico experiente, tendo em vista a grande quantidade de

afecções que acometem o trato dérmico da criança hospitalizada. As alterações sintomatológicas são as mais frequentes, como as infecções tóxicas locais, a exemplo da celulite, furunculose, impetigo bolhoso por estreptococo e lesões pós-invasão bacteriana de caráter piogênico, bem como as lesões traumáticas não intencionais. Tal fato também foi evidenciado, no tocante à celulite e às demais infecções pós-invasão estreptocócica, em um estudo desenvolvido, em um hospital pediátrico, corroborando os achados da presente pesquisa⁽²⁷⁾.

Na necessidade de regulação neurológica, inseriu-se a opção *ativo e reativo*, bem como *hipoativo*, para classificar o nível de consciência dos neonatos, tendo em vista a faixa etária de 0 a 5 anos que o instrumento contempla (IVC=0,81/K=0,80). Em neonatologia, o fator consciência e resposta neuromotora é determinado e avaliado por meio das reações que o recém-nascido expressa durante o exame físico, tendo em vista a ausência de discernimento cognitivo e perceptual, tornando inviável a classificação de consciente e orientado para o público neonatal, evidenciando, na literatura, a decisão dos juizes em relação à referida modificação no instrumento⁽²⁸⁾. No item crises convulsivas, optou-se por abrir um espaço para descrição clínica do enfermeiro acerca do *tipo de convulsão* e *quantos episódios* de crises a criança apresentou.

O acompanhamento da faixa etária que contempla neonatos, lactentes e pré-escolares em sua primeira infância traz ao enfermeiro a possibilidade de examinar crianças que apresentam uma maior predisposição neuronal aos episódios convulsivos, sendo salutar a avaliação do quadro quando historicamente detectado na anamnese pediátrica, principalmente no que concerne aos tipos de convulsão e características das crises durante os episódios neuromotores, sensitivos e, até mesmo, focais. Na descrição dos reflexos primitivos, houve consenso devido à ausência dos reflexos *preensão palmar e plantar, galant, busca, fuga à asfixia, cócleo-palpebral*, inserindo-os para que haja uma melhor descrição do estado neurológico da criança avaliada; além da inserção das opções de compatibilidade, descritas como *totalmente para a idade, parcialmente para a idade* ou *não compatíveis*, contemplando o exame neurológico e o julgamento do estado atual da criança avaliada (IVC=0,81/K=0,80). Os marcos neuronais são preditivos para condutas em pediatria clínica, tendo em vista a gama de aspectos patológicos que podem ser encontrados durante a investigação de enfermagem à criança com afecções neurais⁽²⁸⁻³⁰⁾.

O enfermeiro que lida com as doenças neuromotoras necessita incluir uma avaliação sensorio-motora apurada no exercício do cuidar, levando em consideração cada competência cognitiva e sinal primitivo de desenvolvimento da cognição, gnózia, resposta central e periférica do sistema nervoso do infante. Tal fato torna complexo o saber cuidar em pediatria, trazendo ao profissional a responsabilidade de detectar afecções e, substancialmente, saber tratar delas. Logo, torna-se pertinente e salutar a avaliação dos juizes no que concerne à inserção dos reflexos primitivos no campo do instrumento referente à avaliação neuronal⁽²⁹⁻³⁰⁾. A adequabilidade dos valores para escore de risco clínico no campo da necessidade de regulação neurológica foi consensual (IVC=0,81/K=0,80), tomando por base o critério de alcance dos marcos neurais como fator baixo de risco, considerando-os fisiológicos e factíveis à criança durante seu crescimento. No entanto, quando submetidos à ausência desses, a criança passa a ser pontuada com escores significativos,

fato esse contemplado pelos especialistas em conjunto durante a execução do fator preditivo de risco clínico.

Na necessidade de regulação do crescimento celular (IVC=0,81/K=0,65), houve a inserção das opções de compatibilidade, descritas como *totalmente para a idade, parcialmente para a idade* ou *não compatíveis*, tendo em vista a descrição nesse item dos marcos do desenvolvimento e crescimento infantil a serem identificados pelo enfermeiro durante o exame físico. As decisões pertinentes aos valores de escore de risco (IVC=0,81/K=0,65) e conteúdo da variável se fizeram sob a perspectiva da avaliação integral das doenças de prevalência na infância (AIDPI), tendo em vista a integralidade pertinente aos critérios elencados na estratégia, fato de grande valia ao enfermeiro, levando os juizes a modificarem o julgamento clínico do alcance dos referidos marcos de acordo com a idade, a adequabilidade da sequência de apresentação destes (IVC=0,81/K=0,65) e seus valores de escore, sendo esses últimos trabalhados na mesma vertente de valores consideráveis dos reflexos primitivos para quando não compatíveis à idade⁽³¹⁾.

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

A propedêutica cardiológica leva o enfermeiro a investigar os sinais de agravamento cardiocirculatórios que a criança pode apresentar, seja por uma doença congênita ou adquirida. Entender o quadro das cardiopatias requer precisão nas condutas e conhecimento científico para torná-las exequíveis, elaborando e norteando o plano de cuidado. A classificação do estado cardiológico enquanto normocárdico e suas derivações para a anormalidade, o ritmo cardíaco e suas alterações de consonância que destoam do sinusal, características das bulhas cardíacas e sua sonoridade reverberativa, presença ou ausência de sopro cardíaco, avaliação dos pulsos, perfusão periférica e situação circulatória, são fatores indispensáveis à propedêutica do enfermeiro que cuida da criança, tornando coerente o julgamento dos juizes voltado à modificação do conteúdo da variável e da logística de sequência de apresentação técnica do registro (IVC=0,81/K=0,74)⁽³⁰⁾.

Na necessidade de segurança, amor, aceitação e gregária, por se tratar de um domínio de necessidades que excedem o entendimento biológico, contemplando aspectos como sentimentos e reações subjetivas da criança a estímulos e relações sociais estabelecidas, verificou-se um grau de dificuldade para concordância entre os especialistas. No entanto, após a terceira rodada de retroalimentação e *feedback* em Delphi, houve o consenso no que diz respeito ao conteúdo pertinente à expressão do afeto infantil (IVC=0,81/K=0,63), representado pelo item *expressão de sentimento por outras pessoas*, permanecendo inalterado, modificando-se apenas a ordem de apresentação (IVC=0,81/K=0,63). O julgamento dos valores da estratificação do risco clínico foi inerente às condições que se relacionam a estados patológicos (IVC=0,81/K=0,63), como depressão, ansiedade, apatia, irritabilidade

e agressividade, tendo em vista ausência de possibilidades de mensuração de itens subjetivos, tal como *agarra-se ao acompanhante na presença de outras pessoas, evita familiares e medo*.

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

Limitações do estudo

A ausência de retorno do contato via e-mail frente ao processo de seleção dos juízes para compor o estudo se tornou uma limitação expressa, mesmo existindo, ao final, um quantitativo de experts inclusos no corpo de juízes considerado satisfatório. Tal fato dificulta o progresso da pesquisa durante a estruturação do corpo de especialistas, aspecto esse que deve ser problematizado entre os pesquisadores e colaboradores de estudos metodológicos de cunho validatório.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

O estudo permitiu identificar a validade do instrumento e, como contribuição, o uso seguro e a explícita pertinência frente à utilização de uma ferramenta para a primazia do cuidar em enfermagem, mediado por atributos válidos no tocante às particularidades de cada pessoa que está sob os cuidados do enfermeiro enquanto gerenciador deste. Além disso, verificar a condição de implantação do PE, embasado e norteado por

conhecimentos científicos, faz do estudo algo terminantemente salutar à categoria de profissionais que lidam com as práticas assistenciais em seu exercício laborativo.

A utilização sistematizada da ferramenta no processo do cuidar em pediatria viabiliza o cuidado a esse tipo de população, demonstrando as complexidades do ser criança nas entrelinhas de cada ação do profissional enfermeiro, tornando notória a necessidade de empenho por parte da pesquisa em enfermagem voltada ao público pediátrico e às ferramentas utilizadas a este. Os resultados corroboram a importância da realização de estudos metodológicos dentro da área da enfermagem, pois esses transformam as tecnologias diretamente ligadas ao trabalho do enfermeiro em atributos honoríficos para o crescimento do trabalho em saúde, mais precisamente da categoria profissional da enfermagem.

CONCLUSÕES

O instrumento se demonstrou válido quanto ao seu conteúdo, inerente a cada variável e item que o compõe. Torna-se explícita a necessidade crescente da criação e melhorias de instrumentos válidos e ofertados aos serviços de saúde, visando direcionar os cuidados os quais são propostos durante a sua aplicabilidade.

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

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

REFERÊNCIAS

1. Watson J. Clarifying the discipline of nursing as foundational to development of professional nursing. *Texto Contexto Enfermagem*. 2017;26(4):1-2. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>
2. Viana JC, Cunha NN, Leão RA. Role of the professional nurse and its importance in pediatric assistance. *J Especialist [Internet]*. 2019 [cited 2019 Dec 21];3(3):1-14. Available from: <http://www.journalofspecialist.com/jos/index.php/jos/article/view/107/61>
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências [Internet]. 2009 [cited 2019 Oct 12]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
4. Gieh CT, Costa AEK, Pissaia LF, Moreschi C. Team nursing front of the implementation process of nursing care systematization. *Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]*. 2016 [cited 2018 Oct 18];5(2):87-95. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1621>
5. Miranda AR, Oliveira AR, Toia LM, Stucchi HKO. The evolution of nursing care models of in-hospital children in the last 30 years: from a disease centered model to a child and family centered model. *Rev Fac Ciênc Méd [Internet]*. 2015 [cited 2018 Oct 12];17(1):5-9. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/12890/pdf>
6. Silva IC, Santos FC, Prudêncio FA. Role of nursing and family in the care and recovery of the hospitalized child. *Rev Saúde Foco [Internet]*. 2017 [cited 2018 Oct 12];(4):1:58-66. Available from: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1506>
7. Benedit AS, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MIS, Pires DP. Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2016;8(3):4780-8. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>

8. Gomes RM, Teixeira LS, Santos MCQ, Sales ZN, Linhares EF, Santos KA. Sistematização da assistência de enfermagem: revisitando a literatura brasileira. *Id on Line Rev Mult Psic [Internet]*. 2018 [cited 2019 Feb 12];12(40):123-34. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1167>
9. Prado NCC, Santos RSC, Lima DM, Góis MMCD, Costa RHS, Silva RAR. Changed basic human needs in neonates with peripherally inserted central catheter. *Rev Enferm UERJ [Internet]*. 2019 [cited 2020 Oct 08];1(27):1-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuferj/article/view/44521>
10. Ferreira TMC, Lima CLJ, Ferreira JDL, Azevedo LR, Silva KL, Costa MML. Validation of instruments for care in pediatrics: an integrative study. *Enferm Global*. 2019;16(6):625-9. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.357381>
11. Resende FZ, Almeida MV, Leite FM, Brandão MA, Cubas MR, Araújo JL, Primo CC. Terminological subset of the International Classification for Nursing practice (ICNP®) for breastfeeding support: content validation study. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(1)35-45. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900006>
12. Szabluk D, Berger AVF, Capra A, Oliveira MF. Experience design applied to research: an exploratory method of user centered research. *Human Factors Design [Internet]*. 2019 [cited 2019 Oct 12];15(8)98-113. Available from: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/hfd/article/view/2316796308152019098/9861>
13. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
14. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene [Internet]*. 2011 [cited 2019 Oct 30];12(2):424-31. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4254/3285>
15. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;44(22):203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
16. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart Lung [Internet]*. 1987 [cited 2018 Oct 12];16(6):625-9. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pdf>
17. Schlindwein-Zanini R, Cruz RM. Psychometrics and Neuropsychology: inter-relations in the construction and adaptation of measuring instruments. *Psicol Argum*. 2018;36(91)49-69. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.36.91.AO04>
18. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. The use of delphi's technique in health: an integrative review of Brazilian studies. *Arqu Ciênc Saúde*. 2015;22(2). <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>
19. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín [Internet]*. 1998 [cited 2018 Aug 25];25(5):206-13. Available from: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
20. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
21. Pereira JÁ, Escobar EMA. Nursing care to premature newborn with respiratory distress syndrome: an integrative review. *Rev Saúde Foco*. 2016;3(2):17-36. <https://doi.org/10.12819/rsf.2016.3.2.2>
22. Duarte PS, Maziero FF, Antoniassi DQ, Souza LT, Felix AF, Eloise D, et al. Acute respiratory diseases in Brazilian children: are caregivers able to detect early warning signs? *Rev Paul Pediatr*. 2018;36(1):3-9. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;1;00008>
23. Oliveira ND, Silva EB, Moura RL, Dantas ENDA, Silva JCC, Cordeiro SA, et al. Efeitos da utilização da terapia nutricional enteral em crianças hospitalizadas: uma revisão. *Int J Nutrology*. 2018;11(S 01):S24-S327. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1674648>
24. Brandt KG, Castro Antunes MM, Silva GA. Acute diarrhea: evidence-based management. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91(6-supl 1.1):36-43. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002>
25. Lopes TAMC, Monteiro MFV, Oliveira JD, Oliveira DR, Pinheiro AKB, Damasceno SS. Diagnósticos de enfermagem em crianças hospitalizadas. *Rev Rene*. 2017;18(6):756-62. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600008>
26. Sarmanho CLB, Gonçalves KLP, Nogueira MA, Melo MF, Teixeira RC. Estratégia lúdica no ensino de boas práticas de higiene à crianças hospitalizadas. *Int J Health Educ*. 2016;1(2)143-50. <https://doi.org/10.4322/ijhe.2016.023>
27. Más M, Tórtora S, Morosini F, Hernández K, Benítez MA, Orso PD, et al. Infecções cutâneas e de partes moles com tratamento ambulatorial num hospital pediátrico do Uruguai depois de 10 anos da epidemia SAMR. *Arch Pediatr Urug*. 2018;89(4):251-56. <https://doi.org/10.31134/ap.89.4.4>
28. Silva TP, Silva MM, Silva LJ, Silva IR, Leite JL. Contextual specificities of nursing care to hospitalized children with chronic condition. *Cienc Cuid Saude*. 2015;14(2):1082-90. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.23814>
29. Freitas ZMP, Pereira CU, Oliveira DMP. Influência da avaliação neurológica seriada durante período de internamento hospitalar e seus reflexos no prognóstico funcional de recém-nascidos a termo com asfixia perinatal. *Rev Bras Neuro Psiqu [Internet]*. 2018 [cited 2019 Jan 20];22(2):142-56. Available from: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/409/158>
30. Mota CC. Pediatric cardiology in the 21st century: advances and challenges. *Nascer Crescer*. 2019;28(4)174-8. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v28.i4.19085>
31. Martignago G, Corrêa MV, Campomor C. Educação permanente do público-alvo para detecção precoce de alterações neuromotoras infantis. *Rev Eletron Extensão*. 2018;15(31):79-93. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2018v15n31p79>