



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR
MESTRADO PROFISSIONAL

SUELEN REINIACK

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REGISTRO DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA**

Rio de Janeiro
2019

SUELEN REINIACK

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REGISTRO DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar como requisito para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof Dra Teresa Tonini

Rio de Janeiro

2019

SUELEN REINIACK

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REGISTRO DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no
Espaço Hospitalar como requisito para a
obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof Dra Teresa Tonini

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. TERESA TONINI - Orientadora
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. PRISCILLA ALFRADIQUE DE SOUZA - Membro Efetivo Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. FERNANDA GARCIA BEZERRA GÓES - Membro Efetivo Externa
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. SILVIA MARIA DE SÁ BASILIO LINS - Membro Suplente Externa
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. ELIZA CRISTINA MACEDO - Membro Suplente Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

RIO DE JANEIRO

2019

Agradecimentos

Agradeço ao corpo social do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional (PPGSTEH).

Ao apoio financeiro do convênio CAPES/COFEN.

À Teresa Tonini, pela parceria no desenvolvimento da pesquisa, pela tranquilidade e esclarecimentos nas orientações. Muito obrigada pela paciência e intangível contribuição.

À Jamile, pela parceria, incentivo e sintonia nos pensamentos, durante todos os momentos do mestrado. Agradeço a oportunidade de ter conhecido essa amiga tão especial no mestrado que levarei para o resto da vida.

Aos Enfermeiros das instituições hospitalares que participaram da capacitação realizada sobre SAE (Hospital Federal da Lagoa e Hospital Universitário Gaffrée e Guinle) e aos Enfermeiros da enfermaria de pediatria que contribuíram para a validação do instrumento do Processo de Enfermagem.

Aos meus familiares que estiveram ao meu lado em todos os momentos.

RESUMO

REINIACK, S. **Validação de instrumento para registro do processo de enfermagem em enfermaria pediátrica**. 2019. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal Do Estado Do Rio De Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

Objetivo: construir e validar um instrumento para operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem (PE) em uma enfermaria pediátrica. **Método:** pesquisa metodológica, operacionalizada em duas etapas: 1ª Construção do instrumento: identificou-se o perfil sociodemográfico-clínico e os Diagnósticos de Enfermagem (DE) prevalentes de 100 pacientes internados, elencou-se os Resultados esperados (RE) e as Intervenções de Enfermagem (IE) baseado nas taxonomias NANDA/NOC/NIC (NNN); 2ª Validação de conteúdo: realizada por um painel composto por 10 especialistas na área pediátrica de acordo com os critérios de Fehring modificados, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) como estratégia para análise do conteúdo, sendo considerada adequada quando o $IVC \geq 0,80$. Pesquisa aprovada pelo CEP nº2.793.648. **Resultados:** identificou-se o perfil sociodemográfico-clínico dos pacientes internados na pediatria prevalecendo: gênero masculino (71%), média de idade 7,32 anos, cuidado intermediário (49%), internações da clínica de Pediatria (39%), diagnóstico clínico cirurgia de fimose (34%), doenças respiratórias (33%) e neutropenia febril (32%). Identificado 46 DE no total, considerou-se prevalente 27, destes foram validados 21 DE, 44 RE e 146 IE. As ligações NNN validadas foram: Risco de Quedas, Risco de Infecção, Integridade da Pele Prejudicada, Dor Aguda, Mobilidade Física Prejudicada, Proteção Ineficaz, Fadiga, Volume de Líquidos Excessivo, Risco de Glicemia Instável, Risco de Choque, Nutrição Desequilibrada: Menor do que as Necessidades Corporais, Risco de Sangramento, Risco de Aspiração, Comunicação Verbal Prejudicada, Hipertermia, Náusea, Risco de Úlcera por Pressão, Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas, Troca de Gases Prejudicada, Constipação e Risco de Resposta Alérgica. As seis (22,2%) ligações NNN não validadas devido ao fato de o IVC ser inferior a 0,80, foram: Mobilidade no Leito Prejudicada, Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz, Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz, Risco de Síndrome do Desuso, Risco de Confusão Aguda e Conhecimento Deficiente. Os especialistas não justificaram a não pertinência desses, nem mesmo apresentaram sugestões para adequações, sendo retirados da versão final do instrumento. A versão final do instrumento resultou em uma página frente e verso, colaborando para economia de custos institucionais e para o meio ambiente, visto que o instrumento é em forma de papel impresso dada a inexistência de prontuário eletrônico. **Conclusão:** o conhecimento do perfil da clientela e a determinação de DE prevalentes são essenciais para as ações gerenciais e assistenciais, por seu caráter norteador para as demais etapas do PE. As ligações NNN auxiliam no processo de tomada de decisão, favorecendo a aplicação do método científico à prática de enfermagem e proporcionando o seguimento das recomendações terapêuticas da equipe multidisciplinar. O instrumento sistematizado e estruturado é passível de implementação, tem por objetivo direcionar os problemas de enfermagem de acordo com as necessidades básicas de cada criança, elencar os diagnósticos, elaborar o planejamento das intervenções, avaliar e verificar se os resultados esperados foram alcançados. Portanto, pode ser utilizado na prática contribuindo para um cuidado eficaz, seguro e de qualidade à criança, baseado na cientificidade.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Criança Hospitalizada; Estudos de Validação

ABSTRACT

REINIACK, S. **Instrument validation for registration of the nursing process in a pediatric ward.** 2019. 115f. Dissertation (Master in Nursing) - Alfredo Pinto School of Nursing, Federal University Of Rio De Janeiro State, Rio de Janeiro, 2019.

Objective: to construct and validate an instrument for operationalization and documentation of the Nursing Process (NP) in a pediatric ward. **Method:** methodological research, operationalized in two stages: 1st Construction of the instrument: the sociodemographic-clinical profile and the prevalent Nursing Diagnoses (ND) of 100 hospitalized patients were identified, and the Expected Outcomes (EO) and the Interventions of Nursing (IN) were listed based on NANDA / NOC / NIC (NNN) taxonomies; 2nd Content Validation: carried out by a panel of 10 pediatric specialists according to the modified Fehring criteria, we used the Content Validity Index (CVI) as a strategy for content analysis, being considered appropriate when $CVI \geq 0.80$. Research approved by CEP nº2.793.648. **Results:** we identified the sociodemographic-clinical profile of patients admitted to pediatrics, prevailing: male gender (71%), mean age 7.32 years, intermediate care (49%), hospitalizations at the pediatric clinic (39%), diagnosis clinical phimosis surgery (34%), respiratory diseases (33%) and febrile neutropenia (32%). A total of 46 ND were identified, 27 were considered prevalent, 21 of them were validated, 44 EO and 146 IN. Validated NNN links were: Risk of Falls, Risk of Infection, Harmed Skin Integrity, Acute Pain, Impaired Physical Mobility, Ineffective Protection, Fatigue, Excessive Fluid Volume, Risk of Unstable Blood Pressure, Shock Risk, Unbalanced Nutrition: Minor Body Needs, Bleeding Risk, Aspiration Risk, Impaired Verbal Communication, Hyperthermia, Nausea, Pressure Ulcer Risk, Ineffective Airway Clearance, Impaired Gas Exchange, Constipation, and Allergic Response Risk. The six (22.2%) NNN links not validated due to CVI being below 0.80 were: Impaired Bed Mobility, Ineffective Cerebral Tissue Perfusion Risk, Ineffective Gastrointestinal Perfusion Risk, Disuse Syndrome Risk, Risk of Acute Confusion and Poor Knowledge. The experts did not justify their non-relevance, nor did they even suggest suggestions for adjustments, being taken from the final version of the instrument. The final version of the instrument resulted in a two-sided page, contributing to institutional cost savings and the environment, since the instrument is in the form of printed paper given the lack of electronic medical records. **Conclusion:** knowledge of the clientele profile and the determination of prevalent ND are essential for managerial and care actions, because of its guiding character for the other stages of NP. NNN links help in the decision making process, favoring the application of the scientific method to nursing practice and providing the follow-up of therapeutic recommendations of the multidisciplinary team. The systematized and structured instrument is capable of implementation, aims to address nursing problems according to the basic needs of each child, list the diagnoses, elaborate the planning of interventions, evaluate and verify if the expected results were achieved. Therefore, it can be used in practice, contributing to effective, safe and quality child care based on scientificity

Keywords: Nursing Process; Nursing Diagnostics; Standardized Nursing Terminology; Pediatric Nursing; Child Hospitalized; Validation Studies

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE	Cirurgia Pediátrica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IE	Intervenção de Enfermagem
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
NANDA-I	Nanda International
NIC	Nursing Intervention Classification
NNN	NANDA-I, NOC e NIC
NOC	Nursing Outcomes Classification
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PE	Processo de Enfermagem
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RE	Resultados Esperados
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Paciente
SLP	Sistema de Linguagem Padronizada
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	13
1.2 JUSTIFICATIVA	14
1.3 INTERVENÇÃO	16
CAPÍTULO II – MARCO CONCEITUAL	17
2.1 BASES QUE FUNDAMENTAM O OBJETO DE ESTUDO	18
2.1.1 Primeira Base: Criança um Ser Integral e Integrado.....	18
2.1.2 Segunda Base: O Processo de Enfermagem na Sistematização da Assistência de Enfermagem	24
2.1.3 Terceira Base: Sistema de Linguagem Padronizada	27
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	32
3.1 TIPO DE PESQUISA	33
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	33
3.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	34
3.3.1 Construção do Instrumento	34
3.3.2 Validação do Conteúdo	35
3.3.2.1 Seleção do Pannel de Especialistas.....	35
3.3.2.2 Aplicação do Índice de Validade do Conteúdo.....	37
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	37
CAPÍTULO IV – ARTIGO 1: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA-CLÍNICA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA	39
CAPÍTULO V- ARTIGO 2: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA.....	59
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICE A – CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.....	88
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90
APÊNDICE C – TEXTO DE APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	93
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS	96
APÊNDICE E – INSTRUMENTO PE (Pré-Validação)	105
APÊNDICE F – INSTRUMENTO PE (Versão Final Validada)	109
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	112

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A instituição hospitalar, campo de pesquisa, ao longo de sua trajetória e desenvolvimento organizacional, vem estudando e realizando estratégias para implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Apesar de orientados quanto à implantação da SAE, dentro do Eixo Método ainda existem etapas específicas do Processo de Enfermagem (PE) a serem desenvolvidas, como por exemplo, realização dos diagnósticos e planejamento da assistência de enfermagem utilizando um Sistema de Linguagem Padronizada (SLP).

O PE não está sendo utilizado satisfatoriamente nos serviços de saúde, apesar da consistência teórica e da importância prática que possui, consequentemente, o que se tem é um desenvolvimento precário da SAE, comprometendo a qualidade da assistência de enfermagem e a autonomia do profissional do enfermeiro. Entretanto, busca-se estratégias que favoreçam a implementação do PE, a fim de que a falta de tempo dispensada no preenchimento de papéis, formulários incompletos e não padronizados, não sejam mais uma justificativa para operacionalizar o PE (ARAÚJO, *et al.*, 2015; SANTOS, 2016).

Sabe-se que a implantação da SAE é indispensável e desafiante para a realidade específica das instituições, favorecendo a consolidação da estrutura e processos organizacionais, em especial dos serviços e dos cuidados de enfermagem baseados em evidências clínicas e gerenciais científicas (BENEDET, *et al.*, 2016).

“A SAE norteia o trabalho profissional quanto ao Método, Pessoas e Instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE”. Para tal, utiliza método científico e estratégia de trabalho voltados à identificação das situações de saúde-doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009, p.179).

O PE se insere, especificamente, no eixo Método, como instrumento metodológico para orientação do cuidado profissional e documentação da prática profissional, possibilitando a abordagem holística do paciente e aprimoramento contínuo na oferta de cuidados de enfermagem. Apresenta-se organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes compreendidas por Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem (DE); Planejamento de Enfermagem; Implementação; Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009, p.179).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 reforça a necessidade de implantação da SAE, em que se requer a análise do ambiente organizacional para identificação das situações-problemas, necessidade e demandas de um setor. Esse diagnóstico situacional consiste em uma das etapas de gestão disponíveis para pesquisa das condições e posterior planejamento das ações (COFEN, 2009; LUVISARO, *et al.*, 2014).

O diagnóstico situacional deve ser utilizado pelo enfermeiro para identificação da realidade do serviço e para conhecer o perfil da clientela assistida com objetivo de oferecer assistência mais eficaz e eficiente em prol de qualidade (TANNURE, PINHEIRO, 2019).

A falta ou pouco conhecimento sobre o ambiente em que se oferta cuidados de enfermagem não é o único elemento que prejudica a qualidade da assistência. Conhecer o perfil da clientela e família permite a identificação de diferentes dimensões fundamentais para a definição de teorias de enfermagem e aplicação do processo de enfermagem, colaborando para implantação eficiente da SAE (TANNURE, PINHEIRO, 2019).

Deve-se estar alerta para fatores influenciadores que dificultam a implantação do PE, tais como: ausência de caracterização do perfil do setor; inexistência de padronização da linguagem; falta de domínio para o uso do PE; visão dos profissionais sobre o PE apenas como mais uma tarefa a ser realizada; subdimensionamento de pessoal; sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem; precárias condições estruturais dos serviços; baixa remuneração dos profissionais; além de fatores políticos e sociais (MOREIRA, 2016; SANTOS, 2016; OLIVEIRA, 2015).

No entanto, é necessário o conhecimento acerca dos DE prevalentes na enfermagem de pediatria de acordo com a realidade da instituição para construir um instrumento para operacionalizar o PE, agilizar o trabalho do enfermeiro detectando precocemente possíveis agravos, além de diminuir os riscos de morbimortalidade (REICHERT, *et al.*, 2016).

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2018).

Para garantir a continuidade da assistência à saúde integral da criança se faz necessário realizar a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada, de maneira a contribuir para que os problemas prioritários sejam identificados, os ajustes e ações necessárias sejam realizadas, de modo a prover resultados mais satisfatórios para a população (BRASIL, 2018).

A implantação do PE na unidade pediátrica, cenário do estudo, é um desafio para a equipe de enfermagem, uma vez que se trata de uma unidade com aspectos singulares no processo de trabalho, as crianças têm suas especificidades e apresentam maior grau de dependência de cuidados, visto que ainda não possuem autonomia para a realização do autocuidado, apesar de permanecerem acompanhadas de seus responsáveis. Sendo que a hospitalização causa impactos negativos na vida da criança, causando restrição de seus hábitos e convívio familiar, além da restrição ao acesso à educação oficial (OLIVEIRA, 2015).

Diante da importância da assistência de enfermagem, principalmente para um cuidado sistematizado e individualizado para o paciente pediátrico, os Programas, Manuais e Portarias lançados pelo Ministério da Saúde nas últimas décadas trabalham com a visão da atenção humanizada à criança, a seus pais e à família, respeitando-os em suas características e individualidades. Incentivando assim, as instituições de saúde a institucionalizem o PE como uma forma de garantia do acesso e promoção da qualidade de serviços de saúde uma vez que orienta o acesso universal e integral ao atendimento de crianças de todas as idades (OLIVEIRA, 2015).

A partir da percepção da ausência de um instrumento no cenário do estudo, que contemple as etapas de diagnóstico e planejamento da assistência de enfermagem por meio de um SLP, e considerando a necessidade de trabalhar o PE de forma integral realizando todas as etapas preconizadas pela Resolução COFEN 358/2009, identificou-se a necessidade de construir e validar um instrumento para operacionalização e documentação do PE na enfermagem pediátrica.

Uma forma prática e eficiente de operacionalizar o processo de trabalho é através da criação de instrumentos elaborados com base nos princípios estabelecidos pelo PE. O desenvolvimento de tais instrumentos baseados em SLP proporciona uma significativa melhora da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, também visa a organização da assistência de enfermagem sistematizada e individualizada (ARAÚJO, *et al.*, 2015; COFEN, 2009).

O PE baseado em SLP têm por finalidade contribuir para a padronização de cuidados, através do registro claro, objetivo, abrangente em relação as necessidades humanas básicas. O sistema de classificação de enfermagem mais utilizado mundialmente é a *NANDA International* (NANDA-I), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Intervention Classification* (NIC) - (NNN), que possui uma linguagem interligada entre três as etapas do

PE: Diagnóstico de Enfermagem (DE), Resultado Esperado (RE) e Intervenção de Enfermagem (IE). Atualmente, existem diversos estudos utilizando as linguagens padronizadas NNN, sendo possível verificar o quanto estas linguagens precisam ser difundidas e adaptadas a diferentes realidades, perfis patológicos, perfis socioeconômicos, culturais, dentre outros (CARDOSO, 2016).

A deficiência, insuficiência e ausência dos registros de enfermagem podem gerar falhas na comunicação e na continuidade do cuidado. Desse modo, torna-se fundamental a implantação e realização do registro de enfermagem de forma completa e com o uso do SLP, agregando qualidade à assistência de enfermagem, promovendo a organização de prioridades relacionadas ao levantamento de informações, DE, RE e IE (DINIZ, 2013; CARDOSO, 2016).

O registro é de extrema importância para que a assistência seja planejada, implementada e avaliada com qualidade. Considerando a Resolução do COFEN nº 429/2012, é responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012, p.288).

A partir das considerações elencadas acerca dos problemas de maior relevância, pode-se resumi-los, tais como: descumprimento de algumas das etapas do PE; inexistência do SLP para os diagnósticos e planejamento da assistência de enfermagem. Dada a complexidade desses problemas, se estabelece os diagnósticos e planejamento da assistência de enfermagem como objeto deste estudo na atenção pediátrica.

Desse modo, a questão norteadora é: quais atributos essenciais na elaboração de instrumentos para padronização do Processo de Enfermagem em enfermaria pediátrica?

1.1 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Validar um instrumento para registro do Processo de Enfermagem em uma enfermaria pediátrica.

Objetivos Específicos:

- Analisar o perfil sociodemográfico-clínico de pacientes internados na enfermaria pediátrica.
- Determinar os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes, os Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem de acordo com a taxonomia da NANDA-I, NOC e NIC.
- Construir um instrumento para operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem.
- Analisar o conteúdo do instrumento construído mediante avaliação de um painel de especialistas na área pediátrica.

1.2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa torna-se relevante pela possibilidade de proporcionar uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem ao paciente pediátrico, considerando que a aplicação do PE é facilitadora do pensamento crítico do enfermeiro no desempenho de suas atribuições.

A proposta de trabalhar com a criança é fundamental, pois a infância se configura como uma etapa de extrema importância para a consolidação da pessoa em todos os seus aspectos, considera-se a hospitalização como um evento traumático para a criança, sendo necessário o uso de estratégias de atenção e intervenção humanizada para que o sofrimento possa ser amenizado ou superado, afim de garantir a assistência integral da criança (BRASIL, 2018).

O reconhecimento de que a criança é prioridade e que ela se constitui no grupo mais vulnerável da humanidade dá suporte à importância da atenção integral à sua saúde, pelos impactos potenciais no presente e no futuro. Oferecer atenção integral à criança significa prover todos os serviços necessários, capazes de responder resolutivamente às demandas específicas de sua saúde. Demanda também um olhar da criança por inteiro, numa postura acolhedora com escuta atenta e qualificada, com o cuidado singularizado e o estabelecimento de vínculo de forma implicada (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, os enfermeiros gerentes dos cuidados de enfermagem devem assumir o PE para que os cuidados de enfermagem possam influenciar de forma positiva no processo de internação da criança e família. Portanto, o envolvimento de toda a equipe de enfermagem é fundamental na aplicação do PE, a fim de identificar as necessidades biopsicoespirituais das

crianças hospitalizadas, embasando o cuidado à criança e seus familiares de forma humanizada, sistematizada e integral (MOREIRA, 2016).

Apesar da consistência teórica e da importância prática que possui o PE, esse não está sendo utilizado satisfatoriamente nos serviços de saúde, comprometendo a qualidade da assistência de enfermagem e a autonomia do profissional do enfermeiro. Busca-se estratégias que favoreçam a implementação do PE, a fim de que a falta de tempo dispensada no preenchimento de papéis, formulários incompletos e não padronizados, não sejam mais uma justificativa para operacionalizar o PE (ARAÚJO, *et al.*, 2015; SANTOS, 2016).

A construção e validação de instrumentos sistematizado e estruturado baseado nos princípios do PE e nos SLP, têm sido realizada com sucesso, juntamente com a avaliação do seu conteúdo, uma etapa fundamental para o ideal desenvolvimento e adaptação à realidade do setor ao qual é proposto (ARAÚJO, *et al.*, 2015). DANTAS, SILVA, NÓBREGA, 2018).

O uso de SLP traz benefícios para o paciente e para o próprio serviço de saúde. No entanto, a falta de um SLP dificulta a realização de uma assistência sistematizada, individualizada, integral e qualificada para cada paciente (DANTAS, SILVA, NÓBREGA, 2018).

Neste contexto, construir um instrumento de diagnósticos e planejamento da assistência de enfermagem prevalentes e coerentes com a realidade da enfermagem pediátrica baseados no SLP, direcionará as ações voltadas à identificação de situações ou agravos de saúde, subsidiará a relação de IE sobre as necessidades de cuidado da criança, auxiliará na implantação da SAE em sua totalidade, além de, reduzir a possibilidade de erros e proporcionar maior eficiência, autonomia e cientificidade à profissão (BENEDET, *et al.*, 2016).

A implementação da SAE é um desafio para a sua consolidação nas instituições, porém é indispensável, pois reforça a organização, estruturação do setor e qualidade da assistência de enfermagem coerente com a realidade de cada instituição, resgatando o cuidado humano individualizado fundamentado no conhecimento científico (BENEDET, *et al.*, 2016).

Para a implementação da SAE de maneira eficaz, faz-se necessário que os profissionais enfermeiros tenham conhecimentos científicos, éticos, habilidades técnicas e responsabilidade com o cuidado do paciente. Quanto às instituições de saúde, elas precisam realizar uma gestão dos serviços em que haja um dimensionamento de pessoal adequado, promoção de capacitações acerca da temática, além de estratégias facilitadoras capazes de otimizar a adesão dos profissionais e gestores (KIRCHESCH, 2016).

Apesar da evidência de alguns obstáculos institucionais e gerenciais, a implementação do PE demonstra melhora efetiva da qualidade da assistência prestada ao paciente. Neste sentido, a utilização dos diagnósticos e o planejamento da assistência de enfermagem pode representar a mudança de cultura na instituição e o rompimento com o modelo biomédico (BENEDET, *et al.*, 2016).

A implementação da SAE em sua totalidade consolida e respalda a profissão, proporciona, ainda, autonomia profissional, melhor qualidade no cuidado prestado ao paciente, diminuição no tempo de internação e consequentemente economia de recursos (KIRCHESCH, 2016).

Neste sentido, o estudo contribuirá para a busca de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem permitindo uma assistência individualizada para o melhor envolvimento entre os profissionais de enfermagem a realizar o PE em toda sua essência e conjuntura. Evidenciando, uma enfermagem reflexiva, dinâmica e autônoma, assim como a segurança no planejamento, na execução e na avaliação das condutas de enfermagem (NETO, FONTES, NÓBREGA, 2013).

1.3 INTERVENÇÃO

O presente estudo apresenta como proposta de intervenção a construção e validação de um instrumento para operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem em uma enfermaria pediátrica de um hospital público no município do Rio de Janeiro.

A intervenção está inserida no eixo do produto do tipo desenvolvimento de técnica. Com subtipologia analítica, instrumental, pedagógica, processual, terapêutica e outra. Classificado com estrato T3. Descrição: a técnica pode ser de natureza analítica, instrumental, pedagógica, processual ou terapêutica; envolve a produção de rotinas, normas, protocolos, procedimentos, guidelines, consensos, modelos, tecnologias de gestão, educação e assistência à saúde.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEITUAL

2.1 BASES QUE FUNDAMENTAM O OBJETO DE ESTUDO

2.1.1 Primeira base: Criança um Ser Integral e Integrado

Compreender a criança como um ser integral e integrado favorece a garantia dos seus direitos fundamentais. Quando se perde a capacidade de ver a criança na sua totalidade, passa-se a acreditar que não há necessidade ou importância de relacionar as demais questões que permeiam a vida da criança (BRASIL, 2018).

Considera-se, neste estudo, criança como uma pessoa com características singulares, com competências e vulnerabilidades compatíveis com cada fase de seu desenvolvimento (DINI, 2007).

No Brasil a Organização Mundial da Saúde define a criança como pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define a criança como pessoa até 12 anos incompletos e o adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2018).

A criança é um ser humano no início de seu desenvolvimento, com peculiaridades biopsicossociais próprias. A concepção de criança e as relações de família foram se transformando ao longo dos séculos. A infância foi reconhecida tardiamente no Brasil, as principais pesquisas envolvendo o comportamento e os aspectos psicológicos da criança tiveram início no começo do século XX (HOCHMÜLLER, 2016).

Antes do século XV, a criança era vista como um adulto em miniatura, a sociedade não a via com bons olhos, era rapidamente introduzida no mundo dos adultos. A transição de criança pequena em um homem jovem era rápida e insignificante, não havia sensibilidade, ocorria apenas um sentimento superficial nos primeiros anos de vida da criança, enquanto era engraçada. Se a criança morresse não se lamentava muito, pois iria ser substituída, a taxa de mortalidade infantil era elevada na época. O amor e o afeto existiam, mas não era algo indispensável na família (ARIÈS, 1978).

No século XIV, surge a ideia da criança mística ou criança anjo, devido a religiosidade cristã. Na Renascença, o pensamento humanista redefine a concepção de ser humano. O século XVII foi marcante para a evolução da primeira infância, a visão começou a mudar, a maneira de aprendizagem passou a ser a escola e a família passou a ser lugar de carinho em torno da criança. No século XVIII os filósofos começaram a perceber e referenciar a criança como ser pensante (HOCHMÜLLER, 2016; ARIÈS, 1978).

Já na modernidade, a criança começa a ter papel central no âmbito da família e da sociedade, fortalecendo os laços entre adultos e crianças. A partir de então, a criança é vista como um indivíduo social, inacabado, carente, mas individualizado, que necessita de cuidados e proteção, sendo da família a maior preocupação com sua saúde e com sua educação. Porém, somente no século XX que o efetivo estudo da criança e da infância começou a ser engajado, pesquisando o desenvolvimento cognitivo e o comportamento infantil de modo profundo e específico (HOCHMÜLLER, 2016).

No contexto Brasileiro em 1990 foi criado o ECA, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, um grande marco pois desde então considera as crianças e adolescentes sujeitos de direitos, e em função de sua condição de desenvolvimento devem ter atenção especial do Estado, da família e da sociedade. A Lei dispõe sobre a:

“Proteção integral à criança, além de assegurar-lhe todas as oportunidades que facilitem seu desenvolvimento físico, mental, espiritual e social em condições de liberdade e oportunidade, respeitando sua condição peculiar de sujeito em desenvolvimento” (BRASIL, 1990, p.13563).

Visando garantir os direitos e deveres da criança e adolescente, o 5º Artigo reforça que:

“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990, p.13563).

E ainda visando o direito à liberdade, o 16º artigo garante o direito de:

I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;
II - opinião e expressão;
III - crença e culto religioso;
IV - brincar, praticar esportes e divertir-se;
V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;
VI- participar da vida política, na forma da lei;
VII - buscar refúgio, auxílio e orientação (BRASIL, 1990, p.13563).

O 12º artigo prevê a importância da permanência de um acompanhante em tempo integral nos casos de internação da criança ou adolescente. Garantindo assim, uma atenção humanizada à criança hospitalizada, tanto no sentido de favorecer a continuidade do seu desenvolvimento quanto visando o cuidado e afeto oferecido pelos pais e responsáveis. A Resolução nº 41 de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, corrobora e cita que a criança hospitalizada possui direitos específicos, sendo um deles o “Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização” p.163 (BRASIL, 1990; BRASIL, 1995).

O familiar é um coparticipante do tratamento e da recuperação da criança, levando-se em conta as necessidades expressas pela criança e pelo familiar no processo de saúde-doença. Portanto, é imprescindível que o enfermeiro insira o familiar na assistência a ser prestada, no entanto, os cuidados cotidianos devem ser realizados, auxiliados e supervisionados pela equipe de enfermagem (BRASIL, 2002; SANTOS, 2016).

Ainda no quesito da hospitalização, de acordo com a Lei nº 11.104 de 2005, é obrigatório a instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Levando em consideração a importância do lúdico como contribuição ao processo terapêutico, socio afetivo e educativo. Ofertando um tratamento humanizado visto que a brincadeira é um dos principais meios de expressão, que possibilita a investigação e a aprendizagem, capaz de promover melhorias na sua saúde e contribuir com a recuperação da criança (BRASIL, 2005).

As crianças precisam de um ambiente favorável ao seu crescimento e amadurecimento, que permita, junto ao seu potencial genético, o desenvolvimento pleno de suas capacidades e habilidades motoras, cognitivas e socio afetivas. A hospitalização provoca estresse na criança, sendo então um desafio para as equipes que cuidam, oferecer uma atenção integral com ênfase não somente aos cuidados biológicos, mas incluindo também cuidados psicológicos e sociais, resgatando sua dignidade e identidade, materializado no universo da criança através do brincar (BRASIL, 2018).

Sabe-se que o processo de internação modifica toda a estrutura da criança e família. Os fatores como duração da internação, gravidade da doença, sintomas e tipo de intervenção podem provocar repercussões no desenvolvimento infantil. A hospitalização além de alterar os hábitos rotineiros, causa na criança vários sentimentos, como ansiedade, sendo que na família o impacto da hospitalização causa sensações diversas, como tristeza, impotência, medo, culpa, além do desgaste físico e emocional. Para isso a assistência deve ser centrada tanto na criança quanto na família, facilitando as experiências hospitalares para a ambas (DANTAS, SILVA, NÓBREGA, 2018).

Para o cuidado da criança hospitalizada, se requer especificidade, os profissionais atuam em equipe articulando os saberes e intervenções, avaliando constantemente sua assistência prestada, revisando problemas para buscar soluções, ofertando uma assistência resolutiva e não fragmentada, e garantindo continuidade da assistência. Deve-se considerar o contexto familiar, sociocultural e econômico para valorização da recuperação da saúde e manutenção do seu desenvolvimento. (OLIVEIRA, 2015; DINI, 2007).

Para atender às necessidades das crianças e seus familiares os profissionais de enfermagem necessitam colocar em prática a empatia, o conhecimento, a habilidade, os valores e a sensibilidade individual. Visto que a hospitalização pode se tornar uma experiência dolorosa e traumática, os profissionais de enfermagem devem se lembrar das mudanças geradas na rotina e no convívio social das crianças e famílias, de forma a planejar ações que minimizem os elementos negativos (DINI, 2007; CARDOSO, 2016).

No ano de 2013, foi criado pelo Instituto Alana o projeto Prioridade Absoluta, que coloca as crianças em primeiro lugar nos planos e preocupações da Nação, por meio de ações que dão destaque às necessidades da primeira infância, informando, sensibilizando e mobilizando pessoas para que sejam defensoras e promotoras dos direitos das crianças nas suas comunidades (BRASIL, 2018).

No ano de 2016, foi publicado o Marco Legal da Primeira Infância, que estabelece, na Lei nº 13.257, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, considerando como questões prioritárias a saúde, a alimentação, a educação, a convivência familiar e comunitária, a assistência social, a cultura, o lazer, o espaço e o meio ambiente (BRASIL, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída pela Portaria nº 1.130, de 2015, estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos. Tendo como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida (BRASIL, 2015).

Sendo as Diretrizes da PNAISC:

1. Gestão interfederativa das ações de saúde da criança;
2. Organização das ações e dos serviços na rede de atenção;
3. Promoção da Saúde;
4. Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família;
5. Qualificação da força de trabalho do SUS;
6. Planejamento e desenvolvimento de ações;
7. Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento;
8. Monitoramento e avaliação;
9. Intersetorialidade (BRASIL, 2018, p.33).

Sendo os Princípios da PNAISC:

1. Direito à vida e à saúde

2. Prioridade absoluta da criança
3. Acesso universal à saúde
4. Integralidade do cuidado
5. Equidade em saúde
6. Ambiente facilitador à vida
7. Humanização da atenção
8. Gestão participativa e controle social (BRASIL, 2018, p.29).

Sendo os Eixos Estratégicos da PNAISC:

1. Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
2. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
3. Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
4. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
5. Atenção integral à criança em situações de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
6. Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
7. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2018, p.37).

É preciso utilizar estratégias para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação. Garantindo assim, o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos (BRASIL, 2018).

Para discutir entraves e desafios ao desenvolvimento saudável da criança foram estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo eles:

1. Acabar com a fome e a miséria;
2. Oferecer educação básica de qualidade para todos;
3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
4. Reduzir a mortalidade infantil;
5. Melhorar a saúde das gestantes;
6. Combater a Aids, a malária e outras doenças;
7. Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente;
8. Estabelecer parcerias para o desenvolvimento.

O objetivo 4 do ODM foi analisado em 2017 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), destacou o notável progresso desde 2000 na redução da mortalidade entre crianças menores de cinco anos, a vida de 50 milhões de crianças foi salva através do compromisso entre os governos e parceiros no desenvolvimento para combater as mortes infantis evitáveis (UNICEF, 2017).

Globalmente, o número total de mortes de crianças menores de cinco anos teve um declínio de 56% em 2016, passou de 12,6 milhões em 1990 (93 óbitos por 1.000 nascidos

vivos) para 5,6 milhões (41 óbitos por 1.000 nascidos vivos). As mortes neonatais (primeiros 28 dias de vida) representam 2,6 milhões (46%), aumento de 41% em relação a 2000. As mortes de crianças de cinco a 14 anos foi de 1 milhão em 2016. As crianças enfrentam o maior risco de morrer no primeiro mês de vida, as taxas de mortalidade neonatal são mais lentas do que as taxas de mortalidade em crianças maiores (UNICEF, 2017).

Ressalta-se que existem disparidades na sobrevivência infantil entre regiões e países, a maioria das mortes de recém-nascidos ocorreu na Ásia Meridional (39%) e África ao sul do Saara (38%), e metade delas na Índia (24%), Paquistão (10%), Nigéria (9%), República Democrática do Congo (4%) e Etiópia (3%) (UNICEF, 2017).

No Brasil a taxa de mortalidade de crianças de até um ano caiu 73,67% entre 1990 e 2015, com predominância da região Nordeste. Entretanto, os níveis atuais ainda são elevados, as crianças pobres, negras e indígenas têm mais do que o dobro de chance de morrer, o que torna importante a avaliação do desempenho desse indicador por estados para a identificação de desigualdades regionais, políticas públicas intersetoriais e de saúde específicas devem ser continuadas e aprimoradas, além da análise das principais causas de morte na infância para a definição de ações preventivas mais efetivas (FRANÇA, *et al.*, 2017).

No Brasil as cinco principais causas de mortalidade por 1.000 nascidos vivos em crianças menores de cinco anos no ano de 2015 foram: 1ª prematuridade (3,18 redução de 72% comparado a 1990); 2ª anomalias congênitas (3,06); 3ª asfixia e trauma no nascimento (1,93); 4ª septicemia e outras infecções neonatais (1,69); e 5ª infecção do trato respiratório inferior (1,55 redução de 81% comparado a 1990). Destaca-se a redução dos óbitos por doenças diarreicas (95%) que em 1990 representava a 2ª maior causa de mortalidade, passando para a 7ª posição em 2015, e a desnutrição (87%) que em 1990 representava a 7ª maior causa de mortalidade, passando para a 9ª posição em 2015. Essa mudança indica melhora das condições sanitárias e nutricionais do país, acesso à atenção de saúde, além de possível impacto de ações específicas como a introdução da vacina contra rotavírus em 2006 e a terapia de reidratação oral na atenção básica. Ressalta-se ainda o declínio das taxas por sífilis e por doenças imunopreveníveis, como a coqueluche e o sarampo. Chama-se atenção as causas externas, apesar do declínio das taxas: a aspiração de corpos estranhos; os acidentes de trânsito; o afogamento; e a violência interpessoal, tornando-se um importante problema de saúde pública para as famílias e a sociedade (FRANÇA, *et al.*, 2017).

Globalmente, as doenças infecciosas como pneumonia (16%) e diarreia (8%) e as complicações neonatais (30%) foram responsáveis pela grande maioria das mortes de crianças

menores de cinco anos em 2016, doenças facilmente evitáveis ou tratáveis com intervenções simples e econômicas, por meio da melhoria do acesso a profissionais de saúde especializados durante a gravidez e no momento do nascimento; do cuidado acessível e de qualidade; de intervenções vitais, como imunização, aleitamento materno e medicamentos baratos; do aumento do acesso a água e saneamento; e da redução das iniquidades globais (UNICEF, 2017).

Apesar do progresso, ainda existem grandes disparidades na sobrevivência infantil entre regiões e países. É preciso fazer mais, levar conhecimento e tecnologia para quem mais precisa, muitas vidas ainda podem ser salvas se as disparidades entre os países forem reduzidas. O relatório prevê ainda que mais de 60 países não alcançarão o ODM da ONU de acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos até 2030, acarretando 60 milhões de crianças menores de cinco anos mortas entre 2017 e 2030, destaca também que metade desses países não atingirão a meta de 12 mortes neonatais por 1.000 nascidos vivos até 2050 (UNICEF, 2017).

O Brasil ratificou os mais importantes pactos, tratados e convenções internacionais sobre os direitos humanos da criança. Desde então, a saúde da criança vem apresentando melhora significativa. Por outro lado, o Brasil vem enfrentando novos desafios como: identificação de novos agentes infecciosos e o ressurgimento de doenças, até então consideradas sob controle; altas taxas de parto cesáreo e da prematuridade; aumento da prevalência da obesidade na infância; aumento de óbitos evitáveis por causas externas como acidentes e violências; doenças em razão das más condições sanitárias; entre outros. Fica evidente a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de saúde e, ao mesmo tempo, universalizar todos os avanços para grupos de maior vulnerabilidade, além de garantir não só a sobrevivência, mas o desenvolvimento integral de todas as crianças (BRASIL, 2018).

2.1.2 Segunda base: O Processo de Enfermagem na Sistematização da Assistência de Enfermagem

Por muitos anos, a Enfermagem desenvolveu seu agir profissional baseado no modelo biomédico. O cuidado era prestado de forma objetiva e executado por pessoas leigas e religiosas que acreditavam que o cuidado representava uma recompensa para a vida eterna (SILVA, BRAGA, 2016).

Em 1860, Florence Nightingale, a fundadora da enfermagem moderna, iniciou a formação para profissionais enfermeiros para o cuidado com fundamentação científica em princípios ambientais e terapêuticos, elaborando assim uma filosofia para a prática em enfermagem (SILVA, BRAGA, 2016).

Devido a influências de fatores científicos, sociais, culturais, políticos e econômicos na época, o agir do enfermeiro passou a ser pautado em princípios éticos, epistemológicos e ontológicos, possibilitando a reflexão e modificando a visão caritativa do cuidar da enfermagem. O foco do cuidado de enfermagem passou a ser a pessoa, na promoção de sua integridade, com uma visão holística e não apenas sua patologia (SILVA, BRAGA, 2016).

A década de 50 ficou marcada com o início do pensamento e articulação com as teorias de enfermagem, após profundas reflexões sobre a enfermagem como profissão e o cuidado como seu objeto de trabalho. Surgem, então, as primeiras teorias articulando os fenômenos entre si, explicando a realidade em seu conjunto de forma coerente e estabelecendo bases de uma ciência de enfermagem (SILVA, BRAGA, 2016).

A teoria se consiste em conceitos e proposições, formando um sistema logicamente interrelacionado; promove visão sistêmica do fenômeno, servindo para descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever medidas para guiar a prática assistencial; oferece respaldo científico para as ações de enfermagem, além de constituir uma base sistemática de conhecimento disciplinar para dirigir a SAE em todas suas etapas (SILVA, BRAGA, 2016).

As teorias são estruturadas a partir do metaparadigma de enfermagem, o componente mais abstrato da hierarquia estrutural do conhecimento da enfermagem contemporânea, sendo: **Pessoa** (indivíduo, família ou comunidade, definida como aquele que recebe o cuidado); **Saúde** (representa um estado de bem-estar, decidido entre o paciente e enfermeiro); **Ambiente** (representa os arredores imediatos, a comunidade ou todo o universo); e **Enfermagem** (é a ciência e a arte da disciplina) (SILVA, BRAGA, 2016).

Maior atenção dos enfermeiros brasileiros começou a ser direcionada para a SAE com os trabalhos de Wanda Horta, nos anos 60, com ênfase no planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e caracterizá-la como ciência pela implantação da SAE (SOUZA, 2016; TANNURE, PINHEIRO, 2019).

A SAE possibilita uma visão integral, contínua e documentada do processo que envolve o cuidado, consiste em um instrumento norteador da prática clínica do enfermeiro, promovendo a qualidade do cuidado de enfermagem prestado (PAIANO, *et al.*, 2014).

A Resolução Cofen nº 358 de 2009, reforça a necessidade de implantação da SAE, tornando a assistência sistematizada a partir da utilização de um método, com embasamento em um referencial teórico, direcionando o olhar da assistência fundamentado cientificamente nas ações dos enfermeiros, e contribuindo para atender as expectativas, tanto dos profissionais quanto do paciente e seu familiar (COFEN, 2009).

A SAE possui como objetivo organizar o trabalho profissional quanto ao Método, Pessoal e Instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Para tal, utiliza método científico e estratégia de trabalho voltados à identificação das situações de saúde-doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009).

O PE, inserido especificamente no eixo Método da SAE, é definido como instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional, a documentação da prática profissional, possibilitando uma abordagem holística do paciente, além de aprimoramento contínuo. Organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, compreendidas como (COFEN, 2009, p.179):

Histórico de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo a ser realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, objetivando a obtenção de informações;

Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem, constituem a base para a seleção das intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (RE);

Planejamento de Enfermagem - determina os resultados que se espera alcançar e as ações ou IE que serão realizadas;

Implementação - execução das ações ou intervenções prescritas na fase de planejamento a serem executadas pela equipe de enfermagem;

Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas, objetivando determinar se as IE alcançaram o RE e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE (COFEN, 2009).

A consolidação da SAE nas instituições de saúde promove a segurança e a qualidade da assistência, exigindo cada vez mais do enfermeiro para o aperfeiçoamento dos serviços, o planejamento, operacionalização e controle dos cuidados (SOARES, *et al.*, 2015).

No Brasil, a primeira enfermeira que desenvolveu uma teoria no campo profissional da enfermagem foi Wanda de Aguiar Horta em 1974, sob o título Teoria das Necessidades Humanas Básicas, com base no pensamento de João Mohana sobre necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e com adaptação fundamentada nos pressupostos da teoria da motivação humana de Abraham Maslow (HORTA, 1979).

A partir de seus estudos, a atenção começou a ser direcionada para o PE e para o método disseminado entre as escolas de enfermagem brasileira. Horta trouxe a ideia de humanização do cuidado para a Enfermagem tão essencial na avaliação da qualidade da assistência. Ademais, defende um modelo de PE com seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979; SILVA, BRAGA, 2016).

A teoria das necessidades humanas básicas tem por objetivo assistir o ser humano considerando suas necessidades básicas, tornando-o independente pelo ensino do autocuidado, com o intuito de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (SILVA, BRAGA, 2016).

À medida que a assistência de enfermagem é norteadada por um referencial teórico, os profissionais associam a teoria à prática, relacionando conhecimentos multidisciplinares com o objetivo de oferecer um cuidado integral e qualificado (NETO, FONTES, NÓBREG, 2013).

O PE deve estar baseado em uma teoria de enfermagem de conhecimento dos profissionais da instituição, proporcionando a reflexão da assistência prestada. Cabe destacar que a equipe de enfermagem da instituição, onde este estudo será desenvolvido, adotam a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta por considerar a mais adequada à realidade da assistência prestada, em especial na internação pediátrica. Além disso, reconhece ser fácil para aplicação prática, de fácil entendimento e coerente com as demandas institucionais (BARROS, *et al.*, 2015).

2.1.3 Terceira base: Sistema de Linguagem Padronizada

O SLP é um conjunto de termos comumente compreendidos, usados para descrever os julgamentos clínicos, além de ser entendido como estruturas organizadoras de uma terminologia acordada, um conjunto de conhecimentos estruturados, conceitos organizados de forma lógica, com base em suas semelhanças, para descrever as avaliações, intervenções e

resultados do cuidado de enfermagem (HERDMAN, KAMITSURU, 2018; CARVALHO, *et al.*, 2013).

Recomenda-se seu uso devido às diversas vantagens como estruturação da documentação clínica; organização de termos e expressões sobre respostas humanas ou problema de um paciente; redução de informações dúbias e indevidas; contribuição na avaliação de enfermagem, na comunicação e no gerenciamento do cuidado; e provisão de informações necessárias para a avaliação de resultados, análises de custos e de efetividade clínica (CARVALHO, *et al.*, 2013).

Existem vários sistemas de classificação desenvolvidos para a enfermagem, todavia se assume neste estudo os sistemas NNN, compreendidos como:

NANDA International (NANDA-I): voltados para os DE (apresenta mais de 244 DE, agrupados em 13 domínios da prática de enfermagem, sendo eles: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios da vida, proteção/segurança, conforto, crescimento/desenvolvimento).

O DE “é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processo de vida ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade” p.450. Ele é a segunda etapa do PE, que consiste na tomada de decisão clínica sobre a presença de uma resposta humana que requer IE e RE. O julgamento envolve a coleta de informações, classificação destas informações e tomada de decisão para realizar as ações (HERDMAN, KAMITSURU, 2018).

O levantamento dos dados do paciente é obtido por meio do histórico de enfermagem e do exame físico, a seguir são estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, que servem de base para o planejamento e implementação das IE. Posteriormente é realizada a avaliação do cuidado prestado, sendo possível verificar se as ações realizadas foram eficazes para a obtenção dos resultados desejados (PAIANO, *et al.*, 2014).

Segundo Herdman e Kamitsuru (2018) p.450, o DE pode ser voltado para um **problema** (julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe em pessoa, família, grupo ou comunidade), um estado de **promoção da saúde** (julgamento clínico a respeito da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde), de **risco** (julgamento clínico a respeito da vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processo de vida) ou de **síndrome**

(julgamento clínico relativo a um agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos, sendo mais bem tratados em conjunto e por meio de intervenções similares).

Importante lembrar que diagnósticos com foco no problema não devem ser entendidos como mais importantes que os de risco. Muitas vezes, um diagnóstico de risco pode ser o de maior prioridade para um paciente. Após identificar os diagnósticos, se deve priorizar os selecionados para determinar as prioridades dos cuidados (HERDMAN, KAMITSURU, 2018).

Diagnóstico prioritário é aquele com necessidade urgente, é um diagnóstico com alto nível de coerência com as características definidoras, fatores relacionados ou de risco e necessitam ser identificados para que o cuidado possa ser direcionado à solução desses problemas ou redução da gravidade ou risco de ocorrência (HERDMAN, KAMITSURU, 2018).

Os DE são organizados e constituídos pelos seguintes indicadores diagnósticos:

Características Definidoras: “são indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestação de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome” (HERDMAN, KAMITSURU, 2018. p.113).

Fatores Relacionados: “podem ser considerados fatores etiológicos, ou mostrar relação com o diagnóstico. Podem ser descritos como antecedentes de, associados com, relacionados com, contribuintes para, ou auxiliares. Somente diagnósticos com foco no problema e síndromes devem ter fatores relacionados, diagnósticos de promoção da saúde também podem ter se ajudarem a esclarecer o diagnóstico” (HERDMAN, KAMITSURU, 2018. p.114).

Fatores de Risco: “são fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família, grupo ou comunidade. Existem apenas em diagnósticos de risco” (HERDMAN, KAMITSURU, 2018. p.115).

Condições Associadas: “são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Essas condições não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro, embora possam dar apoio à precisão nos diagnósticos de enfermagem” (HERDMAN, KAMITSURU, 2018. p.111).

População em Risco: “são grupos de pessoas que partilham alguma característica sendo suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências” (HERDMAN, KAMITSURU, 2018. p.111).

Sabe-se que os diagnósticos formulados só têm significação no contexto do PE se forem um elo entre o levantamento de dados e a determinação das intervenções necessárias para o alcance dos RE, não deixando que as ações prescritas se limitem apenas a cuidados de rotina, mas sim, cuidados consistentes e pertinentes com os DE elencados (HERDMAN, KAMITSURU, 2018; PAIANO, *et al.*, 2014).

Formular DE é um processo que exige conhecimento, habilidade de pensamento lógico, raciocínio, julgamento, interpretação, análise, previsão do significado e interação enfermeiro-paciente, sendo que a qualidade desta interação afeta diretamente a informação obtida (CRUZ, *et al.*, 2015).

Nursing Outcomes Classification (NOC): voltado para a classificação dos Resultados de Enfermagem (apresenta mais de 490 resultados e estão inseridos dentro do PE na etapa de Planejamento de Enfermagem, onde determina-se os resultados que se espera alcançar).

Os resultados de enfermagem são conceitos que refletem um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, da família ou da comunidade, que é medido ao longo do tempo na resposta a uma IE, podendo ser mensurado utilizando uma escala de mensuração (MOORHEAD, *et al.*, 2016).

É utilizada uma escala do tipo likert de cinco pontos com todos os resultados e indicadores, fornecendo um número adequado de opções para demonstrar a variabilidade do estado, comportamento ou percepção descrito pelo resultado. Sendo possível mensurar o resultado antes da intervenção e estabelecer um escore basal no resultado selecionado, classificando o resultado obtido após a intervenção. Isso permite acompanhar as alterações no estado do paciente ou manutenção do estado do resultado com o passar do tempo (MOORHEAD, *et al.*, 2016).

A mensuração dos resultados valida se os pacientes estão respondendo positivamente às IE e ajuda a determinar se são necessárias mudanças no cuidado. O uso desses fornece subsídios para: elucidar o conhecimento da enfermagem; avançar no desenvolvimento de teorias; determinar a efetividade dos cuidados; e demonstrar as contribuições de enfermagem aos pacientes, família e às comunidades (MOORHEAD, *et al.*, 2016).

Nursing Intervention Classification (NIC): voltado para a classificação das Intervenções de Enfermagem (apresenta mais de 554 intervenções e estão inseridas dentro do PE na etapa de Planejamento de Enfermagem, onde determina-se as intervenções que serão realizadas).

Define-se uma intervenção como “qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e nos conhecimentos que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente” tanto de forma independente quanto colaborativa, no cuidado direto ou indireto (BULECHEK, *et al.*, 2016, p.2).

É utilizada para o planejamento do cuidado, documentação clínica, comunicação multidisciplinar, integração de dados em sistemas, pesquisa e eficácia, mensuração de produtividade, avaliação de competência, facilitação do reembolso, ensino e planejamento curricular (BULECHEK, *et al.*, 2016).

A classificação abrange intervenções fisiológicas, psicológicas, para o tratamento de doenças, para a prevenção de doenças, promoção de saúde, e também são incluídas intervenções de cuidados indiretos. Cada intervenção é apresentada na Classificação listada com um nome, uma definição, um conjunto de procedimentos para realizar a intervenção e leituras sugeridas (BULECHEK, *et al.*, 2016).

O uso dos sistemas de classificação NNN possibilita o registro das ações desenvolvidas pela enfermagem, evidencia e especifica a abrangência do cuidado individualizado, auxilia também o enfermeiro para a tomada de decisão (CARDOSO, 2016).

Torna-se imprescindível o aprimoramento constante do pensamento crítico e raciocínio clínico do enfermeiro para a tomada de decisões seguras e fundamentadas em evidências científicas, pois estão presentes em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro: no diagnóstico; no planejamento dos resultados que se espera alcançar; na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos. Se o profissional for devidamente capacitado, ele identificará as necessidades humanas básicas afetadas e utilizará o PE para aprimorar a sua tomada de decisão. Sabe-se que o processo de ensino-aprendizagem para desenvolver competências e habilidades são construções iniciadas desde a graduação, o processo de atualização e educação continuada ao longo da prática profissional, servindo de estratégia para melhoria do cuidado (NETO, FONTES, NÓBREGA, 2013; TASSINARY, HAHN, 2013).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, em que se utilizou os conhecimentos existentes de maneira sistemática para elaboração de nova intervenção ou melhoria de uma intervenção existente. Nele, o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores. Refere-se também a investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT, BECK, 2018).

O presente estudo foi operacionalizado em duas etapas: 1ª Construção do instrumento: identificou-se o perfil sociodemográfico-clínico, os Diagnósticos de Enfermagem (DE) prevalentes, elencou-se os Resultados esperados (RE) e as Intervenções de Enfermagem (IE) baseado nas taxonomias NNN; 2ª Validação de conteúdo: realizada por um painel de especialistas na área pediátrica de acordo com os critérios de Fehring modificados, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) como estratégia para análise do conteúdo, sendo considerada adequada quando o $IVC \geq 0,80$.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido na enfermaria pediátrica localizada em um hospital público no município do Rio de Janeiro.

Trata-se de um hospital geral público com missão de prestar assistência especializada em saúde e formar recursos humanos dentro das diretrizes do SUS com sustentabilidade. Assume a Visão de futuro em ser reconhecido como centro de excelência no SUS, conforme os padrões internacionais de qualidade e os Valores em prol da humanização, segurança, integralidade, credibilidade e responsabilidade socioeconômica ambiental.

A via de acesso para a internação neste hospital provém de demandas referenciadas do serviço ambulatorial ou através de transferências de outros hospitais, assumindo os preceitos de integralidade do SUS.

A enfermaria de pediatria possui capacidade para 24 leitos, dos quais sete são destinados a pacientes clínicos pediátricos, sete para pacientes com distúrbios Onco-hematológicos e dez leitos destinados a pacientes cirúrgicos eletivos no pré e pós-operatório

de pequeno e médio porte. A unidade atende pacientes que requerem cuidados mínimos até cuidados semi-intensivos, abrangendo a faixa etária de zero a 18 anos.

A equipe de enfermagem dessa unidade vem trabalhando sob o modelo teórico-metodológico de Wanda de Aguiar Horta. Entretanto, os DE carecem de padronização dos termos, de modo que os profissionais de enfermagem assumam uma linguagem única na instituição a partir de um julgamento clínico sobre as condições de saúde da criança ou adolescente coletadas no histórico de enfermagem.

Atualmente a unidade conta com uma equipe de 12 enfermeiros plantonistas, com escala de 24 horas de trabalho contínuo por 120 horas de descanso. Uma enfermeira diarista, e uma enfermeira coordenadora, com escala de trabalho de segunda a sexta-feira das 07:00 as 13:00 horas. Ambos cumprem a carga horária de 30 horas semanais regulamentada em lei.

3.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

3.3.1 Construção do Instrumento

Para a construção do instrumento nomeado Processo de Enfermagem foi realizada a identificação dos DE prevalentes na enfermaria pediátrica. Através de um banco de dados construído pela gestora da unidade de forma aleatória por critério de conveniência de 100 pacientes internados na enfermaria pediátrica no período de dezembro de 2017 a julho de 2018. No banco de dados continham as variáveis: idade, gênero, sistema de classificação de pacientes, diagnóstico clínico e título dos diagnósticos de enfermagem baseados na taxonomia da NANDA-I.

Foi utilizada a amostra total (N=100) e considerou-se todas as variáveis existentes no banco de dados (idade, gênero, sistema de classificação de pacientes, diagnóstico clínico e título do diagnóstico de enfermagem baseados na taxonomia da NANDA-I).

Dado o número elevado de 46 DE (total de DE existentes considerados do banco de dados), a inexistência de um plano de cuidados de enfermagem digital que pudesse abranger todos os DE e a utilização do instrumento em forma de papel impresso, optou-se pela determinação dos DE mais prevalentes com base no de valor maior que 10% de frequência, resultando em 27 DE preponderantes.

Uma vez identificados os DE prevalentes, os mesmos serviram de base para compor o instrumento, de forma que constituíssem uma linha de pensamento crítico permitindo que essas etapas fossem interligadas: os títulos dos DE, as características definidoras, os fatores relacionados e fatores de risco. Em seguida, elencaram-se para cada diagnóstico os RE por

meio da classificação NOC bem como seus respectivos indicadores através de uma escala para avaliar/mensurar os resultados. Na sequência, foi elaborado o plano de cuidados de enfermagem com base nas IE da classificação NIC, constituída das principais atividades para que as respectivas intervenções fossem atendidas, havendo ainda campo para aprazamento de acordo com o perfil e necessidades do paciente para cada ação prescrita.

O instrumento foi elaborado na forma de *check-list* com a finalidade de proporcionar ao profissional enfermeiro maior objetividade e rapidez no preenchimento dos dados propostos. Ademais, existiam espaços em branco para possíveis acréscimos de diagnósticos e intervenções para casos mais específicos, a partir de avaliação da situação clínica do paciente pelo enfermeiro (ARAÚJO, *et al.*, 2015).

A análise dos dados foi realizada pelas pesquisadoras nos meses de agosto a outubro de 2018, por meio do *software Excel®* e o programa *Rcommander®* versão 3.4.4 para elaboração da análise exploratória e testes de hipóteses. Decidiu-se por testes não paramétricos (Teste Exato de Fisher, Wilcoxon e Kruskal-Wallis), após a realização de teste de normalidade de Shapiro -Wilk.

3.3.2 Validação do Conteúdo

Nessa fase, após o instrumento ser estruturado e organizado, foi empregada a técnica de validação de conteúdo, cujo um dos objetivos é associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis, testando a hipótese de que os itens escolhidos contemplam adequadamente os domínios do constructo desejado e são realmente representativos da prática clínica da enfermagem (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI 2015).

Essa validação deve ser realizada por um painel composto por cinco a dez especialistas na área do instrumento de medida, envolvendo procedimentos qualitativos e quantitativos (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015).

3.3.2.1 Seleção do Painel de Especialistas

Em relação à seleção dos especialistas, levou-se em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse painel. Foi selecionado especialistas que atendessem a critérios pré-estabelecidos, com base no modelo proposto por Fehring (1994) modificados:

Título: critérios pré-estabelecidos por Fehring (1994) modificados:

Definição de Especialista	Pontuação
Tempo de formação concluída na área de pelo menos 4 anos	4,0
Ponto extra por tempo de formação concluída	1,0 por ano

Experiência clínica de pelo menos dois anos na área específica	2,0
Ponto extra por experiência clínica na área específica	1,0 por ano
Especialização fora da área específica	1,0
Ponto extra por mais de uma especialização fora da área específica	1,0 para cada
Especialização na área específica	2,0
Ponto extra para mais de uma especialização na área específica	2,0 para cada
Título de Mestre	3,0
Total =	17

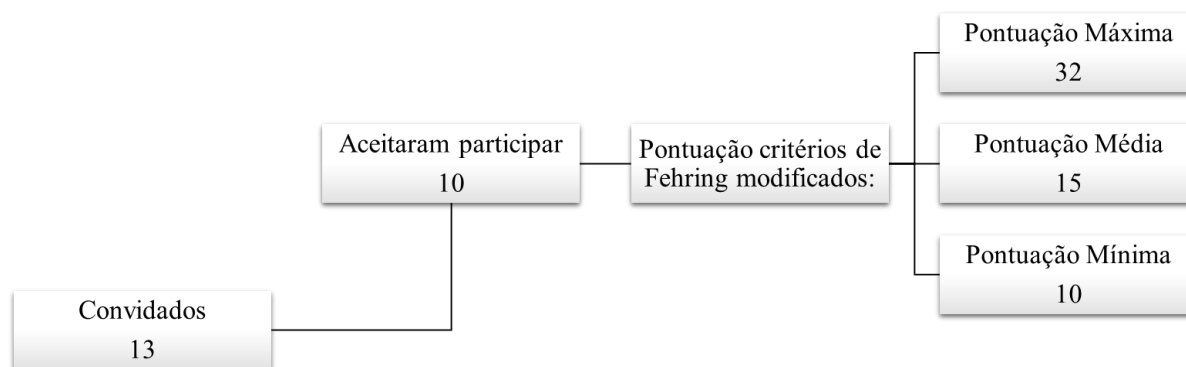
Fonte: Elaborado pela autora.

Desse modo, para a realização da fase validação por especialistas, foram estabelecidos os seguintes critérios para a seleção da amostra: atuassem no setor do estudo; tivessem experiência prática em enfermagem pediátrica; alcançassem o mínimo de cinco pontos, considerando o sistema de pontuação do modelo de Fehring (1994). Neste estudo, justifica-se a modificação dos critérios devido à especificidade da população do estudo.

Inicialmente, foram emitidas a todos enfermeiros lotados no setor, correspondendo um total de 13 enfermeiros, carta-convite (APÊNDICE A) para participação do estudo. Para aqueles que concordaram participar desta pesquisa, se encaminhou: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B); esclarecimentos e orientações quanto as bases conceituais, teóricas e explicação sobre a forma de resposta (APÊNDICE C); o questionário de coleta de dados semiestruturado por meio de correio eletrônico e carta lacrada para aqueles que solicitaram (APÊNDICE D); e o instrumento de pesquisa para validação (APÊNDICE E).

Ao final, aceitaram participar 10 enfermeiros especialistas, com média de 15 pontos segundo critérios adotados no modelo de Fehring (1994).

Título: Recrutamento do Paine de Especialistas



Fonte: Elaborado pela autora.

3.3.2.2 Aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

Para a análise das respostas do painel de especialistas, aplicou-se o IVC, que tem como objetivo medir a proporção de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI 2015).

O IVC foi calculado com a utilização de uma escala tipo Likert para a verificação da pertinência/relevância/representatividade das ligações dos DE, RE e IE propostos no instrumento construído, a qual classifica os itens em cinco níveis:

Título: Exemplo do instrumento de coleta de dados para validação de conteúdo

Escopo	1- Desaprovo Fortemente	2- Desaprovo	3-*Indeciso	4- Aprovo	5- Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

Fonte: Elaborado pela autora.

O cálculo do IVC foi feito com a somatória das respostas “4” e “5” em cada item do questionário dividida pelo número total de respostas (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI 2015).

Fórmula: $IVC = \text{Nº de respostas "4" ou "5"} \div \text{Nº total de respostas}$
--

Para o instrumento final, considerou-se pertinente o DE, os RE e as IE, que obtiveram uma proporção de concordância entre os especialistas do $IVC \geq 0,80$.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, que recebeu o parecer de aprovação nº 2.793.648 em 01 de agosto de 2018. CAAE nº 93380518.7.0000.5285.

Foram respeitadas à dignidade humana que exige toda pesquisa o consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Foi garantido o sigilo e a privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa, a liberdade de participação, a desistência a qualquer momento e assegurado o anonimato dos integrantes da pesquisa. Para garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por pseudônimos. Todo o material será guardado com o pesquisador por 5 anos e, após este período, será descartado.

O estudo esteve fundamentado nos preceitos éticos e legais determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO IV – 1º ARTIGO

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA-CLÍNICA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA-CLÍNICA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA

Suelen Reiniack¹, Jamile Pascoal Franco Gonçalves², Alexandre Sousa da Silva³, Teresa

Tonini⁴

RESUMO: Objetivo: caracterizar o perfil de pacientes internados na enfermaria pediátrica e identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes, de acordo com a taxonomia da NANDA-I. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, documental e seccional com abordagem quantitativa. Foi utilizado a amostra total (N=100) e considerou-se todas as variáveis existentes no banco de dados fornecido (idade, gênero, sistema de classificação de pacientes, diagnóstico clínico e diagnóstico de enfermagem baseados na NANDA-I). Utilizou-se o programa *Rcommander*® para realização da análise exploratória e testes de hipóteses não-paramétricos, sendo considerado nível de significância de 5%. **Resultado:** predominância do gênero masculino (71%), idade média de 7,32 anos, o Cuidado Intermediário (49%) foi o mais frequente, Pediatria foi a clínica com maior número de internações (39%), encontrados 44 diagnósticos médicos e 46 diagnósticos de enfermagem, considerado 27 preponderantes, sendo os cinco principais: Risco de quedas (100%), Risco de infecção (64%), Integridade da pele prejudicada (63%), Dor aguda (49%), Mobilidade física prejudicada (46%). **Conclusão:** a realização dessa caracterização possibilita nortear as demais etapas do Processo de Enfermagem e direciona as ações de cuidado, contribuindo para a melhora contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

DESCRIPTORES: Processo de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Criança Hospitalizada

CLINICAL-SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERIZATION AND NURSING DIAGNOSES IN PEDIATRIC NURSING

ABSTRACT: Objective: To characterize the profile of patients admitted to the pediatric ward and to identify the most prevalent nursing diagnoses, according to the NANDA-I taxonomy. **Method:** This is a descriptive, documentary and sectional study with a quantitative approach. The total sample (N = 100) was used and all variables in the database provided (age, gender, patient classification system, clinical diagnosis and nursing diagnosis based on NANDA-I) were considered. The *Rcommander*® program was used to perform exploratory analysis and non-parametric hypothesis tests, considering a significance level of 5%. **Result:**

¹ Mestranda em Sistematização da Assistência de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh) - convênio CAPES/COFEN. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1821-8011>. E-mail: suelen.reini@hotmail.com

² Mestranda em Sistematização da Assistência de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh) - convênio CAPES/COFEN. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0351-5264>

³ Professor Adjunto da UNIRIO. Doutor em Estatística (UFRJ). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5573-4111>

⁴ Professora Associada do DEF/UNIRIO, Doutora em Enfermagem (IMS/UERJ). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5253-2485>

male predominance (71%), mean age 7.32 years, Intermediate Care (49%) was the most frequent, Pediatrics was the clinic with the largest number of hospitalizations (39%), found 44 medical diagnoses and 46 nursing diagnoses, it was considered 27 preponderant, being the five main ones: risk of falls (100%), risk of infection (64%), impaired skin integrity (63%), acute pain (49%), impaired physical mobility (46%). **Conclusion:** the accomplishment of this characterization makes it possible to guide the other stages of the Nursing Process and directs the care actions, contributing to the continuous improvement of the quality and safety of care. **DESCRIPTORS:** Nursing Process; Nursing Diagnostics; Standardized Nursing Terminology; Pediatric Nursing; Child Hospitalized

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-SOCIODEMOGRÁFICA Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

RESUMEN: **Objetivo:** caracterizar el perfil de los pacientes ingresados en la sala de pediatría e identificar los diagnósticos de enfermería más prevalentes, de acuerdo con la taxonomía NANDA-I. **Método:** Estudio descriptivo, documental y seccional con enfoque cuantitativo. Se utilizó la muestra total (N = 100) y se consideraron todas las variables en la base de datos proporcionada (edad, sexo, sistema de clasificación de pacientes, diagnóstico clínico y diagnóstico de enfermería basado en NANDA-I). El programa Rcommander® se utilizó para realizar análisis exploratorios y pruebas de hipótesis no paramétricas, considerando un nivel de significancia del 5%. **Resultado:** predominio masculino (71%), edad media 7,32 años, atención intermedia (49%) fue la más frecuente, pediatría fue la clínica con el mayor número de hospitalizaciones (39%), se encontraron 44 diagnósticos médicos y 46 diagnósticos de enfermería, se consideró 27 preponderantes, siendo los cinco principales: riesgo de caídas (100%), riesgo de infección (64%), integridad de la piel deteriorada (63%), dolor agudo (49%), movilidad física deteriorada (46%). **Conclusión:** el logro de esta caracterización permite guiar las otras etapas del Proceso de Enfermería y dirige las acciones de atención, contribuyendo a la mejora continua de la calidad y seguridad de la atención.

DESCRIPTORES: Proceso de Enfermería, Diagnósticos de Enfermería, Terminología Estandarizada en Enfermería, Enfermería Pediátrica, Niño Hospitalizado

INTRODUÇÃO

Diante da importância da assistência de enfermagem, principalmente para um cuidado sistematizado e individualizado para o paciente pediátrico, faz-se necessário analisar o ambiente em que o cuidado é prestado por meio do diagnóstico situacional, identificando o perfil sociodemográfico-clínico e diagnósticos de enfermagem das crianças hospitalizadas.

A atenção deve ser humanizada à criança, a seus pais e à família, respeitando-os em suas características e individualidades, visto que a hospitalização causa estresse na criança, sendo então um desafio para as equipes que cuidam, oferecer uma atenção integral com ênfase não somente aos cuidados biológicos, mas incluindo também cuidados psicológicos e sociais, resgatando sua dignidade e identidade, materializado no universo da criança através do brincar⁽¹⁾.

Compreender a criança como um ser integral e integrado favorece a garantia dos seus direitos fundamentais, conhecidos através do ECA, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e

através da Resolução nº 41 de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que destaca os direitos específicos da criança hospitalizada⁽²⁾.

É preciso utilizar estratégias para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação. Garantindo assim, o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos⁽¹⁾.

Maior atenção dos enfermeiros brasileiros começou a ser direcionada para a SAE com os trabalhos de Wanda Horta, nos anos 60, com ênfase no planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e alcançar o estado de ciência. Sabe-se que a implantação da SAE é indispensável e desafiante para a realidade específica das instituições, favorecendo a consolidação da estrutura e processos organizacionais, em especial dos serviços e dos cuidados de enfermagem baseados em evidências clínicas e gerenciais científicas⁽²⁻⁵⁾.

A Resolução COFEN nº 358/2009 reforça a necessidade de implantação da SAE, no sentido em que requer a análise do ambiente organizacional. Esse diagnóstico situacional consiste em uma das etapas de gestão disponíveis para pesquisa das condições e posterior planejamento das ações devendo ser utilizado para conhecimento do perfil da clientela assistida com objetivo de oferecer assistência mais eficaz e eficiente em prol da qualidade^(4, 6-7).

A SAE norteia o trabalho profissional quanto aos eixos Método, Pessoas e Instrumentos, tornando possível a eficiente implementação do PE. Fundamentado em método científico, há adoção de estratégia de trabalho voltada à identificação de situações de saúde-doença, com oferecimento de ações de assistência de Enfermagem contributivas para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde, além de prevenção de agravos do indivíduo, família e comunidade⁽⁶⁾.

O PE é um dos componentes específicos do eixo Método da SAE, como instrumento metodológico para orientação do cuidado profissional e documentação da prática, possibilitando a abordagem holística do paciente e o aprimoramento contínuo na oferta de cuidados de enfermagem. Apresenta-se organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes compreendidas por Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem⁽⁶⁾.

Deve-se estar alerta para fatores influenciadores que dificultam a implantação do PE, tais como: ausência de caracterização do perfil do setor; inexistência de padronização da

linguagem; falta de domínio para o uso do PE; visão dos profissionais sobre o PE apenas como mais uma tarefa a ser realizada; subdimensionamento de pessoal; sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem; precárias condições estruturais dos serviços; baixa remuneração dos profissionais; além de fatores políticos e sociais⁽⁸⁻¹⁰⁾.

O PE baseado em SLP requer a determinação do perfil da clientela e o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes desse dado grupo. A taxonomia da *NANDA-I* representa uma linguagem bastante difundida e utilizada no Brasil, permitindo a constituição de DE em diversas instituições hospitalares. Os DE estabelecidos com alto nível de coerência em relação aos componentes da característica definidora, fator relacionado ou fator de risco, necessitam ser identificados para que o cuidado possa ser direcionado à solução desses problemas ou redução da gravidade ou risco de ocorrência⁽¹¹⁻¹³⁾.

Apesar de evidências de alguns obstáculos institucionais e gerenciais, a implementação da SAE demonstra melhora efetiva da qualidade da assistência prestada ao paciente. Neste sentido, a utilização dos diagnósticos e planejamento dos cuidados de enfermagem representam a mudança de cultura na instituição e o rompimento com o modelo biomédico⁽⁵⁾.

OBJETIVO

Caracterizar o perfil sociodemográfico-clínico de pacientes internados na enfermaria pediátrica, e determinar os diagnósticos de enfermagem prevalentes, de acordo com a taxonomia da *NANDA-I*.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, documental e seccional com abordagem quantitativa.

Local do estudo

Realizado na enfermaria pediátrica de um hospital público no município do Rio de Janeiro. Essa enfermaria possui capacidade para 24 leitos, dos quais sete são destinados a pacientes clínicos pediátricos, sete destinados a pacientes com distúrbios onco-hematológicos e 10 leitos destinados a pacientes cirúrgicos eletivos no pré e pós-operatório de cirurgias de pequeno e médio porte, com faixa etária de um dia de vida aos 18 anos de idade.

Coleta dos dados

Foi realizada uma amostra aleatória por critério de conveniência de 100 pacientes internados na enfermaria pediátrica no período de dezembro de 2017 a julho de 2018, os dados foram obtidos pela enfermeira gestora da enfermaria e armazenados no *software Excel®*, que disponibilizou o banco de dados para o presente estudo. No banco de dados continham as variáveis idade, gênero, sistema de classificação de pacientes, diagnóstico clínico e diagnóstico de enfermagem baseados na taxonomia da NANDA-I.

Procedimentos de análise dos dados

Foi utilizado a amostra total (N=100) e considerou-se todas as variáveis existentes no banco de dados (idade, gênero, sistema de classificação de pacientes, diagnóstico clínico e diagnóstico de enfermagem baseados na taxonomia da NANDA-I).

Dado o número elevado de 46 DE (total de DE existentes considerados do banco de dados), dado a inexistência de um plano de cuidados de enfermagem digital que possa abranger todos os DE no setor de estudo, e dado que o instrumento proposto com a realização deste estudo será em forma de papel impresso optou-se pela determinação dos DE mais prevalentes com base no de valor maior que 10% de frequência, resultando em 27 DE preponderantes.

A análise dos dados foi realizada pelas pesquisadoras nos meses de agosto a outubro de 2018, por meio do *software Excel®* e o programa *Rcommander®* versão 3.4.4 para elaboração da análise exploratória e testes de hipóteses. Decidiu-se por testes não paramétricos (Teste Exato de Fisher, Wilcoxon e Kruskal-Wallis), após a realização de teste de normalidade de Shapiro -Wilk.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em 01 de agosto de 2018, sob o Parecer nº 2.793.648. CAAE nº 93380518.7.0000.5285. O estudo esteve fundamentado nos preceitos éticos e legais determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

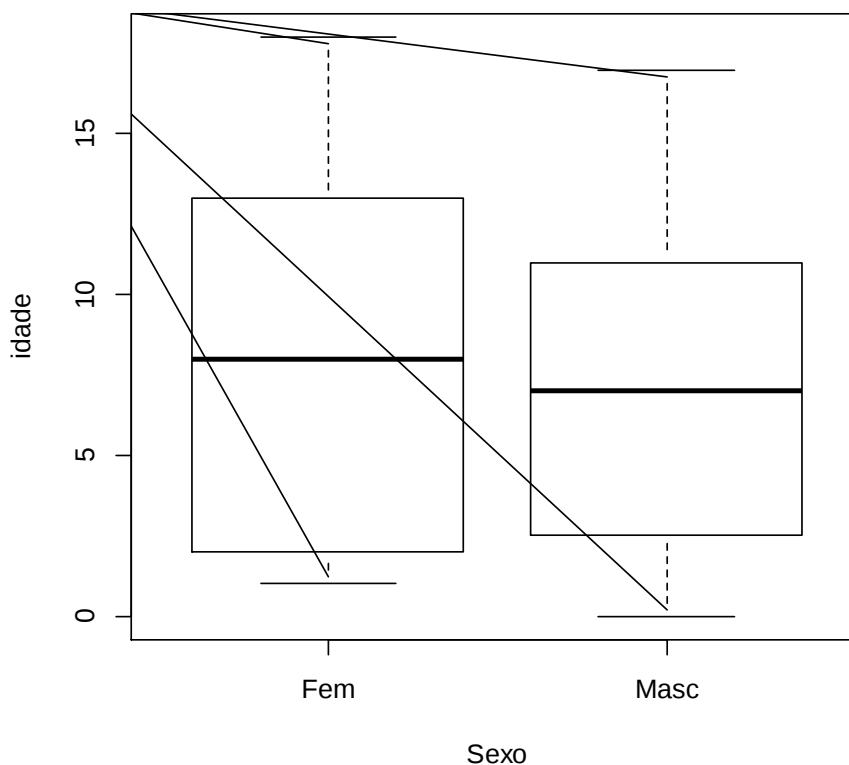
A tabela 1 apresenta a análise das características das variáveis idade, gênero, Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e clínica de internação:

Tabela 1 – Perfil dos pacientes internados na enfermaria pediátrica. (N=100). Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	29	29%
Masculino	71	71%
Idade		
Média	7,32	
Idade mínima	0	
Idade máxima	18	
Sistema de Classificação de Pacientes		
Cuidados Mínimos	35	35%
Cuidados Intermediários	49	49%
Cuidados Alta dependência	16	16%
Clínica de Internação		
Cirurgia Pediátrica	33	33%
Onco-hematologia	28	28%
Pediatria	39	39%

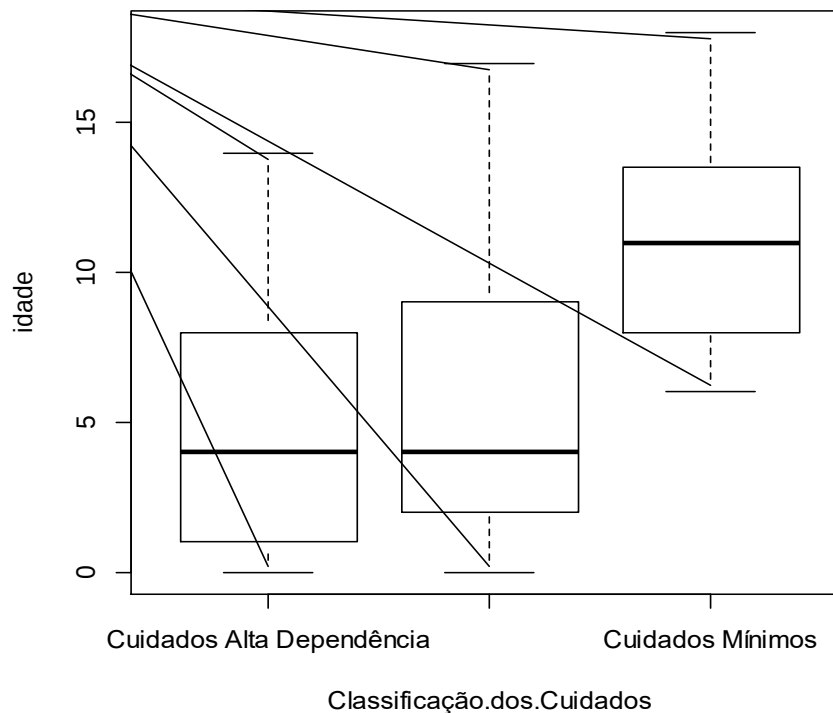
O gráfico 1 apresenta a distribuição da idade entre os gêneros masculino (Masc) e feminino (Fem). Os pacientes do gênero feminino apresentaram média de idade de 7,54 anos e desvio padrão de 5,25, já para o gênero masculino a idade média foi 7,27 e desvio padrão de 5,28. Por meio do teste de Wilcoxon e com p-valor 0,37 pode-se inferir que não existe diferença estatisticamente significativa das idades entre os gêneros.

Gráfico 1- Boxplot da distribuição das variáveis idade e gênero dos pacientes internados na enfermaria pediátrica. (N=100). Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.



O gráfico 2 apresenta o boxplot da idade por classificação dos cuidados. Percebe-se que pacientes com Cuidados Mínimos (média 7,30, desvio 5,30) são em média mais velhos que os pacientes com Cuidados Intermediários (média 7,20, desvio 5,33) e de Alta de dependência (média 7,38, desvio 5,30). Por meio do teste de Kruskal-Wallis que obteve p_valor 0,0000005487, conclui-se que há “ao menos um grupo com idade diferente dos demais”.

Gráfico 2- Boxplot da distribuição das variáveis idade e Sistema de Classificação do Paciente, dos pacientes internados na enfermaria pediátrica. (N=100). Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.



A Tabela 2 apresenta a frequência absoluta entre a clínica onde o paciente foi internado e SCP. Por meio do Teste Exato de *Fisher* e p valor 0,00009014 rejeita-se a hipóteses de independência entre a clínica de internação e o SCP.

Tabela 2 – Tabela de contingência de dupla entrada das variáveis Clínica de Internação e Sistema de Classificação do Paciente. (N=100). Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.

Clínica de Internação	Cuidados Alta Dependência	Cuidados Intermediários	Cuidados Mínimos
Cirurgia pediátrica	2	20	12
Onco-hematologia	1	10	17
Pediatria	13	19	6

Verificou-se o total de 44 diagnósticos médicos. Após agrupamento, determinou-se os prevalentes, sendo 13 (33%) diagnósticos de doenças respiratórias, seguidos de 11 (28%) de

doenças crônicas, 10 (26%) de encefalopatias, e cinco (13%) de doenças infectocontagiosas na clínica de internação da Pediatria. Na clínica da Cirurgia Pediátrica (CIPE) prevaleceram as cirurgias de fimose, 11 (34%), seguidas das gastrointestinais, sete (21%), outras cirurgias diversas, sete (21%), hérnias inguinais ou umbilicais, cinco (15%), e colocação/retirada de cateter profundo, três (9%). Na clínica de Onco-hematologia, prevaleceu a neutropenia febril, nove (32%), seguida das internações para bloco de quimioterapia, oito (29%), anemias, cinco (18%), investigação hematológica, cinco (18%), e outros, um (3%).

A tabela 3 apresenta os Domínios da NANDA contemplados por 46 diagnósticos de enfermagem, sendo 18 relacionados aos diagnósticos de risco, 28 relacionados aos diagnósticos com foco no problema e um pertinente a promoção da saúde, destacou-se em negrito os diagnósticos prevalentes.

Tabela 3 - Distribuição dos títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados na enfermaria pediátrica, de acordo com os domínios da taxonomia da NANDA-I. (N=100). Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.

<i>Domínio</i>	<i>Diagnósticos de enfermagem</i>	<i>%</i>
<i>1. Promoção da Saúde</i>	Proteção ineficaz	39
<i>2. Nutrição</i>	Volume de líquidos excessivo	26
	Risco de glicemia instável	22
	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	21
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	8
	Padrão ineficaz de alimentação do lactente	8
	Volume de líquidos deficiente	5
	Sobrepeso	1
	Amamentação interrompida	1
	Icterícia neonatal	1
<i>3. Eliminação e Troca</i>	Troca de gases prejudicada	13
	Constipação	12
	Motilidade gastrointestinal disfuncional	4
	Eliminação urinária prejudicada	4
	Diarreia	2
<i>4. Atividade/Repouso</i>	Mobilidade física prejudicada	46
	Fadiga	31
	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	31
	Mobilidade no leito prejudicada	17
	Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	16
	Risco de síndrome do desuso	12

	Risco de perfusão renal ineficaz	4
	Risco de função cardiovascular prejudicada	2
	Insônia	1
5. <i>Percepção/Cognição</i>	Risco de confusão aguda	29
	Comunicação verbal prejudicada	16
	Conhecimento deficiente	10
6. <i>Autopercepção</i>	Distúrbio da imagem corporal	1
11. <i>Segurança/Proteção</i>	Risco de quedas	100
	Risco de infecção	64
	Integridade da pele prejudicada	63
	Risco de choque	22
	Risco de sangramento	20
	Risco de aspiração	17
	Hipertermia	16
	Risco de úlcera por pressão	14
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	14
	Risco de resposta alérgica	12
	Risco de integridade da pele prejudicada	3
	Mucosa oral prejudicada	3
	Recuperação cirúrgica retardada	1
	Risco de lesão na córnea	1
	Automutilação	1
	Risco de suicídio	1
12. <i>Conforto</i>	Dor aguda	49
	Náusea	15

Cabe ressaltar a preocupação com o resultado de 100% do DE Risco de Quedas, a instituição do estudo segue seu próprio protocolo de queda considerando sob este risco todos os pacientes internados na enfermaria pediátrica, uma vez que ainda não possui implementado na instituição uma escala específica para avaliação diária desse risco nos pacientes pediátricos, conforme preconizado pelo Protocolo Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde de 2013.

Foi possível também realizar o cálculo da média dos diagnósticos por paciente, obtendo-se o valor de oito DE por paciente em média.

DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sociodemográfico, identificou-se porcentagem maior do gênero masculino 71 (71%). Tal diferença entre os gêneros era esperada, já que a cirurgia de fimose, que acomete indivíduos do sexo masculino, foi a que apresentou maior frequência entre as cirurgias pediátricas, com 11 (34%) ocorrências. Outro fator a ser observado é a ocorrência de neoplasias, que, segundo estudos, são predominantes no gênero masculino, com exceção das

leucemias. Neste estudo, 13 (46%) dos pacientes portadores de neoplasias eram do gênero masculino, enquanto quatro (14%) eram do gênero feminino⁽¹⁴⁾.

A média de idade dos pacientes foi 7,32 anos (desvio padrão 5,27), com amplitude de 18 anos, compreendendo desde o primeiro dia de vida até os 18 anos. Por meio do teste de Wilcoxon, percebe que não há diferença estatisticamente significativa da idade entre os gêneros.

Quanto ao SCP, a instituição possui implementado a escala da DINI (2007). Neste estudo, o Cuidado Intermediário foi a variável mais frequente, com 49 (49%) ocorrências, indo ao encontro das expectativas para uma unidade de internação, seguido do Cuidado Mínimo, 35 (35%), e do Cuidado de Alta Dependência, 16 (16%).

O SCP é uma ferramenta para tomada de decisão no processo gerencial em unidades de internação pediátrica que possibilita a classificação de pacientes neonatais e pediátricos em graus de dependência da enfermagem, subsidiando melhor alocação de recursos humanos, favorecendo a melhoria da qualidade assistencial e monitoramento de custos da assistência de enfermagem⁽¹⁵⁾.

Cabe ressaltar que, em uma unidade de internação pediátrica, todo recém-nascido e criança menor de seis anos deve ser classificado, no mínimo, na categoria de cuidado intermediário, independentemente da presença do acompanhante. No Cuidado Intermediário o paciente está estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado em período integral pela mãe ou responsável, em conjunto com a(o) qual realiza ações de autocuidado, mas requer auxílio da enfermagem para seu autocuidado e/ou apoio para o enfrentamento da situação de doença e hospitalização^(10,15,16).

Infere-se que há diferença estatisticamente significativa no comportamento das idades entre as categorias de SCP. Gráfico 2 apresenta o boxplot da idade por SCP e permite observar que em média os pacientes mais velhos são classificados como cuidados mínimos requerendo menos cuidados de enfermagem, uma vez que já possuem maior autonomia. Corroborando com estudos que conceitualizam o cuidado mínimo como: paciente pediátrico a partir de 12 anos, estável sob o ponto de vista clínico, realizando todas as ações de autocuidado sob supervisão da enfermagem⁽¹⁵⁾.

Observa-se na Tabela 2 a prevalência de cuidados intermediários, com 20 (61%) ocorrências, seguidos de 11 (33%) ocorrências de cuidados mínimos e dois (6%) de cuidados de alta dependência na clínica de internação CIPE. Na clínica de internação de Onco-hematologia prevaleceram os cuidados mínimos, com 17 (61%) ocorrências, seguidos dos cuidados intermediários, com 10 (36%) e dos cuidados de alta dependência, com uma (3%)

ocorrência. Em relação à clínica de internação da Pediatria, prevaleceram os cuidados intermediários, 19 (49%), seguidos dos cuidados de alta dependência, 13 (33%), e cuidados mínimos, sete (18%).

Destaca-se que na clínica de Onco-hematologia prevaleceram os pacientes que requeriam cuidados mínimos. Apesar de tratar pacientes com câncer, muitas vezes as ações de enfermagem no contexto da Onco-hematologia são mínimas, compreendendo medidas para minimizar a dor, dar suporte psicológico, promover um ambiente confortável, além de proceder diante dos efeitos colaterais dos quimioterápicos. A oncologia envolve questões de enfrentamento, como a finitude, as mutilações, a agressividade terapêutica e as perspectivas da utilização de terapêuticas antineoplásicas⁽¹⁴⁾.

Quanto aos diagnósticos médicos verificou-se a prevalência das cirurgias de fimose, 11 (34%), seguidas das doenças respiratórias, 13 (33%) e a neutropenia febril, nove (32%). É necessário o conhecimento acerca dos diagnósticos clínicos e de enfermagem prevalentes na enfermaria de pediatria de acordo com a realidade da instituição para agilizar o trabalho do enfermeiro, detectando precocemente possíveis agravos, além de diminuir os riscos de morbimortalidade.

O número elevado de DE encontrados, provavelmente, está relacionado à complexidade dos casos das crianças ou adolescentes que estavam hospitalizados no período de coleta de dados, com doenças de base como câncer, pneumonia, doenças neurológica e hematológica. Para determinar os DE prevalentes utilizou-se os diagnósticos com frequência maior que 10%, resultando em 27 DE na enfermaria pediátrica, separados por um diagnóstico de promoção da saúde, 12 diagnósticos de risco e 14 diagnósticos com foco no problema⁽¹⁷⁾.

O DE é considerado um “julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou à vulnerabilidade para essa resposta por um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Constitui-se a base para a escolha de IE para alcançar RE pelos quais respondem os enfermeiros”^(13:450).

O DE é a segunda fase do PE, e diagnosticar é um processo que exige conhecimento, habilidade de pensamento lógico, raciocínio, julgamento, interpretação, análise, previsão do significado e interação enfermeiro-paciente, sendo que a qualidade desta interação afeta diretamente a informação obtida. Sabe-se que os diagnósticos formulados só têm significação no contexto do PE se forem um elo entre o levantamento de dados e a determinação das intervenções necessárias para o alcance dos RE, não deixando que as ações prescritas se

limitem apenas a cuidados de rotina, mas sim, cuidados consistentes e pertinentes com os DE elencados^(13,18,19).

Quanto ao diagnóstico de Promoção da Saúde, identificou-se apenas o DE Proteção Ineficaz (diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões) em 39 (39%) dos pacientes internados. Destes, prevaleceram os pacientes da clínica de Onco-hematologia, com 21 (21%) casos. Os casos classificados no estudo sob esse diagnóstico apresentavam as seguintes características definidoras: deficiência na imunidade, alteração na coagulação, prejuízo neurossensorial. E seus fatores relacionados: câncer, perfil sanguíneo anormal, distúrbios imunológicos⁽¹³⁾.

O DE de Promoção da Saúde é considerado o “julgamento clínico sobre motivação e desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde e podem ser utilizadas em qualquer condição de saúde. Respostas de promoção da saúde podem ocorrer em indivíduo, família, grupo ou comunidade”^(13:450).

O diagnóstico Promoção da Saúde tem grande importância na população pediátrica uma vez que prioriza a saúde em vez da doença, tem como objetivo a promoção, prevenção e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações, a fim de garantir o crescimento e o desenvolvimento adequado nos aspectos físico, emocional e social, bem como reduzir as taxas de morbidade e mortalidade⁽¹⁾.

Encontrou-se 12 DE prevalentes de Risco, sendo que no DE Risco de Quedas houve frequência de 100%, uma vez que a instituição considera que todos os pacientes internados na enfermaria pediátrica se encontram sob este risco. A importância da identificação do DE de risco é necessária para a antecipação e prevenção de problemas e complicações. O Diagnóstico de Risco é compreendido como “julgamento clínico sobre a vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade para desenvolvimento de uma resposta humana indesejada a condições de saúde/processos de vida” ^(13:450).

Identificou-se 14 DE prevalentes na categoria Foco no Problema, este considerado o julgamento clínico sobre uma resposta humana indesejada a condições de saúde/processos de vida, existente em indivíduo, família, grupo ou comunidade⁽¹³⁾.

Os diagnósticos com foco no problema não devem ser entendidos como mais importantes do que os de risco. Muitas vezes, um diagnóstico de risco pode ser o de maior prioridade para um paciente. Após identificação dos diagnósticos, deve-se priorizar os selecionados para determinar os cuidados prioritários. O diagnóstico prioritário é aquele com

necessidade urgente, com alto nível de coerência com as características definidoras, fatores relacionados ou de risco e que necessita ser identificado para que o cuidado possa ser direcionado à solução desses problemas ou redução da gravidade ou risco de ocorrência⁽¹³⁾.

É fundamental o envolvimento de toda a equipe de enfermagem na aplicação do PE a fim de identificar as necessidades biopsicoespirituais das crianças hospitalizadas, embasando o cuidado à criança e seus familiares de forma humanizada, sistematizada e integral. Nesse sentido, encontra-se a necessidade de estabelecer uma linguagem comum, padronizada, que seja utilizada universalmente pelos profissionais e adaptada às mais variadas culturas e contexto. Esta padronização busca qualificar o cuidado prestado, ofertar atendimento planejado e individualizado, manter a organização do setor, otimizar o tempo ao identificar as prioridades para a tomada de decisões, além de melhorar a comunicação entre os profissionais^(8,20-21).

Para a implementação da SAE de maneira eficiente e eficaz, é primordial o enfoque do eixo Pessoas, para que os profissionais enfermeiros tenham competências e habilidades desenvolvidas com base em conhecimentos científicos, éticos, técnicos e atitudinais, além de responsabilidade com o cuidado do paciente. Quanto às instituições de saúde, estas precisam realizar uma gestão dos serviços em que haja um dimensionamento adequado de pessoal, promoção de capacitações acerca da temática, além de estratégias facilitadoras capazes de otimizar a adesão dos profissionais e gestores⁽²¹⁾.

A implementação da SAE em sua totalidade consolida e respalda a profissão, proporciona, autonomia profissional, melhor qualidade no cuidado prestado ao paciente, diminuição no tempo de internação e, conseqüentemente, economia de recursos. A SAE possibilita ao enfermeiro a organização, planejamento e avaliação do cuidado prestado. Constitui-se, ainda, em estratégia fundamental para alcançar a qualidade da assistência, melhorar a comunicação entre a equipe, priorizar as necessidades de cada paciente, desenvolver ações baseadas em conhecimento técnico científico, evidenciando a segurança do paciente^(6,21-22).

Limitação do estudo

O estudo apresenta limitação metodológica e espacial por utilizar de dados secundários de uma única instituição hospitalar, que carecem de fidedignidade em relação aos registros feitos em portuários e fichas.

Contribuições do estudo para a prática

Conhecer o perfil sociodemográfico-clínico dos pacientes internados pode contribuir para o estabelecimento de diagnóstico situacional da unidade como ferramenta de gestão da implantação da SAE. Os diagnósticos de enfermagem prevalentes na enfermaria de pediatria possibilitam a criação de uma proposta para o planejamento da assistência de enfermagem, contendo os principais DE, RE e IE para os pacientes de enfermaria pediátrica. Recomenda-se, portanto, a continuidade do processo de implantação do PE.

CONCLUSÃO

Os objetivos foram atendidos uma vez que se identificou o perfil sociodemográfico-clínico de pacientes internados na enfermaria pediátrica, e determinou-se os DE mais prevalentes de acordo com a taxonomia da NANDA-I.

Identificou-se a prevalência do gênero masculino (71%). A média de idade dos pacientes foi de 7,32 anos. No SCP o cuidado intermediário foi a variável mais frequente (49%). A Pediatria foi a clínica de internação que mais internou (39%). Os diagnósticos clínicos mais frequentes foram: cirurgias de fimose (34%), doenças respiratórias (33%) e a neutropenia febril (32%).

Foram encontrados o total de 46 DE, destes 27 foram considerados prevalentes, sendo eles: Risco de quedas (100%), Risco de infecção (64%), Integridade da pele prejudicada (63%), Dor aguda (49%), Mobilidade física prejudicada (46%), Proteção ineficaz (39%), Fadiga (31%), Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (31%), Risco de confusão aguda (29%), Volume de líquidos excessivo (26%), Risco de glicemia instável (22%), Risco de choque (22%), Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (21%), Risco de sangramento (20%), Mobilidade no leito prejudicada (17%), Risco de aspiração (17%), Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz (16%), Comunicação verbal prejudicada (16%), Hipertermia (16%), Náusea (15%), Risco de úlcera por pressão (14%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (14%), Troca de gases prejudicada (13%), Constipação (12%), Risco de síndrome do desuso (12%), Risco de resposta alérgica (12%) e Conhecimento deficiente (10%).

Com a realização do diagnóstico situacional da enfermaria pediátrica, por meio da caracterização do perfil dos pacientes, torna-se possível dar continuidade à implementação da

SAE de forma integral na enfermagem, contribuindo para a melhora contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, permitindo uma assistência individualizada.

Contribuições dos autores

Concepção e/ou desenho: Reiniack S, Gonçalves JPF. Análise e interpretação dos dados: Reiniack S, Gonçalves JPF, Silva AS, Tonini T. Redação do artigo: Reiniack S, Gonçalves JPF. Revisão crítica: Silva AS. Revisão final: Tonini T.

FINANCIAMENTO

Convênio CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)/COFEN (Conselho Federal de Enfermagem).

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse com o presente artigo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [cited 2019 jun 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf
2. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 13563, (Jun 16, 1990).
3. Souza ATF. Proposta de instrumento para avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE: construção e validação [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
4. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 3th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
5. Benedet SA, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MIS, Pires DP. Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. J res fundam care online [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 5];8(3). Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237>
6. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 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. Diário Oficial da União. Brasília, DF (Oct 15, 2009).

7. Luvisaro BMO, Lima GS, Freire EMR, Martinez MR. Diagnóstico situacional em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS [Internet]. 2014 [cited 2018 Sept 3];11(2). Available from: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2012>

8. Andrade JS, Mattos MCT, Vieira MJ, organizadoras. Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem. Aracaju: editora; 2016 [cited 2018 Oct 10]. Available from: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/parte-1.pdf>

9. Silva RS, Almeida ARLP, Oliveira FA, Oliveira AS, Sampaio MRFB, Paixão GPN. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. Enferm Foco [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 24];7(2):32-36. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803/328>

10. Oliveira ALG, Silvino ZR. Prevalência de diagnósticos de enfermagem NANDA-I em um hospital pediátrico. Nursing (São Paulo) [Internet]. 2017 Ago [cited 2018 Sept 22];20(231):1792-1796. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-31482>

11. Chaves LD, Solai C. Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade. 2th ed. São Paulo: Martinari; 2015.

12. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Diagnósticos de enfermería en terapia intensiva: mapeo cruzado y taxonomía de la NANDA-I. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016 Mar/Apr [cited 2018 Sept 5];69(2):307-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0307.pdf>

13. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. Tradução: Regina Machado Garcez. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

14. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade [Internet]. Brasil; 2017 [cited 2019 Feb 11]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/pdf/incidencia.pdf>

15. Dini AP, Guirardello EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. Rev esc enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 12];48(5):787-93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-787.pdf

16. Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, DF (Apr 18, 2017).

17. Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MCS. Bond between nurses and mothers of children younger than two years: perception of nurses. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 5];21(8):2375-2382. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2375.pdf>
18. Cruz AF, Rodríguez SP, Fernández IDP, Rabí MH. Sistema de acciones para desarrollar la habilidad diagnosticar en el Proceso de Atención de Enfermería. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 10];15(2):294-306. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60488>
19. Paiano LAG, Matos FGOA, Richetti MAA, Casarolli ACG, Girardello DTF, Barbosa HB, *et al.* Padronização das ações de enfermagem prescritas para pacientes clínicos e cirúrgicos em um hospital universitário. *R Enferm Cent O Min.* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 11];4(3). Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/557>
20. Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Silva RCG; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. *Processo de enfermagem: guia para a prática.* São Paulo: COREN-SP; 2015 [cited 2018 Sept 20]. Available from: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>
21. Kirchesch CL. Estratégias para implementar a sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde: revisão integrativa. *R Interd.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 11];9(4):173-180. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1100>
22. Pereira GN, Abreu RNDC, Bonfim IM, Rodrigues AMU, Monteiro LB, Sobrinho JM. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 24];8(2):21-25. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/985/389>

CAPÍTULO V – Artigo 2

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REGISTRO DO
PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA**

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA

Suelen Reiniack⁵, Jamile Pascoal Franco Gonçalves⁶, Teresa Tonini⁷

RESUMO: Objetivo: construir e validar um instrumento para operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem (PE) em uma enfermaria pediátrica. **Método:** pesquisa metodológica operacionalizada em 2 etapas: 1ª Construção do instrumento: identificou-se os Diagnósticos de Enfermagem (DE) prevalentes de 100 pacientes internados e elencou-se os Resultados Esperados (RE) e as Intervenções de Enfermagem (IE) baseado nas taxonomias NANDA/NOC/NIC (NNN); 2ª Validação de conteúdo: realizada por um painel composto por 10 especialistas na área pediátrica de acordo com os critérios de Fehring modificados, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) como estratégia para análise do conteúdo, sendo considerada adequada quando o IVC $\geq 0,80$. Pesquisa aprovada pelo CEP nº2.793.648. **Resultado:** identificado 46 DE no total, considerou-se prevalente 27, destes foram validados 21 DE, 44 RE e 146 IE. As ligações NNN validadas foram: Risco de Quedas, Risco de Infecção, Integridade da Pele Prejudicada, Dor Aguda, Mobilidade Física Prejudicada, Proteção Ineficaz, Fadiga, Volume de Líquidos Excessivo, Risco de Glicemia Instável, Risco de Choque, Nutrição Desequilibrada: Menor do que as Necessidades Corporais, Risco de Sangramento, Risco de Aspiração, Comunicação Verbal Prejudicada, Hipertermia, Náusea, Risco de Úlcera por Pressão, Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas, Troca de Gases Prejudicada, Constipação e Risco de Resposta Alérgica. A versão final do instrumento resultou em uma página frente e verso, colaborando para economia de custos institucionais e para o meio ambiente, visto que o instrumento é em forma de papel impresso dada a inexistência de prontuário eletrônico. **Conclusão:** utilizar taxonomias possibilitou o estabelecimento de articulação entre as etapas do PE, o processo de tomada de decisão, favorecendo a aplicação do método científico à práxis de enfermagem. Portanto, o instrumento pode ser utilizado na prática contribuindo para um cuidado eficaz, seguro e de qualidade à criança, baseado na cientificidade.

DESCRIPTORIOS: Processo de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Criança Hospitalizada; Estudos de Validação

⁵ Mestranda em Sistematização da Assistência de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh) - convênio CAPES/COFEN. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1821-8011>. E-mail: suelen.reini@hotmail.com

⁶ Mestranda em Sistematização da Assistência de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh) - convênio CAPES/COFEN. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0351-5264>

⁷ Professora Associada do DEF/UNIRIO, Doutora em Enfermagem (IMS/UERJ). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5253-2485>

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF INSTRUMENTS FOR THE RECORD OF THE NURSING PROCESS IN PEDIATRIC NURSES

ABSTRACT: Objective: to construct and validate an instrument for operationalization and documentation of the Nursing Process (NP) in a pediatric ward. **Method:** methodological research operationalized in 2 stages: 1st Construction of the instrument: we identified the prevalent Nursing Diagnoses (ND) of 100 hospitalized patients and listed the Expected Results (ER) and Nursing Interventions (NI) based on taxonomies NANDA/NOC/NIC (NNN); 2nd Content Validation: carried out by a panel of 10 pediatric specialists according to the modified Fehring criteria, we used the Content Validity Index (CVI) as a strategy for content analysis, being considered appropriate when $CVI \geq 0.80$. Research approved by CEP n°2.793.648. **Result:** identified 46 ND in total, it was considered prevalent 27, of these were validated 21 ND, 44 ER and 146 NI. Validated NNN links were: Risk of Falls, Risk of Infection, Harmed Skin Integrity, Acute Pain, Impaired Physical Mobility, Ineffective Protection, Fatigue, Excessive Fluid Volume, Risk of Unstable Blood Pressure, Shock Risk, Unbalanced Nutrition: Minor Body Needs, Bleeding Risk, Aspiration Risk, Impaired Verbal Communication, Hyperthermia, Nausea, Pressure Ulcer Risk, Ineffective Airway Clearance, Impaired Gas Exchange, Constipation, and Allergic Response Risk. The final version of the instrument resulted in a two-sided page, contributing to institutional cost savings and the environment, since the instrument is in the form of printed paper given the lack of electronic medical records. **Conclusion:** using taxonomies enabled the establishment of articulation between the stages of the NP, the decision-making process, favoring the application of the scientific method to nursing praxis. Therefore, the instrument can be used in practice, contributing to effective, safe and quality child care based on scientificity.

DESCRIPTORS: Nursing Process; Nursing Diagnostics; Standardized Nursing Terminology; Pediatric Nursing; Child Hospitalized; Validation Studies

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN ENFERMERAS PEDIÁTRICAS

RESUMEN: Objetivo: construir y validar un instrumento para la operacionalización y documentación del Proceso de Enfermería (PE) en una sala de pediatría. **Método:** investigación metodológica operacionalizada en 2 pasos: 1.a construcción del instrumento: identificamos los Diagnósticos de Enfermería (DE) prevalentes de 100 pacientes hospitalizados y enumeramos los Resultados Esperados (RE) y las Intervenciones de Enfermería (IE) en base a taxonomías NANDA/NOC/NIC (NNN); 2da validación de contenido: realizada por un panel de 10 especialistas pediátricos de acuerdo con los criterios de Fehring modificados, utilizamos el Índice de Validez de Contenido (IVC) como estrategia para el análisis de contenido, considerándolo apropiado cuando $IVC \geq 0,80$. Investigación aprobada por el CEP N°2.793.648. **Resultado:** se identificaron 46 DE en total, se consideró prevalente 27, de estos se validaron 21 DE, 44 RE y 146 IE. Los enlaces validados de NNN fueron: riesgo de caídas, riesgo de infección, integridad de la piel dañada, dolor agudo, movilidad física deteriorada, protección ineficaz, fatiga, volumen excesivo de líquidos, riesgo de presión arterial inestable, riesgo de shock, nutrición desequilibrada: menor Necesidades corporales, riesgo de sangrado, riesgo de aspiración, comunicación verbal deteriorada, hipertermia, náuseas, riesgo de úlceras por presión, limpieza ineficaz de las vías respiratorias, intercambio de gases deteriorados, estreñimiento y riesgo de respuesta alérgica. La versión final del instrumento resultó en una página de dos caras, lo que contribuyó al ahorro de costos institucionales y al medio ambiente, ya que el instrumento está en forma de papel impreso dada la falta de registros médicos electrónicos. **Conclusión:** el uso de taxonomías permitió el establecimiento de la articulación entre las etapas del PE, el proceso de toma de decisiones, favoreciendo la aplicación del método científico a la praxis de enfermería. Por lo tanto, el

instrumento se puede utilizar en la práctica, contribuyendo a un cuidado infantil efectivo, seguro y de calidad basado en la ciencia.

DESCRIPTORES: Proceso de Enfermería, Diagnósticos de Enfermería, Terminología Estandarizada en Enfermería, Enfermería Pediátrica, Niño Hospitalizado; Estudios de Validación

INTRODUÇÃO

O processo de internação na enfermagem pediátrica modifica toda a estrutura da criança e família. Os fatores como duração da internação, gravidade da doença, sintomas e tipo de intervenção podem provocar repercussões no desenvolvimento infantil. A hospitalização gera impactos negativos como reorganização da dinâmica familiar dada a alteração dos hábitos cotidianos da criança e da família, cria desgaste físico e emerge sentimentos e sensações diversas, como tristeza, impotência, medo e culpa. Para isso a assistência deve ser centrada tanto na criança quanto na família, de modo a minimizar os danos ou dificuldades e facilitar as experiências hospitalares para a ambas⁽¹⁾.

O Processo de Enfermagem (PE) baseado em um Sistema de Linguagem Padronizada (SLP) têm por finalidade contribuir para a padronização de cuidados, através do registro claro, objetivo, abrangente em relação às necessidades humanas básicas. O sistema de classificação de enfermagem mais utilizado mundialmente é a NANDA, NOC, NIC (NNN), facilitando o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão, possuindo ainda uma linguagem interligada entre as três etapas do PE: Diagnóstico de Enfermagem (DE), Resultado Esperado (RE) e Intervenção de Enfermagem (IE). Atualmente, existem diversos estudos utilizando as linguagens padronizadas NNN, sendo possível verificar o quanto estas linguagens precisam ser difundidas e adaptadas a diferentes realidades, perfis patológicos, perfis socioeconômicos, culturais, dentre outros⁽²⁾.

Neste contexto, é essencial estabelecer uma ligação entre os DE, RE e as IE no cenário da enfermagem pediátrica, principalmente devido ao elevado número de possibilidades de intervenções e resultados para cada DE. Do mesmo modo que se trata de uma unidade com aspectos singulares no processo de trabalho, as crianças têm suas especificidades e apresentam maior grau de dependência de cuidados, visto que ainda não possuem autonomia para a realização do autocuidado, apesar de permanecem acompanhadas de seus responsáveis^(3,4).

A construção e a validação de instrumentos, sistematizados e estruturados baseado nos princípios do PE, têm sido realizadas por diferentes autores, obtendo êxito à validação dos

conteúdos. Trata-se de etapa fundamental para o desenvolvimento e adaptação à realidade do setor ao qual é proposto^(1,2).

O PE é componente, especificamente, no eixo Método da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sob o conceito de instrumento metodológico orientador do cuidado e da documentação da prática profissional, possibilitando uma abordagem holística do paciente e o aprimoramento contínuo do fazer da equipe⁽⁵⁾.

Apesar de consistência teórica e da importância prática que possui o PE, esse não está sendo utilizado satisfatoriamente nos serviços de saúde. Consequentemente, o que se tem é um desenvolvimento precário da SAE, comprometendo a qualidade da assistência e autonomia dos profissionais de enfermagem. Portanto, busca-se estratégias que favoreçam a implementação do PE, a fim de que a falta de tempo dispensada no preenchimento de papéis, formulários incompletos e não padronizados, não sejam mais uma justificativa à inoperância do PE^(6,7).

Uma forma prática e eficiente de operacionalizar o processo de trabalho é através da criação de instrumentos elaborados com base nos princípios estabelecidos pelo PE e em consonância com a realidade dos cenários de prática. O desenvolvimento de tais instrumentos proporciona significativa melhora da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem; visa a organização da assistência de enfermagem sistematizada e individualizada, além de registro adequado das atividades da prática, conforme estabelecido pela Resolução do Cofen nº 429/2012^(6,8).

A deficiência, insuficiência e ausência dos registros de enfermagem podem gerar falhas na comunicação e na continuidade do cuidado. Desse modo, torna-se fundamental a implantação e realização do registro de enfermagem de forma completa e com o uso do SLP, agregando qualidade à assistência de enfermagem, promovendo a organização de prioridades relacionadas ao levantamento de informações, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem^(9,2).

O uso de SLP traz benefícios para o paciente e para o próprio serviço de saúde. Desse modo, a falta de um SLP dificulta a realização de uma assistência sistematizada, individualizada, integral e qualificada para cada paciente⁽¹⁾.

OBJETIVO

Construir e validar um instrumento para operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem em uma enfermaria pediátrica, baseado nas taxonomias NANDA, NOC, NIC.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, operacionalizada em duas etapas: 1ª Construção do instrumento: identificou-se o perfil sociodemográfico-clínico, os DE prevalentes, elencou-se os RE e as IE baseado nas taxonomias NNN; 2ª Validação de conteúdo: realizada por um painel de especialistas na área pediátrica de acordo com os critérios de Fehring⁽¹⁰⁾ modificados, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) como estratégia para análise do conteúdo, sendo considerada adequada quando o $IVC \geq 0,80^{(11)}$.

Local do estudo

Realizado na enfermaria pediátrica de um hospital público no município do Rio de Janeiro. Essa enfermaria possui capacidade para 24 leitos, dos quais sete são destinados a pacientes clínicos pediátricos, sete destinados a pacientes com distúrbios onco-hematológicos e 10 leitos destinados a pacientes cirúrgicos eletivos no pré e pós-operatório de cirurgias de pequeno e médio porte, com faixa etária de um dia de vida aos 18 anos de idade.

Atualmente a unidade conta com uma equipe de 12 enfermeiros plantonistas, com escala de 24 horas de trabalho contínuo por 120 horas de descanso. Uma enfermeira diarista, e uma enfermeira coordenadora, com escala de trabalho de segunda a sexta-feira das 07:00 as 13:00 horas. Ambos cumprem a carga horária de 30 horas semanais, conforme regulamentação legal e contrato trabalhista.

Coleta e Análise dos Dados

Primeira Etapa: Construção do Instrumento

Para a construção do instrumento nomeado Processo de Enfermagem foi realizada a identificação dos DE prevalentes na enfermaria pediátrica. Através de um banco de dados construído pela gestora da unidade de forma aleatória por critério de conveniência de 100

pacientes internados na enfermagem pediátrica no período de dezembro de 2017 a julho de 2018. No banco de dados disponibilizado através do *software Excel®* continham os títulos dos DE baseado na taxonomia da NANDA.

Dado o número elevado de 46 DE (total de DE existentes considerados do banco de dados), a inexistência de um plano de cuidados de enfermagem digital que pudesse abranger todos os DE e a utilização do instrumento em forma de papel impresso, optou-se pela determinação dos DE mais prevalentes com base no de valor maior que 10% de frequência, resultando em 27 DE preponderantes.

Uma vez identificados os DE prevalentes, eles serviram de base para compor o instrumento, de forma que constituíssem uma linha de pensamento crítico permitindo que essas etapas fossem interligadas: os títulos dos DE, as características definidoras, os fatores relacionados e fatores de risco. Em seguida, elencaram-se para cada diagnóstico os RE por meio da classificação NOC bem como seus respectivos indicadores através de uma escala para avaliar/mensurar os resultados. Na sequência, foi elaborado o plano de cuidados de enfermagem com base nas IE da classificação NIC, constituída das principais atividades para que as respectivas intervenções fossem atendidas, havendo ainda campo para aprazamento de acordo com o perfil e necessidades do paciente para cada ação prescrita.

A análise dos dados foi realizada pelas pesquisadoras nos meses de agosto a outubro de 2018. A construção do instrumento foi realizada nos meses de novembro de 2018 a fevereiro de 2019, através do *software Excel®*.

Segunda Etapa: Validação do Conteúdo

Nessa fase, após o instrumento ser estruturado e organizado, foi empregada a validação de conteúdo, por permitir determinar o grau em que os conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis contidos no referido instrumento inclui as dimensões do constructo a ser medido. Testa-se a hipótese de que os itens escolhidos contemplam adequadamente os domínios do constructo desejado e são realmente representativos da prática clínica da enfermagem. Deve ser realizada por um painel composto por cinco a dez especialistas na área do instrumento de medida^(12,11).

Em relação à seleção dos especialistas, levou-se em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse painel. Selecionou-se especialistas que atendessem a critérios pré-estabelecidos, com base no modelo proposto por Fehring modificados. Neste estudo, justifica-se a modificação dos critérios devido à especificidade da população do estudo. Desse

modo, para a realização da fase validação por especialistas, foram estabelecidos os seguintes critérios para a seleção da amostra: atuassem no setor do estudo; tivessem experiência prática em enfermagem pediátrica; alcançassem o mínimo de cinco pontos, considerando o sistema de pontuação do modelo de Fehring⁽¹⁰⁾.

Inicialmente, foram emitidas a todos enfermeiros lotados no setor, correspondendo um total de 13 enfermeiros, carta-convite para participação do estudo. Para aqueles que concordaram participar desta pesquisa, se encaminhou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; esclarecimentos e orientações quanto às bases conceituais e teóricas do instrumento; o instrumento de pesquisa; explicação sobre a forma de resposta; e o questionário de coleta de dados semiestruturado para validação, por meio de correio eletrônico ou carta lacrada para aqueles que solicitaram.

Ao final, se obteve a participação de 10 especialistas, com média de 15 pontos entre eles, com máxima de 32 pontos e mínima de 10 pontos, segundo critérios adotados no modelo de Fehring modificados⁽¹⁰⁾.

Após a seleção do painel de especialistas, aplicou-se o IVC como estratégia para análise do conteúdo, com o objetivo medir a proporção de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens⁽¹¹⁾.

O IVC foi calculado com a utilização de uma escala tipo Likert para a verificação da pertinência/relevância/representatividade das ligações dos DE, RE e IE propostos no instrumento construído, a qual classificou os itens em cinco níveis: 1 – desaprovo fortemente; 2 - desaprovo; 3 - indeciso; 4 – aprovo; 5 – aprovo fortemente.

O cálculo foi realizado através da somatória das respostas “4” e “5” de cada item do questionário dividido pelo número total de respostas⁽¹¹⁾.

Para o instrumento final, considerou-se pertinente o DE, os RE e as IE, que obtiveram uma proporção de concordância entre os especialistas do IVC $\geq 0,80$. Aqueles que não alcançaram o IVC $\geq 0,80$ foram retirados e não considerados no instrumento final.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em 01 de agosto de 2018, sob o Parecer nº 2.793.648, CAAE nº 93380518.7.0000.5285. O estudo esteve fundamentado nos preceitos éticos e legais determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Na primeira etapa para a construção do instrumento, organizou-se o *layout* em cinco colunas denominadas de DE, RE, IE, Aprazamento e Resultados Alcançados (RA). Contendo:

- 1ª coluna: títulos dos DE prevalentes listados por sequência dos domínios, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco prevalentes. O enfermeiro deve assinalar em qual diagnóstico se refere ao paciente. A presença desses embasarão o enfermeiro na escolha do DE e auxiliarão na tomada de decisão para prescrição de cuidados de enfermagem⁽¹³⁾.

- 2ª coluna: resultados esperados. O enfermeiro deve assinalar qual opção do resultado que ele espera para aquele paciente e determinar qual é a meta, através de uma escala do tipo Likert de um a cinco pontos. Assim, mensura-se o resultado antes da intervenção com o estabelecimento de um escore basal e classifica-se o resultado obtido após a intervenção, o que permite acompanhar as alterações no estado do paciente ou manutenção do estado do resultado com o passar do tempo⁽¹⁴⁾.

- 3ª coluna: intervenções de enfermagem. O enfermeiro deve assinalar qual opção será a prescrição de enfermagem a ser determinada para o planejamento do cuidado, documentação clínica, comunicação multidisciplinar, pesquisa, ensino e entre outros⁽¹⁵⁾.

- 4ª coluna: aprazamento. Campo em branco para o enfermeiro aprazar o horário de cada ação prescrita, de acordo com o perfil, rotina da instituição e necessidades do paciente.

- 5ª coluna: resultados alcançados. Campo em branco para o enfermeiro identificar se os resultados foram alcançados, utilizando A (alcançados), PA (parcialmente alcançados) ou NA (não alcançados).

O instrumento foi elaborado na forma de *check-list* com a finalidade de proporcionar ao profissional enfermeiro maior objetividade e rapidez no preenchimento dos dados propostos. Ademais, existiam espaços em branco para possíveis acréscimos de DE, RE e IE para casos mais específicos, a partir de avaliação da situação clínica do paciente pelo enfermeiro⁽⁶⁾.

Apesar de compacto e resumido, o instrumento resultou em três páginas do tamanho A4. Contudo, o enfermeiro não determinará, ao mesmo tempo, todos os diagnósticos elencados no instrumento, a determinação diagnóstica será para diagnósticos considerados prioritários.

Na segunda etapa, foi empregada a técnica de validação de conteúdo para um painel de 10 especialistas que atenderam aos critérios pré-estabelecidos, com base no modelo proposto por Fehring modificados⁽¹⁰⁾.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos especialistas que participaram do estudo:

Tabela 1 – Características dos membros do Painel de Especialistas para Validação de Conteúdo. (N=10). Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
<i>Gênero</i>		
Feminino	09	90%
Masculino	01	10%
<i>Idade (anos)</i>		
<i>Média</i>	35	
<i>Idade mínima</i>	28	
<i>Idade máxima</i>	52	
<i>Ocupação</i>		
Assistência	08	80%
Gerência	03	30%
Docência	01	10%
<i>Quantidade de Empregos</i>		
Um emprego	04	40%
Dois empregos	06	60%
<i>Tempo de Formação (anos)</i>		
<i>Média</i>	07	
<i>Idade mínima</i>	05	
<i>Idade máxima</i>	15	
<i>Tempo de Experiência em Pediatria (anos)</i>		
<i>Média</i>	05	
<i>Idade mínima</i>	02	
<i>Idade máxima</i>	10	
<i>Possui Especialização</i>		
Sim	09	90%
Não	01	10%

Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela 2 apresenta a distribuição do IVC com os títulos dos DE, RE e IE, destaca-se em negrito o IVC que não alcançou o índice $\geq 0,80$:

Tabela 2 – Distribuição dos títulos dos DE, RE e IE com o Índice de Validade de Conteúdo. (N=27). Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2019.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	IVC – NANDA	IVC – NOC	IVC – NIC
Proteção Ineficaz	1	1	1
Nutrição Desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	1	1	1
Risco de Glicemia Instável	1	1	1
Volume de Líquidos Excessivo	0,90	1	1
Constipação	0,90	1	0,90
Troca de Gases Prejudicada	1	0,90	0,80
Fadiga	0,80	0,90	0,90
Mobilidade Física Prejudicada	1	0,90	1
Mobilidade no Leito Prejudicada	0,50	0,90	0,80
Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	0,60	0,90	0,90
Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz	0,50	0,80	0,80
Risco de Síndrome do Desuso	0,40	0,80	0,70
Risco de Confusão Aguda	0,60	0,90	0,90
Conhecimento Deficiente	0,60	0,90	0,70
Comunicação Verbal Prejudicada	0,80	1	1
Risco de Resposta Alérgica	1	0,90	1
Risco de Sangramento	1	1	1
Risco de Choque	1	0,90	1
Risco de Aspiração	1	0,90	1
Risco de Infecção	1	1	1
Risco de Quedas	1	1	1
Risco de Úlcera por Pressão	0,80	1	0,9
Integridade da Pele Prejudicada	1	1	1
Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas	1	1	1
Hipertermia	1	0,90	1
Náusea	0,9	1	1
Dor Aguda	1	0,90	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos 27 títulos dos DE avaliados pelos especialistas seis (22,2%) não foram validados devido ao fato de o IVC ser inferior a 0,80, sendo: Mobilidade no Leito Prejudicada, Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz, Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz, Risco de

Síndrome do Desuso, Risco de Confusão Aguda e Conhecimento Deficiente. Os especialistas não justificaram a não pertinência desses DE, nem mesmo apresentaram sugestões para adequações. Resultou-se, então, 21 (77,8%) títulos dos DE validados com $IVC \geq 0,80$.

Ressalta-se que todo o conteúdo referente aos RE obteve o $IVC \geq 0,80$. Quanto as IE, apenas duas (7,4%) obtiveram o IVC inferior a 0,80, sendo: Risco de Síndrome do Desuso e Conhecimento Deficiente.

Das 21 ligações das taxonomias NNN validadas, oito (29,6%) obtiveram concordância total entre elas, com IVC 1 (100%), sendo: Proteção Ineficaz, Nutrição Desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, Risco de Glicemia Instável, Risco de Sangramento, Risco de Infecção, Risco de Quedas, Integridade da Pele Prejudicada e Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas.

A Figura 1 apresenta a versão final do instrumento validado:

Figura 1 – Instrumento Processo de Enfermagem – Enfermaria Pediátrica. Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2019.

PROCESSO DE ENFERMAGEM - *Enfermaria Pediátrica*

Diagnósticos Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção	Apazamento	RA
() Proteção Ineficaz Caract. Def: ☐ Prejuízo neurossensorial ☐ Defic. na imunidade ☐ Outro _____ Fator Relac: ☐ Distúrbios imunológicos ☐ Câncer ☐ Outro _____	☐ Controle de Riscos ☐ Comportamento de Promoção da Saúde Manter: ____ ↑para: ____	Ensino do paciente/acompanhante para: () Controle da nutrição e ingestão hídrica () Controle de infecção (práticas de higiene e saúde bucal) () Controle da quimioterapia (efeitos colaterais e tóxicos) () Precauções contra sangramento		
() Nutrição Desequilibrada: < que as necessidades corporais Caract. Def: ☐ Alteração no paladar ☐ Ingestão menor que PDR recomendada ☐ lesão bucal ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Ingestão insuficiente ☐ Incapacidade ingerir alimentos ☐ Outro	☐ Estado Nutricional: Ingestão Alimentar ☐ Conhecimento: Dieta Prescrita Manter: ____ ↑para: ____	() Ensino: dieta prescrita () Controle do peso / Pesar: ____ () Supervisionar/Aconselhar: () Lactação SM () Mamadeira () SNE/GTT: () Medir resíduo gástrico ____/____h () Lavar após uso () Elevar cabeceira () Monitorar sinais de hipoglicemia () HGT: ____/____h () Administrar analgésico/antiemético antes da refeição () Controle da quimioterapia (dieta leve, higiene bucal)		
() Risco de Glicemia Instável Fator Risco: ☐ Conhecimento insuficiente ☐ Alteração no estado mental ☐ Ingestão insuficiente ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Nível glicose sangue ☐ Conhec. Controle DM Manter: ____ ↑para: ____	() Insertar ingestão hídrica () HGT: ____/____h () Ensino/Supervisão na aplicação de insulina e rodízio () Ensino dieta, cuidado p/ evitar lesões, envolvimento familiar () Adm glucagon/glicose/insulina/potássio, conforme prescrição		
() Volume de Líquidos Excessivo Caract. Def: ☐ Ingestão ↑ que eliminação ☐ Padrão resp alterado ☐ Edema ☐ Outro Fator Relac: ☐ Ingesta excessiva de liq. ☐ Mecanismo regulador comprometido	☐ Estado Respiratório ☐ Eliminação Urinária ☐ Equilíbrio Hídrico Manter: ____ ↑para: ____	() Controlar Balanço Hídrico ____/____h () Administrar furosemida se BH+ conforme prescrição () Monitorar estado hemodinâmico (FC, PA) () Monitorar o padrão respiratório () Elevar cabeceira () Promover integridade da pele () Monitorar edema periférico		
() Constipação Caract. Def: ☐ ausência evacuação > 3 dias ☐ Dor ☐ Abd distendido ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Fármacos ☐ Desidratação ☐ Mudança hábito ☐ Atividade ☐ Outro: _____	☐ Conhecimento: Dieta Prescrita ☐ Eliminação Intestinal ☐ Controle dos Sintomas Manter: ____ ↑para: ____	() Ensino: dieta prescrita, ↑ fibra, ↑ ingestão hídrica () Identificar fatores que contribuem para constipação () Monitorar distensão abdominal / sons intestinais () Estimular deambulação / massagem em C / ↑ ingestão hídrica () Administrar enema / emoliente fecal conforme prescrição		
() Troca de Gases Prejudicada Caract. Def: ☐ Dispneia ☐ Irritabilidade ☐ Taquicardia ☐ Cianose ☐ Confusão ☐ Sonolência ☐ Bat. asa nariz ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Deseq. ventilação-perfusão ☐ Mudanças na membrana alveolocapilar	☐ Troca Gasosa ☐ Conservação de Energia ☐ Perfusão Tissular Manter: ____ ↑para: ____	() Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico () Planejar com Fisioterapeuta a fisioterapia respiratória () Monitorar padrão respiratório, saturação O2 e perfusão () Conforto e repouso () Monitorar neurológico ECG: ____ () Aspirar VAS ____/____h () Precauções contra aspiração () Fornecer oxigenoterapia () Elevar cabeceira		
() Fadiga Caract. Def: ☐ Apatia ☐ Cansaço ☐ ↑ necessidade descanso ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Fisiológico ☐ Outro: _____	☐ Conservação Energia ☐ Estado de Conforto: Ambiente Manter: ____ ↑para: ____	() Controle Nutricional: ↑ ingestão de alimentos energéticos () Monitorar e registrar padrão de sono, horas dormidas () Promover repouso no leito () Banho no leito () Limitar estímulos ambientais: luz, barulho, temperatura		
() Mobilidade Física Prejudicada Caract. Def: ☐ Desconforto ☐ ↓ Marcha ☐ ↓ amplitude movimentos ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Prejuízo neuromuscular ☐ Dor ☐ Restrição movimento ☐ Intolerância ☐ Outro	☐ Mobilidade ☐ Nível de Dor Manter: ____ ↑para: ____	() Assistência no autocuidado: banho no leito () Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico () Planejar c/ Fisioterapeuta promoção da mecânica corporal () Realizar supervisão da pele () Avaliar circulação periférica () Orientar para precauções circulatórias () Prevenção queda		
() Comunicação Verbal Prejudicada Caract. Def: ☐ Não consegue falar ☐ Outro ☐ Incapacidade expressão corporal/facial Fator Relac: ☐ Prej SNC ☐ Barreira física ☐ Outro	☐ Comunicação ☐ Adaptação à Deficiência Física Manter: ____ ↑para: ____	() Proporcionar conforto () Redução da ansiedade () Escuta Ativa, atentar para mensagens não verbais () Utilizar o toque (contato tátil proposital) () Facilitar a comunicação com arteterapia () Encaminhar Fono		
() Risco de Resposta Alérgica Fator Risco: ☐ Alergia alimentar/ambiente ☐ Exposição a alérgeno (fármaco/sangue) ☐ Exp. substância química tóxica ☐ Outro	☐ Controle de Riscos Manter: ____ ↑para: ____	() Identificar alergias () Colocar pulseira (vermelha) () Administrar medicamento pré infusão (preparo) () Monitorizar sinais e sintomas: angioedema / tosse / urticária/ dispneia / vômito / choque (interromper infusão/comunicar)		
() Risco de Sangramento Fator Risco: ☐ Coagulopatia inerente ☐ Distúrbios gastrointestinais ☐ Trauma ☐ Função hepática ↓ ☐ Regime tratamento	☐ Controle de Riscos ☐ Conhec. Controle CA ☐ Recuperação cirúrgica: Pós-op imediato	() Monitorar sangramento vivo/oculto () Exames laboratoriais () Monitorar incisão cirúrgica (sangue, deiscência, evisceração) () Ensino: Dieta rica vitamina K () Precaução da constipação () Ensino: Prevenção de quedas () Uso de escova dental macia		

☐ Circuncisão ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Prevenção do choque: monitorar sinais e sintomas		
() Risco de Choque	☐ Controle de Riscos	() Controle do Balanço Hídrico ____/____h		
Fator Risco: ☐ Seps ☐ Infecção ☐ Hipotensão		() Posicionar trendelenburg () Ofertar O2 () Acesso calibroso		
☐ Hipovolemia ☐ Hipoxemia ☐ Hipoxia ☐ SIRS	Manter: ____↑para: ____	() Monitorar sinais e sintomas de choque		
() Risco de Aspiração	☐ Controle de Riscos	() Monitorar: nível consciência/ capac.deglutição/ reflexo tosse		
Fator Risco: ☐ Nível consciência ↓		() Encaminhar para fonoaudiólogo (terapia de deglutição)		
☐ Cirurgia/Trauma (facial/oral/pescoço)	☐ Prevenção da Aspiração	() Aspirar vias aéreas ____/____h () Controle de vômito		
☐ Deglutição ↓ ☐ Resíduo gástrico ↑		() Elevar cabeça 30° () Pausar dieta no banho/transporte		
☐ Presença de sonda oral/nasal	Manter: ____↑para: ____	() Monitorar posicionamento sonda e fixação		
☐ Alimentação enteral ☐ Outro: _____		() Verificar resíduo gástrico antes refeições ou ____/____h		
() Risco de Infecção	☐ Controle de Riscos	() Ensinar: sinais, sintomas e prevenção da infecção		
Fator Risco: ☐ Procedimento invasivo		() Controle da nutrição () Controle hídrico		
☐ Imunossupressão ☐ Enfermidade crônica	Manter: ____↑para: ____	() Trocar equipamentos 96h () Manuseio asséptico		
☐ Alteração integridade da pele ☐ Outro: _____		() Avaliar sinais flogísticos: acesso / dreno / lesões / incisões		
() Risco de Quedas	☐ Controle de Riscos	() Identificar risco Escala Braden Q: ____ () Pulseira (amarela)		
Fator Risco: ☐ História queda ☐ >2 anos	☐ Conhecimento:	() Ensino: fatores de risco e prevenção de quedas		
☐ Recuperação pós-op ☐ Anemia ☐ Neoplasia	Prevenção de Quedas	() Medicamentos: adm sedativos SN / evitar diuréticos SN		
☐ Mob prejud ☐ Neuropatia ☐ Doença aguda	Manter: ____↑para: ____	() Assistência no autocuidado: () Banho () Locomoção		
☐ Cognição ☐ Polifarmácia ☐ Outro: _____		() Controle do ambiente: segurança () Elevar grades		
() Risco de Úlcera por Pressão	☐ Controle de Riscos	() Nutrição rica em proteínas, vitaminas B, C, ferro, líquidos		
Fator Risco: ☐ Braden Q ≤16 ☐ Edema	☐ Integridade Tissular:	() Supervisionar estado da pele () Avaliar sinais flogísticos		
☐ Redução mobilidade ☐ Extremo peso	Pele e Mucosas	() Aplicar barreiras protetoras (creme/placas) () Hidratar pele		
☐ Pele úmida/quente/ressecada/sensível	Manter: ____↑para: ____	() Realizar mudança decúbito 2/2h () Utilizar coxins		
☐ Nutrição inadequada ☐ Outro: _____		() Utilizar colchão especializado		
() Integridade da Pele Prejudicada	☐ Integridade Tissular:	() Nutrição rica em proteínas, vitaminas B, C, ferro, líquidos		
Caract. Def: ☐ Alteração na integridade	Pele e Mucosas	() Mucosite: Chá camomila / enxaguante / lidocaína antes refeições		
Fator Relac: ☐ Circulação prejudicada		() Flebite: compressa () Fria () Quente () Pomada Local: _____		
☐ Mecânico pressão/imobilidade/cirurgia	☐ Cicatrização de Feridas	() Assistência no autocuidado: banho () Hidratar a pele		
☐ Alteração sensibilidade ☐ Alteração cor	1ª Intenção / 2ª Intenção	() Realizar mudança decúbito 2/2h c/coxins, colchão especial		
☐ Alteração turgor ☐ Alteração edema	Manter: ____↑para: ____	() Adm analgésico antes curativo () Avaliar sinais flogísticos		
☐ Nutrição inadequada ☐ Outro: _____		() Realizar curativo ____x dia Local: _____		
() Desobstrução Ineficaz Vias Aéreas	☐ Controle de Riscos	() Monitorar o estado respiratório e oxigenação		
Caract. Def: ☐ Padrão respiratório alterado	☐ Estado Respiratório:	() Verificar necessidade de aspiração das vias aéreas		
☐ Ausculta ↓ ☐ Ruídos adv ↑ ☐ Outro: ____	Permeabilidade das VAS	() Fornecer oxigenoterapia () Elevar cabeça 30°		
Fator Relac: ☐ Infecção ☐ Muco ↑	Manter: ____↑para: ____	() Ensino e supervisão: administração inalatória de aerossóis		
☐ Prejuízo neuromuscular ☐ Outro: _____		() Planejar c/ Fisioterapeuta a fisioterapia respiratória		
() Hipertermia	☐ Termorregulação	() Orientar acompanhante a relatar imediatamente sinais de febre		
Caract. Def: ☐ Pele quente ao toque		() Monitoração neurológica () Curva térmica ____/____h		
☐ Taquipneia ☐ Taquicardia ☐ Hipotensão	Manter: ____↑para: ____	() Controle hídrico () Estimular ingestão hídrica		
☐ Pele avermelhada ☐ Outro: _____		() Encaminhar para Banho () Diminuir vestimentas-cobertores		
Fator Relac: ☐ Seps ☐ Trauma ☐ Outro		() Aplicar compressa fria: axila / virilha / tórax / pescoço		
() Náusea	☐ Controle de Náuseas e	() Monitorar o consumo nutricional () Pesas: _____		
Caract. Def: ☐ Náusea ☐ Aversão à comida	Vômitos	() Avaliar: frequência/duração/intensidade/fatores precipitantes		
☐ Sensação/vontade vomitar ☐ Outro: ____	☐ Equilíbrio Eletrolítico e	() Ofertar gelo () Ofertar água gelada aos poucos		
Fator Relac: ☐ Irritação gastrointestinal	Ácido-base	() Precações contra aspiração		
☐ Regime de tratamento ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Administrar antiemético 30 min antes da refeição		
() Dor Aguda	☐ Controle da Dor	() Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico		
Caract. Def: ☐ Comportamento expressivo	☐ Nível de Dor	() Controle do ambiente: conforto / redução da ansiedade		
☐ Autorrelato ☐ Relato do acompanhante	☐ Estado de Conforto	() Promover repouso / posição de conforto		
☐ Mudança parâmetro fisiológico ☐ Outro	Manter: ____↑para: ____	() Aplicar: () calor () frio Local: _____		
Fator Relac: ☐ Agente lesivo biológico		() Administrar analgésico antes: curativo / banho / procedimento		
☐ Agente lesivo físico ☐ Agente químico		() Orientar a solicitar analgésico SOS antes que dor grave		
Outros Diagnósticos:	Outros RE:	Outras Intervenções:	Aprazamento	RA
Data / Assinatura / Carimbo do Enfermeiro:				

Fonte: Elaborado pela autora.

DISCUSSÃO

A primeira etapa apresentou a forma de construção do instrumento para registro do PE. Os diagnósticos formulados só têm significado no contexto do PE se forem um elo entre o levantamento de dados e a determinação das intervenções necessárias para o alcance dos resultados esperados, não deixando que as ações prescritas se limitem apenas a cuidados de rotina, mas aos cuidados consistentes e pertinentes com os DE elencados^(13,16).

Formular DE é um processo que exige conhecimento, habilidade de pensamento lógico, raciocínio, julgamento, interpretação, análise, previsão do significado e interação enfermeiro-paciente, sendo que a qualidade desta interação afeta diretamente a informação obtida⁽¹⁷⁾.

Os DE prevalentes utilizados para a construção do instrumento apresentaram os Domínios da NANDA abrangendo: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade e repouso, percepção e cognição, segurança e proteção, e conforto. No total foram contemplados por 27 DE, sendo 12 relacionados aos diagnósticos de risco, 14 relacionados aos diagnósticos com foco no problema e um pertinente a promoção da saúde.

Domínios relacionados às questões de prevenção e promoção da saúde, neste contexto apresentaram-se de forma importante as intervenções voltadas à prevenção, orientação e ao ensino dos pacientes e familiares^(18,19).

Domínios de origem fisiológica e comportamental apresentaram-se de forma relevante para pacientes pediátricos. Cabe ao enfermeiro identificar precocemente os riscos, buscar minimizá-los, destacando a importância da assistência direta do enfermeiro no cuidado^(18,19).

Na segunda etapa, a tabela 1 apresenta as características dos membros do painel de especialistas que participaram do estudo através da técnica de validação de conteúdo.

Dentre os 10 enfermeiros especialistas que participaram do estudo, 90% eram do gênero feminino, apresentavam idade média de 35 anos, 80% atuava na assistência de enfermagem, 60% havia dois empregos, 90% possuía alguma especialização, a média de tempo de formação foi de sete anos e de tempo de experiência em pediatria foi de cinco anos.

Destaca-se que a somatória da variável ocupação foi maior que 100%, visto que os enfermeiros muitas vezes acumulam mais de um tipo de cargo de trabalho e, também, mais de um emprego⁽²⁰⁾.

A tabela 2 apresenta a distribuição do IVC das ligações NNN. Observa-se que foram poucos IVC abaixo de 0,80, sendo: seis (22%) dos títulos dos DE, dois (7,4%) das IE e nenhum dos RE.

Neste contexto, existe uma lacuna, os enfermeiros teriam dificuldade de conhecimento ou domínio do uso dos DE na prática? Ou talvez, não teriam reconhecido os DE no público alvo? O que explicaria a inexistência de sugestões e colaborações por parte do painel de especialistas.

Diante disso, os profissionais necessitam ter conhecimento, instrumentalizar-se e desenvolver habilidades que favoreçam a qualidade do trabalho. Precisam também empregar estratégias para o seu aprimoramento, com a utilização da metodologia do PE aliada ao uso de SLP na prática⁽¹⁹⁾.

Por fim, considerou-se os 21 (77,8%) títulos dos DE validados para readequação do instrumento proposto para o registro do PE na enfermagem pediátrica desenvolvido na primeira etapa.

A versão final do instrumento resultou em duas páginas do tamanho A4, que impressas frente e verso resultam em apenas uma folha de papel, colaborando para o meio ambiente. Essa decisão sobre a proteção ambiental se justifica porque a Enfermagem, como uma profissão de prática social e com conhecimento dos efeitos dos determinantes sociais sobre a saúde dos seres vivos, tem a obrigação de refletir sobre os usos de recursos naturais e de assumir ações, neste caso, para minimizar os impactos ambientais no cotidiano de seu processo de trabalho.

Os resultados apontam uma síntese de DE, RE e IE comuns a pacientes pediátricos, favorecendo atenção predeterminada para a criança, diminuindo as chances de eventos indesejáveis, proporcionando maior qualidade e segurança no cuidado, além de possibilitar o refinamento das terminologias utilizadas^(3,19).

O uso do SLP possibilita o registro das ações desenvolvidas pela Enfermagem, evidencia e especifica a abrangência do cuidado individualizado, auxilia também o enfermeiro para a tomada de decisão. Além de fornecer subsídios para elucidar o conhecimento da enfermagem, avançar no desenvolvimento de teorias, determinar a efetividade dos cuidados, e demonstrar as contribuições de enfermagem aos pacientes, família e às comunidades^(2,14).

Quanto ao uso das ligações NNN, encontrou-se poucos estudos no contexto pediátrico. Demonstrando a importância de testar e validar as ligações, por meio de estudos desenvolvidos na prática clínica.

Esse instrumento será utilizado para compor as demais etapas do PE no cuidado ao paciente pediátrico. Entretanto o enfermeiro precisa ter em mente que o instrumento, apesar de organizar e sistematizar o trabalho, não é a única opção para o cuidado, contudo, uma alternativa com ações baseadas no julgamento clínico, levando em conta a necessidade de cada paciente e familiar.

Limitação do estudo

As limitações da pesquisa remetem ao fato que os títulos dos DE, os RE e as IE validados se aplicam à realidade da instituição do estudo. Contudo, recomenda-se a aplicação do instrumento proposto a outros cenários pediátricos para conferir a sua aplicabilidade em demais realidades de assistência à criança hospitalizada.

Destaca-se também o elevado número de possibilidades de intervenções e resultados para cada DE, o que torna a construção e validação do instrumento um processo trabalhoso, porém aplicável ao contexto pediátrico.

Contribuições do estudo para a prática

Com a construção e validação do instrumento proposto para o registro do PE acredita-se que poderá qualificar o cuidado ao paciente pediátrico, além de contribuir para a implantação da SAE como uma ferramenta de gestão.

Houve contribuição para documentação da prática de enfermagem, por meio da utilização de um sistema de linguagem padronizada, facilitando o processo de raciocínio diagnóstico do profissional enfermeiro. Recomenda-se, portanto, a continuidade do processo de implantação do PE, com capacitação da equipe de enfermagem para o desenvolvimento de competências e habilidades gerenciais e assistenciais.

CONCLUSÃO

A construção e validação do instrumento para registro do PE em uma enfermaria pediátrica baseado nas taxonomias NNN permite afirmar que os objetivos foram cumpridos, possibilitando uma ligação entre as etapas do PE e favorecendo a aplicação do método científico à práxis de enfermagem.

Testou-se a hipótese de que as ligações dos DE, RE e IE propostos no instrumento construído contemplavam adequadamente os domínios do constructo desejado e eram realmente representativos da prática clínica da enfermagem.

Resultou 21 (77,8%) ligações das taxonomias NNN validadas, dentre as 27 ligações. Os títulos DE que não alcançaram o $IVC \geq 0,80$ foram retirados e não considerados no instrumento final: Mobilidade no Leito Prejudicada, Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz, Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz, Risco de Síndrome do Desuso, Risco de Confusão Aguda e Conhecimento Deficiente.

A versão final do instrumento resultou em uma página frente e verso, colaborando para economia de custos institucionais e para o meio ambiente, visto que o instrumento é em forma de papel impresso dada a inexistência de prontuário eletrônico para a Enfermagem.

O instrumento sistematizado e estruturado é passível de implementação, tem por objetivo direcionar os problemas de enfermagem de acordo com as necessidades básicas de cada criança, elencar os diagnósticos, elaborar o planejamento das intervenções, avaliar e verificar se os resultados esperados foram alcançados. Portanto, pode ser aplicado na prática, favorecendo a melhoria das etapas dos processos de enfermagem e, conseqüentemente, a oferta de cuidado de enfermagem com base em evidências e melhores resultados para a equipe e para a clientela.

Contribuições dos autores

Concepção e/ou desenho: Reiniack S. Análise e interpretação dos dados: Reiniack S, Gonçalves JPF. Redação do artigo: Reiniack S. Revisão crítica: Gonçalves JPF, Tonini T. Revisão final: Tonini T.

FINANCIAMENTO

Convênio CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)/ COFEN (Conselho Federal de Enfermagem).

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse com o presente artigo.

REFERÊNCIAS

1. Dantas AMN, Silva KL, Nóbrega MML. Validation of nursing diagnoses, interventions and outcomes in a pediatric clinic. Rev Bras Enferm [internet]. 2018 [cited 2019 jun 20];71(1):80-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/0034-7167-reben-71-01-0080.pdf>

2. Cardoso ARS. Instrumento para aplicação do processo de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades cardiológicas: estudo quase-experimental [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2016.
3. Assis GLC, Sousa CS, Turrini RNT, Poveda VB, Silva RCG. Proposal of nursing diagnoses, outcomes and interventions for postoperative patients of orthognathic surgery. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 30];52(03321). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100429&script=sci_abstract
4. Oliveira ALG. Manual de orientação sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem para a clientela pediátrica [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2015.
5. Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 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. Brasília, DF (Oct 15, 2009).
6. Araújo DS, França A.F, Mendonça JKS, *et al.* Construção e validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em terapia intensiva. Rev Rene. [Internet]. 2015 [cited 2019 jun 5];16(4). Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2737>
7. Santos RCM. Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
8. Resolução Cofen nº 429, de 08 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília, DF (Jun 08, 2012).
9. Diniz SOS. Modus operandi de registrar: diagnóstico situacional e propostas de intervenção [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
10. Fehring RJ. The fehring model. In: Carroll-Johnson R.M, editor. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: Lippincott; 1994.
11. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. [Internet]. 2015 [cited 2019 jun 10];20(3):925-936. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000300925&script=sci_abstract&tlng=pt
12. Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
13. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. Tradução: Regina Machado Garcez. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
14. Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Tradução: Fernandes A, Amaral CP, Nopper E. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Tradução: Denise Costa Rodrigues. 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
16. Paiano LAG, Matos FGOA, Richetti MAA, *et al.* Padronização das ações de enfermagem prescritas para pacientes clínicos e cirúrgicos em um hospital universitário. R. Enferm. Cent. O. Min. [internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];3(4). Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/557>
17. Cruz AF, Rodríguez SP, Fernández IDP, Rabí MH. Sistema de acciones para desarrollar la habilidad diagnosticar en el Proceso de Atención de Enfermería. Humanidades Médicas [Internet]. 2015 [cited 2019 jun 20];15(2):294-306. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60488>
18. Lima TG, Silva MA, Siqueira SMC. Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao neonato com cardiopatia congênita. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo - Supl - [internet]. 2018 [cited 2019 jun 25];28(1):95-103. Available from: <http://socesp.org.br/revista/edicao-atual/diagnosticos-e-cuidados-de-enfermagem-ao-neonato-com-cardiopatia-congenita/67/62/>
19. Azzolin K, Souza EN, Ruscel KB, Mussi CM, Lucena AF, Rabelo ER. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. Rev Gaúcha Enferm. [internet]. 2012 [cited 2019 ago 10];33(4):56-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=isso
20. Lima MB, Silva LMS, Almeida FCM, *et al.* Stressors in nursing with double or more working hours. R. pesq.: cuid. fundam. online [internet]. 2013 [cited 2019 jun 12];5(1):3259-66. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897010.pdf>

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A validação de um instrumento para operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem em uma enfermaria pediátrica baseados nas taxonomias NNN permite afirmar que os objetivos foram cumpridos.

Referente ao perfil sociodemográfico-clínico dos pacientes internados na enfermaria pediátrica, identificou-se a prevalência do gênero masculino (71%). A média de idade dos pacientes foi de 7,32 anos. No SCP o cuidado intermediário foi a variável mais frequente (49%). A Pediatria foi a clínica de internação que mais internou (39%). Os diagnósticos clínicos mais frequentes foram: cirurgias de fimose (34%), doenças respiratórias (33%) e a neutropenia febril (32%).

Foram encontrados o total de 46 DE, destes 27 foram considerados prevalentes, sendo: Risco de quedas (100%), Risco de infecção (64%), Integridade da pele prejudicada (63%), Dor aguda (49%), Mobilidade física prejudicada (46%), Proteção ineficaz (39%), Fadiga (31%), Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (31%), Risco de confusão aguda (29%), Volume de líquidos excessivo (26%), Risco de glicemia instável (22%), Risco de choque (22%), Nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais (21%), Risco de sangramento (20%), Mobilidade no leito prejudicada (17%), Risco de aspiração (17%), Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz (16%), Comunicação verbal prejudicada (16%), Hipertermia (16%), Náusea (15%), Risco de úlcera por pressão (14%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (14%), Troca de gases prejudicada (13%), Constipação (12%), Risco de síndrome do desuso (12%), Risco de resposta alérgica (12%) e Conhecimento deficiente (10%).

O conhecimento do perfil da clientela e a determinação de DE prevalentes são essenciais para as ações gerenciais e assistenciais de Enfermagem por seu caráter norteador para as demais etapas do PE, gestão da equipe e dos processos de trabalho. Possibilitando assim a construção e validação de um instrumento que realizasse a ligação entre os DE, RE e IE, baseados nas taxonomias NNN. Testou-se a hipótese do instrumento proposto para verificar se contemplavam adequadamente os domínios do constructo desejado e eram realmente representativos da prática clínica da enfermagem.

Quanto a caracterização dos membros do Painel de especialistas para validação, identificou-se 90% eram do gênero feminino, tinham idade média de 35 anos, 80% tinham

ocupação na assistência, 60% tinham dois empregos, a média de tempo de formação foi de sete anos e de tempo de experiência cinco anos, 90% possuía alguma especialização.

A validação foi considerada adequada quando o IVC era $\geq 0,80$, resultando em 21 (77,8%) ligações das taxonomias NNN validadas. Dessas, oito (29,6%) obtiveram concordância total entre elas, com IVC 1 (100%), sendo os títulos dos DE: Proteção Ineficaz, Nutrição Desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, Risco de Glicemia Instável, Risco de Sangramento, Risco de Infecção, Risco de Quedas, Integridade da Pele Prejudicada, Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas.

Os títulos dos DE que não alcançaram o $IVC \geq 0,80$ foram retirados e não considerados no instrumento final: Mobilidade no Leito Prejudicada, Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz, Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz, Risco de Síndrome do Desuso, Risco de Confusão Aguda e Conhecimento Deficiente.

A versão final do instrumento resultou em uma página frente e verso, colaborando para economia de custos institucionais e para o meio ambiente, visto que o instrumento é em forma de papel impresso dada a inexistência de prontuário eletrônico para a Enfermagem.

O instrumento sistematizado e estruturado é passível de implementação, tem por objetivo direcionar os problemas de enfermagem de acordo com as necessidades básicas de cada criança, elencar os diagnósticos, elaborar o planejamento das intervenções, avaliar e verificar se os resultados esperados foram alcançados. Portanto, pode ser aplicado na prática, favorecendo a melhoria das etapas dos processos de enfermagem e, consequentemente, a oferta de cuidado de enfermagem com base em evidências e melhores resultados para a equipe e para a clientela.

A utilização das taxonomias NNN possibilitou o estabelecimento de uma ligação entre as etapas do PE, além de favorecer a aplicação do método científico à prática de enfermagem e proporcionar o seguimento das recomendações terapêuticas da equipe multidisciplinar.

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, J. S.; MATTOS, M. C. T.; VIEIRA, M. J. **Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 1. ed. Aracaju: COREN-SE, 2016. Disponível em <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/parte-1.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

ARAÚJO, D. S.; FRANÇA, A. F.; MENDONÇA, J. K. S.; BETTENCOURT, A. R. de C.; AMARAL, T. L. M.; PRADO, P. R. **Construção e validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em terapia intensiva**. Revista Rene, v.16 (4), p. 461 – 469, 2015.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978. Disponível em: <http://files.grupo-educacional-vanguard8.webnode.com/200000024-07a9b08a40/Livro%20PHILIPPE-ARIES-Historia-social-da-crianca-e-da-familia.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

ASSIS, G. L.C.; SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B.; SILVA, R. C. G. **Proposal of nursing diagnoses, outcomes and interventions for postoperative patients of orthognathic surgery**. Rev Esc Enferm USP, v.52, e03321, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100429&script=sci_abstract. Acesso em: 10 jun. 2019.

AZZOLIN, K.; SOUZA, E.N.; RUSCEL, K.B.; MUSSI, C.M.; LUCENA, A.F.; RABELO ER. **Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio**. Rev Gaúcha Enferm. v.33 (4), p. 56-63, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=isso Acesso em: 10 ago 2019.

BARROS, A. L. B. L.; SANCHEZ, C. G.; LOPES, J. L.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; LOPES, M. H. B. M.; GENGO E SILVA, R. C. **Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**. 1. ed. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 31 set. 2019.

BENEDET, S. A.; GELBCKE, F. L.; AMANTE, L. N.; PADILHA, M. I. S.; PIRES DE PIRES, D. **Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros**. J. res.: fundam. care. Online. v.8 (3), p. 4780 – 4788, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 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**. Brasília,

DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009_4384.html. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429/2012, de 08 de junho de 2012. **Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 13563, 16 jul. 1990

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 163/9-16320, 17 out. 1995

BRASIL. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. **Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 22 mar. 2005

BRASIL. Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016. **Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 09 mar. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 06 ago. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf. Acesso em 12 jul. 2019.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M.; WAGNER, C. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** Tradução: Denise Costa Rodrigues. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CARDOSO, A.R.S. **Instrumento para aplicação do processo de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades cardiológicas: estudo quase-experimental.** 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

CARVALHO, E.C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, H. **Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66 (esp), p. 134-41, 2013.

CHAVES, L. D.; SOLAI, C. A. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações Teóricas e Aplicabilidade.** 2. ed São Paulo: Editora Martinari, 2013.

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. **Construção de instrumentos de medida na área da saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015, vol.20, n.3, pp.925-936. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000300925&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 jul. 2019

CRUZ, A. F.; RODRÍGUEZ, S. P.; FERNÁNDEZ, I. D. P.; RABÍ, M. H. **Sistema de acciones para desarrollar la habilidad diagnosticar en el Proceso de Atención de Enfermería**. Humanidades Médicas; v.15 (2), p. 294-306, 2015.

DANTAS, A.M.N.; SILVA, K.L.; NÓBREGA M.M.L. **Validation of nursing diagnoses, interventions and outcomes in a pediatric clinic**. Rev Bras Enferm, v.71(1):80-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/0034-7167-reben-71-01-0080.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

DINI, A. P. **Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de instrumento**. 2007. Dissertação (Pós-Graduação) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

DINIZ, S. O. S. **Modus operandi de registrar: diagnóstico situacional e propostas de intervenção**. 2013. Dissertação (Curso de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, Rio de Janeiro, 2013.

FRANÇA, E.B.; LANSKY, S.; REGO, M.A.S.; MALTA, D.C.; FRANÇA, J.S.; TEIXEIRA, R.; *et al.* **Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença**. Rev Bras Epidemiol maio 2017; 20 SUPPL 1: 46-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

FEHRING, R.J. **The fehring model**. In: Carroll-Johnson R.M, editor. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: Lippincott; 1994.

FERREIRA, A.M.; ROCHA, E.N.; LOPES, C.T.; BACHION, M.M.; LOPES, J.L.; BARROS, A.L.B.L. **Diagnósticos de enfermería en terapia intensiva: mapeo cruzado y taxonomía de la NANDA-I**. Rev Bras Enferm. 2016 v.69(2):307-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0307.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

FLETCHER RH, FLETCHER SW. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**. Tradução: Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HOCHMÜLLER, C.S.O. **Experiências de crianças hospitalizadas: um estudo em um hospital do município de cruz alta** – RS. Dissertação de mestrado. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí – RS, 2016

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. 1. ed. São Paulo: EPU, 1979.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade**. Brasil; 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/pdf/incidencia.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2019

KIRCHESCH, C. L. **Estratégias para implementar a sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde: revisão integrativa**. Revista Interdisciplinar, v. 9 (4), p. 173 – 180, 2016.

LIMA, T.G.; SILVA, M.A.; SIQUEIRA, S.M.C. **Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao neonato com cardiopatia congênita**. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo - Supl - 2018;28(1):95-103. Disponível em: <http://socesp.org.br/revista/edicao-atual/diagnosticos-e-cuidados-de-enfermagem-ao-neonato-com-cardiopatia-congenita/67/62/>. Acesso em: 02 jul. 2019.

LIMA, M.B.; SILVA, L.M.S.; ALMEIDA, F.C.M.; et al. **Stressors in nursing with double or more working hours**. R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. jan./mar. 5(1):3259-66. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897010.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

LUVISARO B. M. O.; LIMA G. S.; FREIRE E. M. R.; MARTINEZ M. R. **Diagnóstico situacional em unidade de terapia intensiva: relato de experiência**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS, v. 11 (2), p. 67 - 78, 2014. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2012>. Acesso em: 03 set. 2018.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M.L.; SWANSON E. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. Tradução: Fernandes A, Amaral CP, Nopper E. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MOREIRA, A. T. S. **Assistência sistematizada de enfermagem nas unidades de pediatria do Hospital Universitário de Sergipe**. In: ANDRADE, J. S.; MATTOS, M. C. T.; VIEIRA, M. J. Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem. Sergipe: COREN-SE, 2016. Disponível em <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/parte-1.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MUNIZ, C. C. **Concepção de cuidado dos acadêmicos de enfermagem da FURB**. 2008-2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, Santa Catarina, 2008 - 2009.

NETO, J. M. R.; FONTES, W. D.; NÓBREGA, M. M. L. **Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. v. 66, n. 4, p. 535 – 542, 2013.

OLIVEIRA, A. L. G. **Manual de orientação sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem para a clientela pediátrica**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense; Niterói, Rio de Janeiro, 2015.

PAIANO, L. A. G.; MATOS, F. G. O. A.; RICHETTI, M. A. A.; CASAROLLI, A. C. G.; GIRARDELLO, D. T. F.; BARBOSA, H. B. EBERHARDT, T. D.; ALVES, D. C. I. **Padronização das ações de enfermagem prescritas para pacientes clínicos e cirúrgicos em um hospital universitário.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. v. 3 n. 4, p. 1336 – 1348, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018

REICHERT, A.P.S.; RODRIGUES, P.F.; ALBUQUERQUE, T. M.; COLLET, M.; MINAYO, M. C. S. **Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2375.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

SANTOS, R. C. M. **Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico.** 2016. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2016.

SILVA, J. V.; BRAGA, C. G. **Evidências das teorias de enfermagem no processo de cuidar.** 2.ed. Curitiba: Prismas, 2016.

SOARES, M.I; RESCK, Z. M. R.; TERRA, F. S.; CAMELO, S. H. H. **Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência.** Escola Anna Nery. v. 19, n. 1, p. 47 – 53, 2015.

SOUZA, A.T.F. **Proposta de instrumento para avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE: construção e validação.** 2016. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2016.

TASSINARY, R. F.; HAHN, G. V. **Intervenção de enfermagem para o alívio da dor em recém-nascidos.** Pediatria Moderna. v. 49, n 6., 2013.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2019.

UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). **Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.** United Nations Children's Fund, New York, 2017. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_relatorios/child_mortality_report_unicef_2017.pdf. Acesso em: 12 jul. 2019.

APÊNDICE A

CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Carta-Convite

Rio de Janeiro, 03 de maio de 2019.

Prezado(a) Especialista

Meu nome é Suelen Reiniack, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional – UNIRIO, sob financiamento do convênio CAPES/COFEN, para o projeto de pesquisa em andamento intitulado “**Validação de instrumento para registro do processo de enfermagem em enfermaria pediátrica**”, tendo a Prof^a. Dr^a. Teresa Tonini como orientadora.

Vimos solicitar sua colaboração como especialista em cuidados de enfermagem ao cliente internado em Enfermaria de Pediatria. Essa prestimosa colaboração envolverá a apreciação e o julgamento do conteúdo do escopo do Instrumento de Prescrição de Enfermagem, elaborado na primeira fase desse estudo. O Sr.(a) julgará cada item do instrumento por meio de valores pré-estabelecidos.

Caso deseje participar, pedimos sua colaboração para que nos envie o material analisado por e-mail **em um período máximo de 8 dias**. Na oportunidade, informamos que o veículo de comunicação para a realização desse estudo será via e-mail ou por carta registrada. Caso manifeste a sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito.

Aguardamos sua resposta com nossos sinceros agradecimentos por seu valioso apoio. Na oportunidade, nos colocamos à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Suelen Reiniack

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Validação de instrumento para registro do processo de enfermagem em enfermaria pediátrica

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é validar um instrumento para operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem em uma enfermaria pediátrica de um hospital público no município do Rio de Janeiro.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para construir um instrumento para padronização dos DE, RE e IE em uma enfermaria pediátrica de um hospital público no município do Rio de Janeiro. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará do processo de avaliação do conteúdo do escopo Instrumento Processo de Enfermagem, respondendo a um questionário que será enviado por correio eletrônico e que demandará aproximadamente 45 minutos para ser respondido. Dependendo do percentual de concordância entre suas respostas e as respostas dos outros participantes, poderão ser realizadas outras rodadas do processo, nas quais o formulário modificado será novamente enviado para sua avaliação. Todas as suas respostas serão utilizadas em prol do objeto de pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas te incomodam, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o faça se sentir incomodado.

BENEFÍCIOS: Suas respostas ajudarão a melhorar a adequação de um Instrumento de Processo de Enfermagem coerente com a realidade da enfermaria pediátrica deste estudo, direcionará as ações voltadas à identificação de situações ou agravos de saúde, subsidiará a relação dos DE, RE e IE sobre as necessidades de cuidado da criança, além de reduzir a possibilidade de erros e proporcionar maior eficiência, autonomia e cientificidade à profissão.

Por isso, não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá em nenhum documento a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destes formulários revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Federal da Lagoa. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, sendo a aluna Suelen Reiniack a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Teresa Tonini. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Suelen Reiniack no telefone (21)98082-8082, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

E-mail _____

Assinatura (Pesquisador):

Nome: Suelen Reiniack

Data: _____

APÊNDICE C

TEXTO DE APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Texto de Apresentação do Questionário

Caro especialista,

Gostaria de agradecer a disponibilidade em participar deste estudo. O objetivo deste texto é fornecer algumas informações essenciais sobre o andamento desta etapa do estudo.

Antes de preencher as informações contidas no instrumento de coleta de dados, solicito que leia atentamente o escopo do instrumento PROCESSO DE ENFERMAGEM e, somente quando se sentir seguro, passe a responder os itens.

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A SAE norteia o trabalho profissional quanto ao Método, Pessoas e Instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Para tal, utiliza método científico e estratégia de trabalho voltados à identificação das situações de saúde-doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem requer sistemas de linguagem padronizada. A realidade do cenário deste estudo contempla as taxonomias da NANDA International (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC). Elas representam uma linguagem bastante difundida e utilizada no Brasil, permitindo a constituição de Diagnósticos de Enfermagem em diversas instituições hospitalares e dando um caráter norteador para as demais etapas do Processo de Enfermagem, que direcionam as ações interventivas e contribuem, conseqüentemente, para o fortalecimento da identidade profissional (CHAVES E SOLAI, 2015; FERREIRA, *et al.*, 2016).

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é considerado um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou à vulnerabilidade para essa resposta por um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Constitui-se a base para a escolha de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais respondem os enfermeiros (HERDMAN, KAMITSURU, 2018).

A Prescrição de Enfermagem determina os resultados que se espera alcançar, as ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de DE (COFEN, 2009).

Neste estudo, o escopo do instrumento foi definido de maneira a permitir o registro dos DE, os RE, as IE e o aprazamento, com base nas taxonomias da NANDA-I, NIC, NOC. Dada a necessidade de determinar a prevalência dos DE na enfermagem pediátrica, se utilizou os diagnósticos com frequência maior que 10%, resultando em 27 DE. Este instrumento é uma proposta de apoio à decisão clínica, em que a decisão final caberá sempre ao Enfermeiro, uma vez que possibilitará a inclusão de itens além daqueles pré-estabelecidos, de modo a valorizar o caráter individualizado do planejamento e da implementação da assistência.

Para validação dos requisitos do instrumento foi elaborada uma escala tipo Likert com cinco pontos (LIKERT, 1932), sendo atribuída a seguinte padronização:

Desaprovo Fortemente = 0	Desaprovo = 1	Indeciso = 2	Aprovo = 3	Aprovo Fortemente = 4
-------------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------------------	----------------------------------

				X
Alteração ou justificativa:				

Escala tipo Likert com cinco pontos

Fonte: Elaborada pelo autor

O preenchimento da escala deve ser realizado escrevendo a letra “X” no interior do retângulo abaixo da opção escolhida pelo especialista, conforme mostra exemplo acima. Caso deseje sugerir alguma alteração no requisito ou realizar uma justificativa, o especialista deve utilizar o campo disponibilizado abaixo da escala.

Para cada requisito do escopo do instrumento o especialista deverá realizar avaliações baseadas nas seguintes informações:

- **Aprovo Fortemente:** requisito extremamente relevante e indispensável.
- **Aprovo:** requisito relevante, porém confuso.
- **Indeciso:** quando não tiver opinião sobre o assunto. Neste caso, por favor, justificar.
- **Desaprovo:** requisito pouco relevante, porém se sofrer alterações pode se tornar relevante.
- **Desaprovo fortemente:** requisito dispensável.

Os requisitos do instrumento estão organizados em três conjuntos:

(A) Diagnósticos de Enfermagem (B) Resultados Esperados (C) Intervenção de Enfermagem

Após a avaliação de cada grupo de requisitos, há um quadro no qual o especialista poderá sugerir requisitos que ainda não foram definidos. Após a análise do autor, os requisitos sugeridos serão incorporados ao escopo do instrumento e submetidos para avaliação dos especialistas em uma rodada posterior. Conforme mostra exemplo abaixo:

Deseja propor outros requisitos para o Escopo Diagnóstico de Enfermagem, Resultados Esperados ou Intervenções?	
1	
2	
3	

Quadro para proposta de requisitos adicionais ao sistema de informação

Fonte: Elaborado pelo autor

Antes de devolver o instrumento de coleta de dados, por favor verifique se todos os requisitos foram avaliados.

Caso possua alguma dúvida em relação ao preenchimento do instrumento de coleta de dados, estou à disposição nos seguintes contatos: celular (21) 98082-8082 ou e-mail: suelen.reini@hotmail.com

Atenciosamente,
Suelen Reiniack

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2019

APÊNDICE D

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Instrumento de Coleta de Dados

Parte I – Caracterização do Especialista

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade: () anos
3. Ocupação: () Assistência () Gerência () Docência
4. Local de Trabalho: () HFL () Outro: _____
5. Tempo de formação: () anos
6. Tempo de experiência em Enfermaria de Pediatria: () anos
7. Possui alguma especialização (qual): _____

Parte II: Instrumento para validação de conteúdo do escopo do instrumento PROCESSO DE ENFERMAGEM

Os Diagnóstico de Enfermagem, Resultados Esperados e Intervenções elencados em cada item abaixo são essenciais serem considerados no instrumento de “Processo de Enfermagem”?

8. Proteção Ineficaz

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

9. Nutrição Desequilibrada (menor do que as necessidades corporais)

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

10. Risco de Glicemia Instável

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

11. Volume de Líquidos Excessivo

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

12. Constipação

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

13. Troca de Gases Prejudicada

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					

Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:

14. Fadiga

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

15. Mobilidade Física Prejudicada

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

16. Mobilidade no Leito Prejudicada

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

17. Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					

(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

18. Risco de Perfusão Gastrintestinal Ineficaz

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

19. Risco de Síndrome do Desuso

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

20. Risco de Confusão Aguda

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

21. Conhecimento Deficiente

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

22. Comunicação Verbal Prejudicada

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

23. Risco de Resposta Alérgica

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

24. Risco de Sangramento

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					

Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:

25. Risco de Choque

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

26. Risco de Aspiração

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

27. Risco de Infecção

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

28. Risco de Quedas

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					

(C)Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

29. Risco de Úlcera por Pressão

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A)Diagnóstico Proposto					
(B)Resultados Propostos					
(C)Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

30. Integridade da Pele Prejudicada

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A)Diagnóstico Proposto					
(B)Resultados Propostos					
(C)Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

31. Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A)Diagnóstico Proposto					
(B)Resultados Propostos					
(C)Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

32. Hipertermia

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

33. Náusea

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

34. Dor Aguda

Escopo	Desaprovo Fortemente	Desaprovo	*Indeciso	Aprovo	Aprovo Fortemente
(A) Diagnóstico Proposto					
(B) Resultados Propostos					
(C) Intervenções Propostas					
*Justificar:					
Deseja retirar ou incluir algum outro requisito (A, B ou C) não mencionado? Sugestões:					

Desde já agradeço pela participação.

Atenciosamente,
Suelen Reiniack

APÊNDICE E

INSTRUMENTO PROCESSO DE ENFERMAGEM (Pré-Validação)

PROCESSO DE ENFERMAGEM - *Enfermaria de Pediatria*

Diagnósticos Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção	Apazamento	RA
() Proteção Ineficaz Caract. Def: ☐ Prejuízo neurossensorial ☐ Defic. na imunidade ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Distúrbios imunológicos ☐ Câncer ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Comportamento de Promoção da Saúde Manter: ____ ↑ para: ____	Ensino do paciente/acompanhante para: () Controle da nutrição e ingestão hídrica () Controle de infecção (práticas de higiene e saúde bucal) () Controle da quimioterapia (efeitos colaterais e tóxicos) () Precauções contra sangramento		
() Nutrição Desequilibrada: < que as necessidades corporais Caract. Def: ☐ Alteração no paladar ☐ Ingestão menor que PDR recomendada ☐ lesão bucal ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Ingestão insuficiente ☐ Incapacidade ingerir alimentos ☐ Outro: _____	☐ Estado Nutricional: Ingestão Alimentar ☐ Conhecimento: Dieta Prescrita Manter: ____ ↑ para: ____	() Ensino: dieta prescrita () Controle do peso / Pesar: ____ () Supervisionar/Aconselhar: () Lactação SM () Mamadeira () SNE/GTT: () Medir resíduo gástrico ____/____h () Lavar após uso () Elevar cabeceira () Monitorar sinais de hipoglicemia () HGT: ____/____h () Administrar analgésico/antiemético antes da refeição () Controle da quimioterapia (dieta leve, higiene bucal)		
() Risco de Glicemia Instável Fator Risco: ☐ Conhecimento insuficiente ☐ Alteração no estado mental ☐ Ingestão insuficiente ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Nível glicose sangue ☐ Conhec. Controle DM Manter: ____ ↑ para: ____	() Monitorar sinais de hipo-hiperglicemia () HGT: ____/____h () Ensino/Supervisão na aplicação de insulina e rodízio () Promoção do envolvimento familiar Educação em Saúde: prevenção, reconhecimento e monitoramento hipo-hiperglicemia		
() Volume de Líquidos Excessivo Caract. Def: ☐ Ingestão ↑ que eliminação ☐ Alteração no padrão respiratório ☐ Edema ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Ingesta excessiva de liq. ☐ Mecanismo regulador comprometido	☐ Estado Respiratório ☐ Eliminação Urinária ☐ Equilíbrio Hídrico Manter: ____ ↑ para: ____	() Controlar Balanço Hídrico ____/____h () Administrar furosemida se BH+ ____ conforme prescrição () Monitorar estado hemodinâmico (FC, PA) () Monitorar o padrão respiratório () Elevar cabeceira () Promover a integridade da pele () Monitorar edema periférico		
() Constipação Caract. Def: ☐ ausência evacuação > 3 dias ☐ Dor ☐ Abd distendido ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Fármacos ☐ Desidratação ☐ Mudança hábito ☐ Atividade ☐ Outro: _____	☐ Conhecimento: Dieta Prescrita ☐ Eliminação Intestinal ☐ Controle dos Sintomas Manter: ____ ↑ para: ____	() Ensino: dieta prescrita, ↑ fibra, ↑ ingestão hídrica () Identificar fatores que contribuem para constipação () Monitorar distensão abdominal / sons intestinais () Estimular deambulação / massagem em C / ↑ ingestão hídrica () Administrar enema / emoliente fecal conforme prescrição		
() Troca de Gases Prejudicada Caract. Def: ☐ Dispneia ☐ Irritabilidade ☐ Padrão respiratório anormal ☐ Cianose ☐ Taquicardia ☐ Sonolência ☐ Confusão ☐ Batimento asa nariz ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Deseq. ventilação-perfusão ☐ Mudanças na membrana alveolocapilar	☐ Troca Gasosa ☐ Conservação de Energia ☐ Perfusão Tissular Manter: ____ ↑ para: ____	() Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico () Planejar com Fisioterapeuta a fisioterapia respiratória () Monitorar padrão respiratório, saturação O2 e perfusão () Controle Acidobásico () Monitorar neurológico ECG: ____ () Aspirar VAS ____/____h () Precauções contra aspiração () Fornecer oxigenoterapia () Elevar cabeceira () Proporcionar conforto e repouso no leito		
() Fadiga Caract. Def: ☐ Apatia ☐ Cansaço ☐ ↑ necessidade descanso ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Fisiológico ☐ Outro: _____	☐ Conservação Energia ☐ Estado de Conforto: Ambiente Manter: ____ ↑ para: ____	() Controle Nutricional: ↑ ingestão de alimentos energéticos () Monitorar e registrar padrão de sono, horas dormidas () Promover repouso no leito () Banho no leito () Limitar estímulos ambientais: luz, barulho, temperatura		
() Mobilidade Física Prejudicada Caract. Def: ☐ Desconforto ☐ ↓ Marcha ☐ ↓ amplitude movimentos ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Prejuízo neuromuscular ☐ Restrição prescrita movimento ☐ Dor ☐ Intolerância à atividade ☐ Outro: _____	☐ Mobilidade ☐ Nível de Dor Manter: ____ ↑ para: ____	() Assistência no autocuidado: banho no leito () Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico () Planejar c/ Fisioterapeuta promoção da mecânica corporal () Realizar supervisão da pele () Avaliar circulação periférica () Orientar para precauções circulatórias () Orientar para prevenção contra quedas		
() Mobilidade no Leito Prejudicada Caract. Def: ☐ Capacidade ↓ reposicionar-se ☐ Capacid. ↓ virar-se de um lado p/ outro Fator Relac: ☐ Prej. neuromuscular ☐ Dor ☐ Imobilizadores ☐ Função cognitiva ↓	☐ Nível de Dor ☐ Movim. coordenado ☐ Conhecimento: Mecânica Corporal Manter: ____ ↑ para: ____	() Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico () Ensino: cuidados dispositivo de imobilização () Planejar c/ Fisioterapeuta promoção da mecânica corporal () Banho no leito () Mudança de decúbito de 2/2h () Realizar supervisão da pele () Avaliar circulação periférica		
() Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz Fator Risco: ☐ Coagulopatia ☐ Hipertensão	☐ Perfusão Tissular ☐ Controle de Riscos	() Monitorar neurológico () Escala Coma de Glasgow: ____ () Precauções contra sangramento () Prec. contra embolia () Identificar riscos () Controle da terapia trombolítica		

☐ Anemia falciforme ☐ Lesão cerebral: (trauma/tumor) ☐ Outro: _____	Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Observar queixas de cefaléia ☐ Monitorar Pressão Intracraniana () Registrar características líquor		
() Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz Fator Risco: ☐ Coagulopatia ☐ Trauma ☐ Doença renal ☐ Doença gastrointestinal ☐ Função hepática ↓ ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Perfusão Tissular Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Monitorar sinais de sangramento ☐ Precauções contra sangramento ☐ Identificar riscos ☐ Monitorar posicionamento e fixação sonda gastrointestinal ☐ Controle da terapia trombolítica		
() Risco de Síndrome do Desuso Fator Risco: ☐ Paralisia ☐ Dor ☐ Nível consciência ↓ ☐ Imob. mecânica ☐ Imobilidade prescrita ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Nível da Dor Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico ☐ Realizar supervisão da pele () Avaliar circulação periférica ☐ Mudança decúbito 2/2h () Controlar balanço hídrico ____/____h ☐ Planejar c/ Fisioterapeuta promoção da mecânica corporal		
() Risco de Confusão Aguda Fator Risco: ☐ Infecção ☐ Farmacológico ☐ Função metabólica prejudicada ☐ Dor ☐ Cognição ↓ ☐ Desidratação ☐ Outro: ____	☐ Controle de Riscos ☐ Nível de Dor ☐ Equilíbrio Eletrolítico Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico ☐ Controle do Balanço Hídrico ____/____h () Eletrólitos ☐ Monitorar neurológico () Escala Coma de Glasgow: ____ ☐ Monitorar sinais e sintomas sistêmicos da infecção		
() Conhecimento Deficiente Caract. Def: ☐ Conhecimento insuficiente ☐ Comportamento inapropriado ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Informação insuficiente ☐ Função cognitiva ↓ ☐ Outro: _____	☐ Conhecimento: Promoção da Saúde Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Orientar acompanhante quanto à cirurgia/exames () Jejum ☐ Plano de alta para continuidade dos cuidados de saúde ☐ Ensino: () Nutrição () Aplicação insulina () Curativos ☐ Mudança de decúbito () Risco de quedas () Infecção ☐ Aspiração () GTT () Colostomia () Puff () Outro: _____		
() Comunicação Verbal Prejudicada Caract. Def: ☐ Não consegue falar ☐ Outro: _____ ☐ Incapacidade expressão corporal/facial Fator Relac: ☐ Prejuízo no SNC ☐ Barreira física (TQT) ☐ Outro: _____	☐ Comunicação ☐ Adaptação à Deficiência Física Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Proporcionar conforto () Redução da ansiedade ☐ Escuta Ativa, atentar para mensagens não verbais ☐ Utilizar o toque (contato tátil proposital) ☐ Facilitar a comunicação com arteterapia ☐ Encaminhar para Fonoaudiólogo		
() Risco de Resposta Alérgica Fator Risco: ☐ Alergia alimentar/ambiente ☐ Exposição a alérgeno(fármaco/sangue) ☐ Exp. substância química tóxica ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Identificar alergias () Colocar pulseira (vermelha) ☐ Administrar medicamento pré infusão (preparo) ☐ Monitorizar sinais e sintomas: angioedema / tosse / urticária / dispneia / vômito / choque (interromper infusão/comunicar)		
() Risco de Sangramento Fator Risco: ☐ Coagulopatia inerente ☐ Distúrbios gastrointestinais ☐ Trauma ☐ Função hepática ↓ ☐ Regime tratamento ☐ Circuncisão ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Conhec. Controle CA ☐ Recuperação cirúrgica: Pós-op imediato Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Monitorar sangramento vivo/oculto () Exames laboratoriais ☐ Monitorar incisão cirúrgica (sangue, deiscência, evisceração) ☐ Ensino: Dieta rica vitamina K () Precaução da constipação ☐ Ensino: Prevenção de quedas () Uso de escova dental macia ☐ Prevenção do choque: monitorar sinais e sintomas		
() Risco de Choque Fator Risco: ☐ Sepsis ☐ Infecção ☐ Hipovolemia ☐ Hipoxemia ☐ Hipoxia ☐ Hipotensão ☐ SIRS	☐ Controle de Riscos Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Controle do Balanço Hídrico ____/____h ☐ Posicionar trendelenburg () Ofertar O2 () Acesso calibroso ☐ Monitorar: FC ↑ / FR ↑ / confusão mental / perf. periférica ↓ / débito urinário ↓ / sede / pele fria e pegajosa / RHA ↓ / vômito		
() Risco de Aspiração Fator Risco: ☐ Nível consciência ↓ ☐ Cirurgia/Trauma (facial/oral/pescoço) ☐ Deglutição ↓ ☐ Resíduo gástrico ↑ ☐ Presença de sonda oral/nasal ☐ Alimentação enteral ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Prevenção da Aspiração Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Monitorar: nível consciência/ capac. deglutição/ reflexo tosse ☐ Encaminhar para fonoaudiólogo (terapia de deglutição) ☐ Aspirar vias aéreas ____/____h () Controle de vômito ☐ Elevar cabeça 30° () Pausar dieta no banho/transporte ☐ Monitorar posicionamento sonda e fixação ☐ Verificar resíduo gástrico antes refeições ou ____/____h		
() Risco de Infecção Fator Risco: ☐ Procedimento invasivo ☐ Imunossupressão ☐ Enfermidade crônica ☐ Alteração integridade da pele ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Ensinar: sinais, sintomas e prevenção da infecção ☐ Controle da nutrição () Controle hídrico ☐ Trocar equipamentos 96h () Manuseio asséptico ☐ Avaliar sinais flogísticos: acesso / dreno / lesões / incisões		
() Risco de Quedas Fator Risco: ☐ História queda ☐ ≥ 2 anos ☐ Recuperação pós-operatória ☐ Anemia ☐ Neoplasia ☐ Neuropatia ☐ Doença aguda ☐ Mobilidade prejudicada ☐ Polifarmácia ☐ Alteração cognitiva ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Conhecimento: Prevenção de Quedas Manter: ____ ↑ para: ____	☐ Identificar risco () Colocar pulseira (amarela) se auto risco ☐ Ensino: fatores de risco e prevenção de quedas ☐ Planejar c/ Fisioterapeuta promoção da mecânica corporal ☐ Assistência no autocuidado: () Banho () Locomoção ☐ Controle do ambiente: segurança () Elevar grades ☐ Medicamentos: adm sedativos SN / evitar diuréticos SN		

APÊNDICE F

INSTRUMENTO PROCESSO DE ENFERMAGEM (Versão Final Validada)

PROCESSO DE ENFERMAGEM - *Enfermaria Pediátrica*

Diagnósticos Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenção	Aprazamento	RA
() Proteção Ineficaz Caract. Def: ☐ Prejuízo neurossensorial ☐ Defic. na imunidade ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Distúrbios imunológicos ☐ Câncer ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Comportamento de Promoção da Saúde Manter: ____ ↑ para: ____	Ensino do paciente/acompanhante para: () Controle da nutrição e ingestão hídrica () Controle de infecção (práticas de higiene e saúde bucal) () Controle da quimioterapia (efeitos colaterais e tóxicos) () Precauções contra sangramento		
() Nutrição Desequilibrada: < que as necessidades corporais Caract. Def: ☐ Alteração no paladar ☐ Ingestão menor que PDR recomendada ☐ lesão bucal ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Ingestão insuficiente ☐ Incapacidade ingerir alimentos ☐ Outro: _____	☐ Estado Nutricional: Ingestão Alimentar ☐ Conhecimento: Dieta Prescrita Manter: ____ ↑ para: ____	() Ensino: dieta prescrita () Controle do peso / Pesar: ____ () Supervisionar/Aconselhar: () Lactação SM () Mamadeira () SNE/GTT: () Medir resíduo gástrico ____/____h () Lavar após uso () Elevar cabeceira () Monitorar sinais de hipoglicemia () HGT: ____/____h () Administrar analgésico/antiemético antes da refeição () Controle da quimioterapia (dieta leve, higiene bucal)		
() Risco de Glicemia Instável Fator Risco: ☐ Conhecimento insuficiente ☐ Alteração no estado mental ☐ Ingestão insuficiente ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos ☐ Nível glicose sangue ☐ Conhec. Controle DM Manter: ____ ↑ para: ____	() Insertivar ingestão hídrica () HGT: ____/____h () Ensino/Supervisão na aplicação de insulina e rodízio () Ensino dieta, cuidado p/ evitar lesões, envolvimento familiar () Adm glucagon/glicose/insulina/potássio, conforme prescrição		
() Volume de Líquidos Excessivo Caract. Def: ☐ Ingestão ↑ que eliminação ☐ Padrão resp alterado ☐ Edema ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Ingesta excessiva de liq. ☐ Mecanismo regulador comprometido	☐ Estado Respiratório ☐ Eliminação Urinária ☐ Equilíbrio Hídrico Manter: ____ ↑ para: ____	() Controlar Balanço Hídrico ____/____h () Administrar furosemida se BH+ ____ conforme prescrição () Monitorar estado hemodinâmico (FC, PA) () Monitorar o padrão respiratório () Elevar cabeceira () Promover integridade da pele () Monitorar edema periférico		
() Constipação Caract. Def: ☐ ausência evacuação > 3 dias ☐ Dor ☐ Abd distendido ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Fármacos ☐ Desidratação ☐ Mudança hábito ☐ Atividade ☐ Outro: _____	☐ Conhecimento: Dieta Prescrita ☐ Eliminação Intestinal ☐ Controle dos Sintomas Manter: ____ ↑ para: ____	() Ensino: dieta prescrita, ↑ fibra, ↑ ingestão hídrica () Identificar fatores que contribuem para constipação () Monitorar distensão abdominal / sons intestinais () Estimular deambulação / massagem em C / ↑ ingestão hídrica () Administrar enema / emoliente fecal conforme prescrição		
() Troca de Gases Prejudicada Caract. Def: ☐ Dispneia ☐ Irritabilidade ☐ Taquicardia ☐ Cianose ☐ Confusão ☐ Sonolência ☐ Bat. asa nariz ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Deseq. ventilação-perfusão ☐ Mudanças na membrana alveolocapilar	☐ Troca Gasosa ☐ Conservação de Energia ☐ Perfusão Tissular Manter: ____ ↑ para: ____	() Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico () Planejar com Fisioterapeuta a fisioterapia respiratória () Monitorar padrão respiratório, saturação O2 e perfusão () Conforto e repouso () Monitorar neurológico ECG: ____ () Aspirar VAS ____/____h () Precauções contra aspiração () Fornecer oxigenoterapia () Elevar cabeceira		
() Fadiga Caract. Def: ☐ Apatia ☐ Cansaço ☐ ↑ necessidade descanso ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Fisiológico ☐ Outro: _____	☐ Conservação Energia ☐ Estado de Conforto: Ambiente Manter: ____ ↑ para: ____	() Controle Nutricional: ↑ ingestão de alimentos energéticos () Monitorar e registrar padrão de sono, horas dormidas () Promover repouso no leito () Banho no leito () Limitar estímulos ambientais: luz, barulho, temperatura		
() Mobilidade Física Prejudicada Caract. Def: ☐ Desconforto ☐ ↓ Marcha ☐ ↓ amplitude movimentos ☐ Outro: _____ Fator Relac: ☐ Prejuízo neuromuscular ☐ Dor ☐ Restrição movimento ☐ Intolerância ☐ Outro: _____	☐ Mobilidade ☐ Nível de Dor Manter: ____ ↑ para: ____	() Assistência no autocuidado: banho no leito () Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico () Planejar c/ Fisioterapeuta promoção da mecânica corporal () Realizar supervisão da pele () Avaliar circulação periférica () Orientar para precauções circulatórias () Prevenção queda		
() Comunicação Verbal Prejudicada Caract. Def: ☐ Não consegue falar ☐ Outro: _____ ☐ Incapacidade expressão corporal/facial Fator Relac: ☐ Prej. SNC ☐ Barreira física ☐ Outro: _____	☐ Comunicação ☐ Adaptação à Deficiência Física Manter: ____ ↑ para: ____	() Proporcionar conforto () Redução da ansiedade () Escuta Ativa, atentar para mensagens não verbais () Utilizar o toque (contato tátil proposital) () Facilitar a comunicação com arteterapia () Encaminhar Fono		
() Risco de Resposta Alérgica Fator Risco: ☐ Alergia alimentar/ambiente ☐ Exposição a alérgeno (fármaco/sangue) ☐ Exp. substância química tóxica ☐ Outro: _____	☐ Controle de Riscos Manter: ____ ↑ para: ____	() Identificar alergias () Colocar pulseira (vermelha) () Administrar medicamento pré infusão (preparo) () Monitorar sinais e sintomas: angioedema / tosse / urticária / dispneia / vômito / choque (interromper infusão/comunicar)		
() Risco de Sangramento Fator Risco: ☐ Coagulopatia inerente ☐ Distúrbios gastrointestinais ☐ Trauma ☐ Função hepática ↓ ☐ Regime tratamento	☐ Controle de Riscos ☐ Conhec. Controle CA ☐ Recuperação cirúrgica: Pós-op imediato	() Monitorar sangramento vivo/oculto () Exames laboratoriais () Monitorar incisão cirúrgica (sangue, deiscência, evisceração) () Ensino: Dieta rica vitamina K () Precaução da constipação () Ensino: Prevenção de quedas () Uso de escova dental macia		

☐ Circuncisão ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Prevenção do choque: monitorar sinais e sintomas		
() Risco de Choque	☐ Controle de Riscos	() Controle do Balanço Hídrico ____/____h		
Fator Risco: ☐ Sepsis ☐ Infecção ☐ Hipotensão		() Posicionar trendelenburg () Ofertar O2 () Acesso calibroso		
☐ Hipovolemia ☐ Hipoxemia ☐ Hipoxia ☐ SIRS	Manter: ____↑para: ____	() Monitorar sinais e sintomas de choque		
() Risco de Aspiração	☐ Controle de Riscos	() Monitorar: nível consciência/ capac.deglutição/ reflexo tosse		
Fator Risco: ☐ Nível consciência ↓		() Encaminhar para fonoaudiólogo (terapia de deglutição)		
☐ Cirurgia/Trauma (facial/oral/pescoço)		() Aspirar vias aéreas ____/____h () Controle de vômito		
☐ Deglutição ↓ ☐ Resíduo gástrico ↑	☐ Prevenção da Aspiração	() Elevar cabeça 30° () Pausar dieta no banho/transporte		
☐ Presença de sonda oral/nasal		() Monitorar posicionamento sonda e fixação		
☐ Alimentação enteral ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Verificar resíduo gástrico antes refeições ou ____/____h		
() Risco de Infecção	☐ Controle de Riscos	() Ensinar: sinais, sintomas e prevenção da infecção		
Fator Risco: ☐ Procedimento invasivo		() Controle da nutrição () Controle hídrico		
☐ Imunossupressão ☐ Enfermidade crônica	Manter: ____↑para: ____	() Trocar equipamentos 96h () Manuseio asséptico		
☐ Alteração integridade da pele ☐ Outro: _____		() Avaliar sinais flogísticos: acesso / dreno / lesões / incisões		
() Risco de Quedas	☐ Controle de Riscos	() Identificar risco Escala Braden Q: ____ () Pulseira (amarela)		
Fator Risco: ☐ História queda ☐ >2 anos	☐ Conhecimento:	() Ensino: fatores de risco e prevenção de quedas		
☐ Recuperação pós-op ☐ Anemia ☐ Neoplasia	Prevenção de Quedas	() Medicamentos: adm sedativos SN / evitar diuréticos SN		
☐ Mob prejud ☐ Neuropatia ☐ Doença aguda		() Assistência no autocuidado: () Banho () Locomoção		
☐ Cognição ☐ Polifarmácia ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Controle do ambiente: segurança () Elevar grades		
() Risco de Úlcera por Pressão	☐ Controle de Riscos	() Nutrição rica em proteínas, vitaminas B, C, ferro, líquidos		
Fator Risco: ☐ Braden Q ≤16 ☐ Edema	☐ Integridade Tissular:	() Supervisionar estado da pele () Avaliar sinais flogísticos		
☐ Redução mobilidade ☐ Extremo peso	Pele e Mucosas	() Aplicar barreiras protetoras (creme/placas) () Hidratar pele		
☐ Pele úmida/quente/ressecada/sensível		() Realizar mudança decúbito 2/2h () Utilizar coxins		
☐ Nutrição inadequada ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Utilizar colchão especializado		
() Integridade da Pele Prejudicada	☐ Integridade Tissular:	() Nutrição rica em proteínas, vitaminas B, C, ferro, líquidos		
Caract. Def: ☐ Alteração na integridade	Pele e Mucosas	() Mucosite: Chá camomila / enxaguante / lidocaína antes refeições		
Fator Relac: ☐ Circulação prejudicada		() Flebite: compressa () Fria () Quente () Pomada Local: _____		
☐ Mecânico pressão/imobilidade/cirurgia	☐ Cicatrização de Feridas	() Assistência no autocuidado: banho () Hidratar a pele		
☐ Alteração sensibilidade ☐ Alteração cor	1ª Intenção / 2ª Intenção	() Realizar mudança decúbito 2/2h c/coxins, colchão especial		
☐ Alteração turgor ☐ Alteração edema		() Adm analgésico antes curativo () Avaliar sinais flogísticos		
☐ Nutrição inadequada ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Realizar curativo ____x dia Local: _____		
() Desobstrução Ineficaz Vias Aéreas	☐ Controle de Riscos	() Monitorar o estado respiratório e oxigenação		
Caract. Def: ☐ Padrão respiratório alterado	☐ Estado Respiratório:	() Verificar necessidade de aspiração das vias aéreas		
☐ Ausculta ↓ ☐ Ruídos adv ↑ ☐ Outro: ____	Permeabilidade das VAS	() Fornecer oxigenoterapia () Elevar cabeça 30°		
Fator Relac: ☐ Infecção ☐ Muco ↑		() Ensino e supervisão: administração inalatória de aerossóis		
☐ Prejuízo neuromuscular ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Planejar c/ Fisioterapeuta a fisioterapia respiratória		
() Hipertermia	☐ Termorregulação	() Orientar acompanhante a relatar imediatamente sinais de febre		
Caract. Def: ☐ Pele quente ao toque		() Monitoração neurológica () Curva térmica ____/____h		
☐ Taquipneia ☐ Taquicardia ☐ Hipotensão		() Controle hídrico () Estimular ingestão hídrica		
☐ Pele avermelhada ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Encaminhar para Banho () Diminuir vestimentas-cobertores		
Fator Relac: ☐ Sepsis ☐ Trauma ☐ Outro		() Aplicar compressa fria: axila / virilha / tórax / pescoço		
() Náusea	☐ Controle de Náuseas e	() Monitorar o consumo nutricional () Pesas: _____		
Caract. Def: ☐ Náusea ☐ Aversão à comida	Vômitos	() Avaliar: frequência/duração/intensidade/fatores precipitantes		
☐ Sensação/vontade vomitar ☐ Outro: ____	☐ Equilíbrio Eletrolítico e	() Ofertar gelo () Ofertar água gelada aos poucos		
Fator Relac: ☐ Irritação gastrointestinal	Ácido-base	() Precações contra aspiração		
☐ Regime de tratamento ☐ Outro: _____	Manter: ____↑para: ____	() Administrar antiemético 30 min antes da refeição		
() Dor Aguda	☐ Controle da Dor	() Controle da dor () Aplicar Escala EVA: ____ () Analgésico		
Caract. Def: ☐ Comportamento expressivo	☐ Nível de Dor	() Controle do ambiente: conforto / redução da ansiedade		
☐ Autorrelato ☐ Relato do acompanhante	☐ Estado de Conforto	() Promover repouso / posição de conforto		
☐ Mudança parâmetro fisiológico ☐ Outro		() Aplicar: () calor () frio Local: _____		
Fator Relac: ☐ Agente lesivo biológico	Manter: ____↑para: ____	() Administrar analgésico antes: curativo / banho / procedimento		
☐ Agente lesivo físico ☐ Agente químico		() Orientar a solicitar analgésico SOS antes que dor grave		
Outros Diagnósticos:	Outros RE:	Outras Intervenções:	Aprazamento	RA
Data / Assinatura / Carimbo do Enfermeiro:				

ANEXO I

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UMA ENFERMARIA DE PEDIATRIA (provisório)

Pesquisador: SUELEN REINIACK

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93380518.7.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM COFEN
FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.793.648

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico. Com o objetivo de construir e validar um instrumento que contemple os diagnósticos e prescrição de enfermagem prevalentes na enfermaria de pediatria em um hospital público no município do Rio de Janeiro.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem gerado debates em âmbito nacional. Apesar da evidência de alguns obstáculos institucionais, gerenciais, de recursos humanos e materiais para a sua implementação, sua utilização demonstra

melhora efetiva da qualidade da assistência prestada ao cliente. O PE vem sendo permeado por uma prática clínica de cuidados voltados para tarefas, priorizando os serviços e não as necessidades do sujeito do cuidado, resultando um trabalho automatizado e burocrático. Neste sentido, com a utilização da prescrição de

cuidados de enfermagem pode representar a mudança de cultura na instituição e rompimento com o modelo biomédico, sendo um desafio para a sua consolidação nas instituições. A partir das considerações elencadas acerca dos problemas de maior relevância, pode-se resumi-los, tais como: descumprimento de algumas das etapas do PE; inexistência de linguagem padronizada para os diagnósticos e intervenções de enfermagem e ausência de prescrição de enfermagem. Dada a complexidade desses problemas, se estabelece a padronização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem como objeto deste estudo. Desse modo, a questão norteadora é: como elaborar

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.793.648

instrumentos para padronização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em uma enfermaria de pediatria de um hospital público no município do Rio de Janeiro? Portanto, tendo em vista a necessidade de aprimorar e trabalhar a SAE de forma integral, realizando todas as etapas preconizadas pela Resolução COFEN 358/2009, objetivas e neste projeto: Validar um instrumento para a padronização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em uma enfermaria de pediatria de um hospital público no município do Rio de Janeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar um instrumento para a padronização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em uma enfermaria de pediatria de um hospital público no município do Rio de Janeiro.

Objetivo Secundário:

- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em pacientes hospitalizados na enfermaria de pediatria, de acordo com a taxonomia de NANDA.
- Construir um instrumento para padronização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em uma enfermaria de pediatria de um hospital público no município do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são considerados os mínimos uma vez que o participante não será identificado, garantindo assim o sigilo dos dados coletados. Porém o

mesmo poderá achar determinadas perguntas constrangedoras, porque as informações coletadas serão sobre suas experiências. O risco envolvido, embora não mencionado explicitamente pela pesquisadora na ficha de informações básicas do projeto, é o de quebra de anonimato, uma vez que os participantes (no caso enfermeiros) serão convidados a participar de rodas de conversas e discussões que serão registradas em áudio. A pesquisadora sugere, porém, que os benefícios suplantam os riscos.

Tais benefícios seriam, segundo a pesquisadora: "O estudo contribuirá para a busca de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, para o planejamento e envolvimento entre os profissionais que executam o Processo de Enfermagem. Contribuir com a realidade da enfermaria de pediatria, sendo imprescindível os diagnósticos de enfermagem. Respalda a profissão, melhorar a qualidade no cuidado humano individualizado, diminuição no tempo de internação e economia de recursos. Mudança cultural, redução de erros, proporcionando maior eficiência, autonomia e cientificidade à profissão. Aquisição de maior conhecimento ao pesquisador. Estabelecer uma linguagem padronizada entre os profissionais. Ofertar atendimento

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Página 02 de 04

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.793.648

planejado e individualizado ao paciente pediátrico. Organizar o setor, otimizar o tempo e a comunicação entre os profissionais de enfermagem. Realizar uma gestão em que haja promoção de capacitações. Construção de uma Tecnologia Educacional voltada para a SAE na pediatria."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante tanto acadêmica quanto socialmente e pode vir a ter impactos bastante positivos caso seus objetivos sejam atingidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada carta de anuência da instituição onde será feita a pesquisa, assinada e carimbada pelo diretor geral, pela coordenadora do centro de estudos, pela Coordenadora de Enfermagem, pela Chefia do serviço de pediatria e pela orientadora. A folha de rosto encontra-se devidamente assinada e datada pela coordenadora do PPGESTEH. O termo de compromisso está devidamente assinado, o TCLE e o cronograma estão adequados. Há uma planilha orçamentária com valores relativos aos primeiro e segundo ano da pesquisa. O projeto apresenta metodologia, objetivos e bibliografia de forma clara. As informações básicas do projeto foram preenchidas de forma satisfatória.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_955544.pdf	04/07/2018 13:00:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	04/07/2018 12:59:22	SUELEN REINIACK	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso.png	04/07/2018 12:58:01	SUELEN REINIACK	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia2.pdf	04/07/2018 12:57:37	SUELEN REINIACK	Aceito
Declaração de	carta_anuencia1.pdf	04/07/2018	SUELEN REINIACK	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.793.648

Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia1.pdf	12:57:26	SUELEN REINIACK	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	04/07/2018 12:56:49	SUELEN REINIACK	Aceito
Orçamento	Planilha_orcamento.doc	04/07/2018 12:56:37	SUELEN REINIACK	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_enfermeiros.doc	04/07/2018 12:55:49	SUELEN REINIACK	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	04/07/2018 12:55:23	SUELEN REINIACK	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Agosto de 2018

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com