

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

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS  
UTILIZANDO A TAXONOMIA II DA NANDA-I**

**POLLYANA AMORIM PONCE DE LEON**

João Pessoa-PB

2011

**POLLYANA AMORIM PONCE DE LEON**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS  
UTILIZANDO A TAXONOMIA II DA NANDA-I**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem vinculada à linha de pesquisa *Fundamentos Teóricos Filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem*, e ao Grupo de Pesquisa e Estudos em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), do Centro de Ciências da Saúde, da UFPB, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

João Pessoa-PB

2011

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

**POLLYANA AMORIM PONCE DE LEON**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS  
UTILIZANDO A TAXONOMIA II DA NANDA-I**

**Aprovado em: 15/03/2011**

**Banca Examinadora**

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Miriam Lima da Nóbrega/UFPB**  
Orientadora

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Francis Solange Vieira Tourinho/UFRN**  
Membro Efetivo

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Neusa Collet/UFPB**  
Membro Efetivo

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria da Graça Melo Fernandes/UFPB**  
Membro Suplente

João Pessoa / PB  
2011

P792d Ponce de Leon, Pollyana Amorim.

Diagnóstico de enfermagem em crianças hospitalizadas utilizando aTaxonomia II da Nanda-I/ Pollyana Amorim Ponce de Leon. - - João Pessoa: [s.n.], 2011.  
99f.

Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1.Enfermagem. 2.Diagnóstico de Enfermagem. 3.Cuidados de Enfermagem-Crianças.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Ricardo e Fátima, principalmente à minha mãe, pois sem a ajuda e apoio deles eu não teria concluído esta tarefa tão importante e sonhada da minha vida. Muito obrigada por serem os segundos pais de Davi, e, em alguns momentos, até os únicos!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter-me dado a satisfação de realizar mais um sonho e por me guiar em todos os momentos!

À Prof<sup>a</sup>. Miriam, pelo seu compromisso, ética, gentileza com as palavras e sabedoria, que me serviram de estímulo e de honra em tê-la como orientadora deste mestrado!

Ao meu esposo Beethoven, pela sua compreensão e por confiar que tudo daria certo no final.

Ao meu pequeno filho Davi, pela sua beleza, encanto e alegria de criança, que me serviram de descanso, para renovar as forças e continuar buscando novas conquistas!

Aos familiares, Dona Marlene, Georgeana, Tia Nicinha e Tatiana, que também me ajudaram, ficando com Davi em momentos necessários.

Aos participantes da pesquisa; crianças e familiares/responsáveis, obrigada por confiar na seriedade deste trabalho.

Às enfermeiras da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, especialmente à coordenadora Sandra, pela ajuda e hospitalidade em todos os momentos das coletas dos dados!

À Lorena, minha prima, que também ajudou neste trabalho, pois mesmo sem tempo atendeu aos meus pedidos.

A todos vocês, muito obrigada!

## MENSAGEM

### *Tudo Posso*

*Posso, tudo posso naquele que me fortalece  
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir  
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos  
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou para mim e ali estar*

*Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim  
Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor  
do que ficou, vou me lembrar  
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou  
Em meu lugar estar na espera de um novo que vai chegar  
Vou persistir, continuar a esperar e crer  
E mesmo quando a visão se turva e o coração só chora  
Mas na alma, há certeza da vitória*

*Eu vou sofrendo, mas seguindo enquanto tantos não entendem  
Vou contando minha história, profetizando  
Que eu posso, tudo posso... Em Jesus*

*Letra da Música de Celina Borges*

## RESUMO

LEON, Pollyana Amorim Ponce. **Diagnóstico de enfermagem em crianças hospitalizadas utilizando a Taxonomia II da NANDA-I**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

**Introdução:** O Diagnóstico de enfermagem faz parte de um sistema organizado, para implementar um modelo de assistência que preserve e revigore a qualidade de vida humana, principalmente da criança, devido a sua maior vulnerabilidade, e também tem a função de padronizar a linguagem para o cuidado da Enfermagem em crianças, favorecendo, assim, a atenção dada a uma determinada população. **Objetivo:** Identificar, aplicando a Taxonomia II da NANDA Internacional (NANDA-I), diagnósticos de enfermagem para crianças de 0 a 5 anos, hospitalizadas em uma Clínica Pediátrica de um hospital escola, e analisar que características definidoras ou fatores de risco apresentam relevância para os diagnósticos de enfermagem, mais frequente, na amostra de crianças de 0 a 5 anos, hospitalizadas em uma Clínica Pediátrica de um hospital escola. **Método:** Trata-se de um estudo de caso, com abordagem quantitativa para a análise dos dados. Fizeram parte da amostra 37 crianças hospitalizadas, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: estar na faixa etária de 0 a 5 anos e não ser reinternada. O instrumento utilizado intitulado de “Histórico de Enfermagem para Crianças de 0 a 5 anos”, foi construído baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. Os dados coletados passaram por um processo de julgamento das necessidades afetadas de cada criança, o que resultou em quadros individualizados, contendo os indicadores empíricos identificados e os diagnósticos de enfermagem, que foram feitos utilizando o processo de raciocínio clínico e a Taxonomia II da NANDA-I. **Resultados:** Os dados do estudo evidenciam que grande parte dos participantes da pesquisa era lactentes, procedentes do Município de João Pessoa. Com relação à escolaridade dos acompanhantes, a maioria possuía o nível fundamental incompleto. Com base nos diagnósticos obtidos a *Integridade da pele prejudicada* apresentou-se com o mais frequente, seguido por *Risco de infecção*, *Risco de desequilíbrio eletrolítico* e *Dor aguda*. **Considerações finais:** Utilizar diagnósticos de enfermagem baseados em um modelo teórico, seguindo uma terminologia torna a assistência de enfermagem com bases sólidas para uma continuidade da realização das etapas do Processo de enfermagem e identificar as características definidoras e fatores de risco exige do enfermeiro um conhecimento técnico-científico, o que resultará em um cuidado qualificado e humanizado à criança. Espera-se que esta pesquisa venha servir de estímulo para novos estudos e pesquisas nesta área, que necessita, a cada dia, de profissionais interessados, capacitados e com pensamento crítico para a execução de atividades complexas.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Criança

## ABSTRACT

LEON, Pollyana Amorim Ponce. **Nursing Diagnosis in hospitalized children using the Taxonomy II from NANDA-I.** 2011. 100 f. Dissertation (Master's in Nursing). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

**Introduction:** The Nursing Diagnosis is part of an organized system, to carry out a model of assistance to preserve and refresh the human quality of life, especially children, because of their higher vulnerability, and has also the function to set a standard when it comes to nurse care with children, this way, providing more attention to a given population. **Objective:** To identify, by applying the Taxonomy II from NANDA International (NANDA-I), nursing diagnoses for children from 0 to 5 years old, hospitalized in a Pediatric Clinic of a school hospital, and analyze which risk factors or defining characteristics that show relevance to the most frequent nursing diagnoses from the sample of children from 0 to 5 years old, hospitalized in a Pediatric Clinic of a school hospital. **Method:** It is a case study, with a quantitative approach to the data analysis. 37 hospitalized children were part of the sample which filled out the following inclusion criteria: to be in the age group from 0 to 5 years old and cannot be hospitalized for the second time. The instrument used was developed by Silva (2004), entitled "History of Nursing for Children from 0 to 5 years old", based on the Theory of Basic Human Needs by Horta. The data collected went through a judging process of the answers given by each child, which resulted in individual charts, with the affected needs, the empiric indicators identified and the nursing diagnoses, that were done by using the process of clinic reasoning by Gordon (1994) and the Taxonomy II from NANDA-I. **Results:** The data of the study show that a large part of the participants in the study were infants, from the City of Joao Pessoa. With respect to education level of companions, the majority had not completed basic. On the basis of the diagnoses obtained the damaged skin integrity presented the most frequent, followed by Risk of infection, Risk of electrolyte imbalance, and Acute pain. **Final considerations:** Using nursing diagnoses based on a theoretic model, following a terminology strengthens the nursing assistance for the continuity of the steps of the Nursing Process and identifying the defining characteristics and the risk factors demands from the nurse a practical and scientific knowledge, which will result in a qualified and humane care towards the child. It is expected that this research will arouse new studies in this field, which is in need, each day, of interested, capable and with critical thinking professionals, to execute the complex activities.

**Key-words:** Nursing diagnosis, child, Nursing.

## RESUMEN

LEON, Pollyana Amorim Ponce de. Diagnóstico de enfermería en niños hospitalizados aplicando la Taxonomía II de la NANDA – I. 2011. 100f. Disertación (Maestro de Grado en Enfermería). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa.

**Introducción:** El Diagnóstico de enfermería forma parte de un sistema organizado, para implementar un modelo de asistencia que preserve y revigore la calidad de vida humana, principalmente del niño, debido a su mayor vulnerabilidad, y también tiene la función de estandarizar el lenguaje para el cuidado de la Enfermería en niños, favoreciendo, así, la atención dada a una determinada población. **Objetivo:** Identificar, aplicando la Taxonomía II de la NANDA Internacional (NANDA-I), diagnósticos de enfermería, para niños de 0 a 5 años, hospitalizadas en una Clínica Pediátrica de un hospital-escuela, y analizar qué factores de riesgo o características definidoras que presentaban relevancia para los diagnósticos de enfermería más frecuentes en la muestra de niños, de 0 a 5 años, hospitalizadas en una Clínica Pediátrica de un hospital-escuela. **Método:** Se trata de un estudio de caso, con enfoque cuantitativa para el análisis de los datos. Formaron parte de la muestra 37 niños hospitalizados que llenaron los siguientes criterios de inclusión: estar en la franja etaria de 0 a 5 años y no ser hospitalizada otra vez. El instrumento utilizado fue construido por Silva (2004), intitulado de “Histórico de Enfermería para Niños de 0 a 5 años”, basado en la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas de Horta. Los datos recolectados pasaron por un proceso de juicio de las respuestas de cada niño, lo que resultó en cuadros individualizados conteniendo las necesidades afectadas, los indicadores empíricos identificados y los diagnósticos de enfermería, que fueron hechos utilizando el proceso de raciocinio clínico de Gordon (1994) y la Taxonomía II de la NANDA-I. **Resultados:** Los datos del estudio muestran que una gran parte de los participantes en el estudio eran bebés, desde la ciudad de Joao Pessoa. Con respecto al nivel de educación de compañeros, la mayoría no se había terminado la. Sobre la base de los diagnósticos obtenidos la Integridad de la piel dañada presenta la más frecuente, seguido por el Riesgo de infección y el Riesgo de desequilibrio electrolítico, y Dolor agudo. **Consideraciones finales:** Utilizar diagnósticos de enfermería basado en un modelo teórico, siguiendo una terminología hace la asistencia de enfermería con bases sólidas para una continuidad de la realización de las siguientes etapas del Proceso de Enfermería, lo que resultará en un cuidado calificado y humanizado al niño. Se espera que esta pesquisa venga a servir de un estímulo para nuevos estudios y pesquisas en esta área que necesita cada día de profesionales interesados, capacitados y con pensamiento crítico para la ejecución de actividades complejas.

**Palabras-clave:** Diagnóstico de enfermería, niño, Enfermería

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1</b>	Domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I.	36
-----------------	--	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01</b>	Distribuição percentual das crianças hospitalizadas, segundo os períodos etários de crescimento e de desenvolvimento. HULW/UFPB. João Pessoa, 2010.	49
<b>Figura 02</b>	Distribuição percentual das crianças hospitalizadas, segundo a procedência. HULW/UFPB. João Pessoa, 2010.	50
<b>Figura 03</b>	Distribuição percentual da escolaridade dos pais das crianças hospitalizadas. HULW/UFPB. João Pessoa, 2010.	51

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, identificados em crianças na faixa etária de 0 a 5 anos, internadas na Clínica Pediátrica do HULW-PB. João Pessoa, 2010.	52
-----------------	---	----

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
1.1	Objetivos	18
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	19
2.1	Cuidar em enfermagem	20
2.1.1	A criança hospitalizada e o processo do cuidar	25
2.2	Sistematização da assistência de enfermagem	27
2.2.1	Diagnóstico de enfermagem	32
2.2.1.1	Taxonomia II da NANDA-I	34
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	43
3.1	Tipo de Estudo	44
3.2	Local do Estudo	44
3.3	População e amostra	45
3.4	Instrumento de coleta de dados	45
3.5	Variáveis do estudo	45
3.6	Coleta de dados	46
3.7	Análise dos dados	46
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	48
4.1	Caracterização da amostra	49
4.2	Diagnósticos de enfermagem identificados em crianças de 0 a 5 anos	52
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	82
	<b>REFERÊNCIAS</b>	86
	<b>APÊNDICE</b>	95
	<b>APÊNDICE A</b> - Termo de consentimento livre e esclarecido	96
	<b>ANEXOS</b>	97
	<b>ANEXO A</b> - Instrumento de Coleta de Dados – Criança 0 – 5 Anos	98
	<b>ANEXO B</b> - Certidão do Comitê de Ética	100

# **1. INTRODUÇÃO**

A hospitalização é uma realidade na vida de grande parte da população infantil, pois, a cada ano, mais de um milhão de crianças são internadas por diversas causas. Com isso, não se pode ignorar o impacto que estas crianças e seus familiares sofrem com este processo, pois esta experiência, na infância, é considerada muito traumática, podendo desencadear a origem de diversos fatores como: angústia, ansiedade e medo, diante de uma situação desconhecida e ameaçadora, que poderá refletir em toda a sua vida adulta. (MITRE; GOMES, 2007).

Muitas vezes, no cuidado à criança hospitalizada, predomina o atendimento clínico, individual, curativo, com tecnologia sofisticada e altamente intervencionista. Essa assistência tem se mostrado insuficiente, porque falta a busca pela integralidade da criança, que atende às necessidades de diagnóstico e de terapêutica, consequentes da dor, do choro, da agressão, do mau humor, entre outros. Estes fatores, somados às atividades técnicas, centradas no anátomo fisiológico, focalizando na manutenção do crescimento, do desenvolvimento e na qualidade de vida, na recreação e na implementação do relacionamento mãe-filho. (FURTADO; LIMA, 1999).

A despeito disso, pesquisa realizada por Souza et al. (2008) verificou, que o momento da hospitalização pode representar não só um período em que crianças apresentam enfermidades que impõem limitações de diversas formas, mas também, uma ocasião, para sistematizar condutas que beneficiarão no desenvolvimento da criança, como: o aleitamento materno, as imunizações, a nutrição sadia, a prevenção de acidentes e de infecções, por meio de reuniões entre profissionais de saúde e as mães. Do mesmo modo, em estudo realizado no âmbito hospitalar por Martins e Paduan (2010) foram citados ganhos positivos como um período em que se encontra, neste local, um contexto mais favorável de cuidado, de atenção e de alimentação que o de sua casa.

Cuidar da criança no momento de sua hospitalização é complexo e requer sensibilidade, para estar aberto aos acontecimentos e às mudanças de uma unidade pediátrica, que envolvem as relações e inter-relações das famílias, equipes e crianças, levando em consideração suas particularidades do desenvolvimento e crescimento humano. A filosofia do cuidado à criança se une ao conhecimento obtido durante as vivências pessoais e profissionais. A criança deverá permanecer vinculada na unidade

familiar por meio da humanização do cuidado, do respeito a ela como ser individual, com suas características próprias. (DIAS, MOTTA, 2004).

Esses aspectos foram evidenciados durante a minha graduação, quando realizei um estágio teórico-prático, em um Hospital da cidade de João Pessoa, em que a coordenadora de Enfermagem buscava implementar o Processo de enfermagem. Neste período, os estudantes, estagiários e os enfermeiros do hospital, tiveram orientações, palestras, para desenvolver uma assistência de enfermagem sistematizada. De início, tive bastante dificuldade, pois além de ter pouco conhecimento sobre o assunto, percebi que a sua aplicabilidade requeria bastante leitura e vivência prática. Após o término do estágio tive uma grande preocupação, pois percebi que mesmo com uma significativa carga horária de estágio não me considerava preparada, profissionalmente, para executar o Processo de enfermagem com segurança em outro hospital.

Foi, então, que, quando iniciei minha vida profissional, percebi que mesmo com a Resolução COFEN 272/2002 que preconizava “[...] a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro” (COFEN, 2002, p. s/p), os Hospitais não tinham implementado o Processo de enfermagem, e muitos ainda não têm até a realização deste estudo.

Em um estudo realizado por Vasconcelos et al. (2011) foi avaliado o conhecimento dos enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem, demonstrando que os mesmos apontaram como vantagem deste sistema a possibilidade de uma avaliação holística do paciente, mas a principal desvantagem foi a falta de tempo para a sua realização. Conclui-se, no estudo, que os enfermeiros avaliados apresentaram conhecimento superficial sobre a SAE, sendo necessário aprender mais, para poder aplicá-la na prática, que a associação com teorias de enfermagem enriquece o conhecimento e abre horizontes aos enfermeiros, e finalmente, que era possível a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, desde que existisse a vontade e a disposição da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, em superar as dificuldades que existem.

Durante o meu exercício profissional percebi a falta de autonomia dos enfermeiros, pois estes ficavam, muitas vezes, dependentes das intervenções médicas

para a execução da própria assistência, necessitando de um embasamento teórico científico de suas ações. Parte deste período em que estive executando minhas ações de enfermagem, tive também a oportunidade de supervisionar alguns estágios práticos com alunos de graduação de uma faculdade privada, no Município de João Pessoa - PB. Durante as minhas atividades docentes percebi que faltava uma fundamentação científica para o que era ensinado, e saía do meu trabalho com a sensação de tarefa incompleta, sem autonomia.

A partir de então iniciei minha participação no Grupo de Estudos e Pesquisas em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), onde pude enriquecer meus conhecimentos na área da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Com isso, ingressei no mestrado na linha de Fundamentos Teóricos Filosóficos do Cuidar em Saúde e em Enfermagem da UFPB, com uma proposta de estabelecer diagnósticos de enfermagem para crianças de 0 a 5 anos, hospitalizadas em uma Clínica Pediátrica de um hospital escola, já que neste local de estudo é utilizado um histórico de enfermagem construído especificamente para esta clientela, em uma tentativa de implementação das demais fases do Processo de enfermagem.

A temática do Processo de enfermagem sempre me despertou interesse pelo cuidado sistematizado dispensado às crianças, mais precisamente na faixa etária de 0 a 5 anos. Tal interesse intensificou-se a partir do convívio como enfermeira assistencial, com crianças, nesta faixa etária. A partir disto busquei a pesquisa e a leitura sobre o assunto, aumentando o envolvimento, possibilitando descobrir a importância do cuidado de enfermagem. Assim, a escolha para a realização desta pesquisa em um hospital universitário se deu por ser um local que cuida da saúde, abrange vários tipos de doenças, promove o bem-estar e desenvolve atividades de ensino e de pesquisa para a formação dos saberes científicos, da prática do cuidar com ética, considerando o respeito e a dignidade do ser humano. Foi escolhido crianças de 0 a 5 anos, porque já existe um instrumento de coleta de dados específico já validado para esta faixa etária, na clínica estudada, desenvolvido tendo como fundamentação a Teoria das necessidades humanas básicas. Reconhece-se também, que o referido instrumento atende as exigências de uma avaliação clínica em enfermagem, tem uma estrutura de forma abrangente, que não direciona à especificidade de determinadas doenças, o que não

implica que dados específicos sobre determinadas doenças sejam investigados pela enfermeira no momento da coleta, exigindo do profissional habilidades, conhecimento técnico-científico e capacidade reflexiva. Diante do exposto, questiona-se: quais os diagnósticos de enfermagem que podem ser identificados em crianças de 0 a 5 anos no período de hospitalização? Quais os fatores de risco ou as características definidoras que apresentam relevância para os diagnósticos de enfermagem identificados com mais frequência em uma amostragem de crianças de 0 a 5 anos?

Acredita-se que os cuidados com crianças na faixa etária de 0 a 5 anos, a partir de diagnósticos de enfermagem específicos, prevenirá o surgimento de complicações futuras, tanto na adolescência, quanto na fase adulta, uma vez que a hospitalização de crianças interrompem os estágios iniciais de desenvolvimento de uma relação saudável mãe-filho, comprometendo, assim, sua ligação. Algumas situações de mudanças repetidas, técnicas, ruídos altos, impedindo a tranquilidade da criança, abandono, internações, separações bruscas, fazem com que a criança passe a reagir em lugar de agir. Com isso, deve-se enfatizar a importância de um sistema organizado, para implementar um modelo de assistência que preserve e revigore a qualidade de vida humana, principalmente da criança, devido a sua maior vulnerabilidade (SCHMITZ, 2005) e também padronize a linguagem para o cuidado da Enfermagem com crianças nesta faixa etária, favorecendo, assim, a atenção dada àquela população.

Vale lembrar que a SAE é um método aplicado à prática de enfermagem, isto é, trata-se de uma abordagem reflexiva de solução de problemas, que exige, na sua execução, habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, estando direcionada à satisfação das necessidades do cliente e da família (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006) e a sua utilização assegura uma prática assistencial adequada e individualizada.

É importante que toda a equipe seja estimulada a aperfeiçoar seus conhecimentos, para que a utilização da sistematização da assistência de enfermagem não seja apenas a realização de um grupo específico, mas um compromisso de toda a equipe. Destarte se faz necessário que o setor de educação continuada em enfermagem esteja disposto a investir na qualificação destes profissionais, quando se refere à implementação do Processo de enfermagem. (SILVA, 2004).

## **1.1 Objetivos:**

- Identificar diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA-I em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas em uma Clínica Pediátrica de um hospital escola;
- Analisar que características definidoras ou fatores de risco apresentam relevância para os diagnósticos de enfermagem, mais frequente, na amostra de crianças de 0 a 5 anos, hospitalizadas em uma Clínica Pediátrica de um hospital escola.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

## 2.1 Cuidar em enfermagem

O cuidado está incluído na humanidade desde o início da história do ser humano, acompanha a evolução dos tempos, convive com várias formas de sociedade e está inserido nas discussões dos diferentes contextos coletivos. Ao pensarmos sobre o cuidado questionamos sobre o que é o cuidado, quem cuida, por que cuidamos e o que temos de resposta é que o cuidado tem diversos significados que, por vezes, são complexos, e sem uma concepção definida. (SILVA et al., 2009).

Collière (1989) afirma que a definição de cuidado de enfermagem torna o termo limitado, parado, em que na verdade, é dinâmico, pois vários autores buscam a sua teoria de cuidado, fazendo com que cada teoria complemente à outra.

O cuidar do ser humano, como desenvolvimento do conhecimento, tem princípios essenciais que favorecerão o cuidado, e estimularão o crescimento, aprimorando o progresso do cuidador e de quem é cuidado. O autoconhecimento e o cuidado de si são princípios que estão relacionados com o ser, com as inter-relações do ser e das relações do ser com todos os ambientes ou espaços do cuidar. (SILVA et al., 2009).

Cuidar no sentido de zelar pelo bem estar ou pela saúde de alguém, tratar da saúde, significa várias ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado, ou seja, indica um processo de trabalho que ocorre, consciente e inconscientemente, por meio de um método que determina o modo de fazer e de pensar. (GARCIA; NÓBREGA, 2002).

Ao longo do tempo, o cuidado se constrói na relação entre pessoas, por meio de um processo dinâmico, entre elas as condições do meio em que se inserem, tendo como elementos básicos os saberes, as tecnologias, os projetos, as necessidades existentes a partir da história de vida de cada uma delas. (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONEL, 2007).

Na Enfermagem, ao longo de sua história, o cuidado vem passando pela influência de diversas correntes de pensamentos que oportunizam um movimento de reflexão sobre seus conceitos, alterando o seu modo de ser e de fazer a prática profissional. (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONEL, 2007). As referidas autoras apontam que a prática de enfermagem antes era direcionada pela racionalidade científica moderna, que era cartesiana, e se formou pelo modelo biomédico. Há algumas décadas

esta realidade vem sendo transformada, pois a Enfermagem, a cada dia, se esforça, para tornar a relação estabelecida com os pacientes, mais humanizada, auxiliada pelas teorias de enfermagem e pela produção científica, que caracteriza o corpo de conhecimentos da profissão, em que a construção de marcos conceituais e os modelos de cuidar em enfermagem, contribuem para transformações progressivas da profissão.

O cuidar envolve agir, uma atitude do enfermeiro integrado por duas formações: a pessoal e a profissional. As possíveis repercussões destes valores, com reflexos na prática dos enfermeiros, podem ser percebidas, no cotidiano, no relacionamento entre os clientes e os profissionais de enfermagem. Este relacionamento perpassa pela subjetividade do profissional que assiste, intervindo no cuidar e no agir humano. (HORTA, 1979).

Trabalhar com o cuidado não é uma atividade específica do enfermeiro, mas sim de todo e qualquer profissional da área de saúde. Porém o enfermeiro possui um maior contato com o cliente, convive mais com o sofrimento do outro, em que a partir disto deve se cuidar primeiro, para, em seguida, cuidar do outro. Assim, este profissional possui competência e educação em nível avançado, que o prepara para abordar o paciente de forma holística, e por meio da atenção a da totalidade das experiências das pessoas, oferece cuidados não apenas que controlam doenças, mas também cuida do indivíduo como um todo, conversando com os pacientes, permanecendo com eles, buscando o que é importante e obtendo uma compreensão do significado da doença em suas vidas. (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

É importante que o profissional de enfermagem busque em sua prática assistencial o repensar das práticas do cuidar, por meio da sensibilidade, da intuição e do amor, que foram valorizados na história recente da Enfermagem. Pois, unindo o pensar e o fazer, a teoria e a prática resultam em uma melhor qualidade de assistência no cuidado ao paciente/usuário. Com isso, por meio desta busca por uma metodologia de trabalho com bases empíricas sólidas, vem proporcionando aos profissionais de enfermagem uma maior aproximação das funções assistenciais, melhorando a forma para a aplicabilidade da assistência e resultando em uma melhor qualidade do cuidado. (NÓBREGA et al., 2008).

Segundo Leopardi (2006), é importante que os enfermeiros estudem e compreendam as correntes filosóficas que apoiam as teorias, para avaliar a probabilidade de utilizá-las no seu cotidiano do cuidar, pois as mesmas são de grande valor tanto para a assistência quanto para a técnica, a comunicação ou a interação, pois estes nortearão o contexto assistencial.

Para George (2000, p.12), o conceito de teoria significa “[...] conceitos inter-relacionados, proposições especificando relações entre as variáveis e finalidade declarada de explicar ou prever os fatos eventos”, ou seja, uma teoria indica um caminho, para ver os fatos e os eventos. As teorias de enfermagem têm como propósito estabelecer uma relação entre diferentes conceitos, para explicar e direcionar a assistência de Enfermagem prestada ao ser humano. (NÓBREGA; SILVA, 2007).

Durante anos, a Enfermagem se baseou em princípios, crenças, valores e normas tradicionalmente aceitas, porém com a sua evolução como Ciência revelou a necessidade de se pesquisar para se construir o saber. Assim, na década de 1950 os enfermeiros despertaram para a necessidade de desenvolver conhecimentos próprios e concluíram que isso só seria possível por meio da elaboração de teorias específicas. Com o avanço do conhecimento com embasamento teórico, beneficiou a descentralização do modelo biomédico do cuidado e melhorou o foco do cuidado da Enfermagem ao ser humano, e não apenas em sua enfermidade. A partir disto, a pessoa passou a ser o foco principal de cada teoria publicada e apresentada como um ser bio-psico-sócio-espiritual. Sendo assim, a particularidade e a totalidade devem ser preservadas para que o cuidado seja adequado e alcance seus objetivos. (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

O metaparadigma, segundo McEwen e Wills (2009, p. 66) “[...] é o componente mais abstrato e geral da hierarquia estrutural do conhecimento de enfermagem”. Um metaparadigma é a probabilidade global que identifica os fatos primários de interesse e explica como a Enfermagem lida com tais fenômenos de maneira específica. Com a função de resumir as ações intelectuais e sociais da disciplina, limitando o conteúdo da mesma, o metaparadigma da Enfermagem foi formalizado incluindo os quatro conceitos: indivíduo, saúde, ambiente e enfermagem, que serviram como estrutura organizadora para o desenvolvimento conceitual.

Ainda segundo as autoras citadas, o indivíduo é conceituado de diversas maneiras, pelas teorias de enfermagem, e a maioria dos modelos de enfermagem organiza os dados sobre o indivíduo como foco da atenção do enfermeiro, pois a saúde tem uma grande diversidade na abordagem da saúde e da qualidade de vida. O ambiente é pouco descrito nas teorias de enfermagem, tornando o conceito rígido, estático e natural, limitando a compreensão e impedindo o entendimento da perspectiva do indivíduo e do contexto imediato que inclui as estruturas sócio-político-econômicas e as ideologias que influenciam a realidade. Na Enfermagem, a sua prática facilita, apoia e auxilia os indivíduos, as famílias, as comunidades e as sociedades a encorajar, estabelecer e recuperar a saúde, e a reduzir e amenizar os efeitos das doenças.

A Teoria de Enfermagem deve ter logicidade para não haver contradições entre as definições dos conceitos, nas suas relações dentro da teoria e nas metas das teorias; deve ser parcimoniosa; pode ter bases para as hipóteses serem testadas ou para a teoria a ser expandida; contribui para o número de conhecimentos gerais da disciplina pela pesquisa colocada em prática para validá-las; é utilizada por profissionais para um melhor embasamento da prática; deve ser coerente com outras teorias validadas, leis e princípios. (GEORGE, 2000).

Os teóricos, trabalhando com os conceitos do metaparadigma, desenvolveram vários métodos para a classificação da teoria de enfermagem durante os últimos quarenta anos. Mesmo que os modelos conceituais não fossem pesquisados conforme os processos tradicionais, eles proporcionaram um guia, para a Enfermagem, na pesquisa e no ensino. (McEWEN; WILLS, 2009).

Os modelos teóricos têm contribuído muito na prática assistencial da Enfermagem, quando utilizados como referencial para a operacionalização do Processo de enfermagem. Isso faz com que proporcione caminhos, para organizar as informações e os dados dos pacientes, para analisar e interpretar, para cuidar e avaliar os resultados desse cuidado. Na Ciência da Enfermagem, que vem se desenvolvendo por meio de teorias próprias, a criação de um método científico, sistemático, por meio de pesquisas específicas e da sistematização de seu conhecimento e assistência prestada, os pacientes recebem cuidados qualificados em um mínimo de tempo e um

máximo de eficiência. (AMANTE; ROSETTO; SCHNEIDER, 2009, KLETEMBERG; MANTOVANI; LACERDA, 2004).

Acredita-se que a Enfermagem seja uma Ciência aplicada, saindo, hoje, da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando, e, a cada dia, tornando-se uma Ciência independente. Durante vários anos de vida profissional temos acumulado observações, aprendizados, estudado, refletido, ou seja, temos vivido a Enfermagem. Estes fatores estimularam a desenvolver uma teoria que pudesse explicar a natureza da Enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia científica. (AMANTE; ROSETTO; SCHNEIDER, 2009).

A partir desta construção de teorias na história da Enfermagem, Horta (1979) desenvolveu um modelo conceitual, em que a própria vivência na profissão fez com que ela buscasse um modelo, para poder explicar a natureza da Enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia científica. Ainda segundo a autora o enfermeiro deveria dar a assistência ao indivíduo, a família ou a comunidade no atendimento de suas necessidades básicas, mas utilizando uma metodologia científica própria, não apenas baseada na prática, no atendimento apenas da execução de ordens médicas ou de cuidados diários, sem buscar o desenvolvimento e sem atender, principalmente, às necessidades do paciente, da família ou da comunidade.

A proposta da teoria das Necessidades Humanas Básicas é de grande importância, para direcionar a prática de enfermagem, uma vez que objetiva assistir ao ser humano, no atendimento de suas necessidades humanas básicas; dar independência da assistência, com ensino do autocuidado; recuperar, manter e promover a saúde juntamente com os profissionais. (HORTA, 1979). Quando aplicamos essa teoria na Enfermagem pediátrica é necessário pensar no binômio criança/família, pois as crianças são dependentes do cuidado, necessitando do apoio de seus familiares, que devem ser incluídos no processo do cuidar. A partir do momento que a criança tem conhecimento sobre a doença e os cuidados, elas são capazes de enfrentar o problema por meio de estratégias eficazes. (COLLET; OLIVEIRA; VIERA, 2010).

Compreende-se que as necessidades identificadas por Horta (1979) estão intimamente relacionadas e diferem de uma faixa etária para outra, pela própria

fisiologia humana, relações sociais, crenças, entre outros. As necessidades psicobiológicas são essenciais para que se possa manter a vida, e, em crianças, estas se encontram em desenvolvimento, se afetadas, podem comprometer todo o crescimento e desenvolvimento da mesma. As necessidades psicossociais não são responsáveis apenas pelas relações sociais, pois, quando afetadas, podem comprometer tanto seu desenvolvimento físico, quanto mental. A necessidade psicoespiritual é intrínseca ao ser humano, mas com relação à criança, pouco se conhece, podendo estar relacionada por meio dos pais ou dos familiares, ou nas escolas.

### **2.1.1 A criança hospitalizada e o processo do cuidar**

O hospital é uma instituição para tratamento da saúde, que tem uma finalidade específica, e exige que os profissionais tenham conhecimento próprio, para atuar juntamente aos que necessitam de assistência no processo diagnóstico-terapêutico. (COLLET; OLIVEIRA; VIERA, 2010).

O ambiente hospitalar, para a criança, é demonstrado, em teorias, como um local de sofrimento físico e emocional, em que seu próprio corpo é um objeto manipulado invasivamente e dolorosamente, com pouca e, muitas vezes, nenhuma explicação da necessidade de execução do procedimento, pelos profissionais. Para a criança é um local hostil, desconhecido, e que assusta, onde pessoas não familiares impõem o cumprimento de regras e bom comportamento, trazendo como consequência de seu sofrimento a irritabilidade, o medo, a raiva, o desespero, a ansiedade, o estresse, a culpa, a depressão, entre outros. Dessa forma, os familiares da criança hospitalizada sofrem ao perceberem a dor de seu ente querido e ao terem suas rotinas modificadas. E, muitas vezes, a equipe de saúde nem sempre tem preparo emocional, para lidar com a dor do outro e com as pressões institucionais; acarretando em estresse. (FERRO; AMORIM, 2007).

Caetano et al. (2002) acreditam que existem aspectos positivos e negativos, no período da hospitalização, para a criança. Os positivos são os ganhos secundários para algumas crianças, que, neste período, encontram, no hospital, um contexto mais favorável de cuidado, atenção e alimentação do que o de sua casa. O aspecto negativo é

o de a criança estranhar o ambiente hospitalar, desenvolvendo comportamentos sociais, verbais e físicos aquém daqueles que já haviam sido desenvolvidos.

Segundo Baldini e Krebs (1999), dependendo do nível de desenvolvimento psicológico da criança, no momento da internação, do grau de apoio familiar, do tipo da doença, as atitudes do médico contribuirão para as reações da criança com relação à doença e a hospitalização. Crianças acima de três meses, que têm um afastamento total ou parcial durante a hospitalização, e não têm um apoio psicológico adequado, poderão ter um déficit no desenvolvimento cognitivo-sensório-emocional severo; e acima dos cinco meses de idade, irreversíveis. (COLLET; OLIVEIRA; VIERA, 2010). Quando a internação ocorre dos 4 meses aos 2 anos, a separação da mãe estimula protesto, aflição e desespero; dos 2 aos 5 anos as preocupações relacionadas ao afastamento da genitora ainda são muito importantes, aumentando o medo ao dano corporal, havendo uma maior sensibilidade à dor, feridas, sangue; aos procedimentos médicos e de enfermagem. Com isso, o pensamento mágico, de uma vida de fantasia, ou seja, a infantilidade; a informação e a preparação no momento da execução dos procedimentos, são de grande importância no momento da hospitalização da criança. (BALDINI; KREBS, 1999).

Caetano et al. (2002) recomendam que na atenção pré e perinatal os programas voltados à saúde da criança sejam intensificados. Também é destacada a atenção especial à saúde de crianças nascidas de baixo peso e com insuficiência respiratória aguda (IRA), e a necessidade de conscientizar a educação em saúde da população para que as mesmas reconheçam os sinais de gravidade e que os profissionais sejam capacitados para o encaminhamento adequado desse grupo de doenças. Uma boa cobertura e qualidade na atenção ambulatorial reduzirão a taxa de hospitalização e, conseqüentemente, dos efeitos insalubres sobre a criança e sua família. O desenvolvimento de pesquisas científicas para estes autores aprofunda a compreensão das características socioculturais envolvidas no processo saúde-doença das crianças menores de cinco anos, bem como do conhecimento dos fatores descritos.

O hospital é considerado uma experiência estressante, que exige a adaptação da criança às várias mudanças que acontecem no seu cotidiano, entretanto essa sensação pode ser diminuída com a presença de familiares, a disponibilidade afetiva dos

trabalhadores da saúde, a informação, as atividades recreacionais, entre outras condições. (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999).

Collet, Oliveira e Viera (2010) reconhecem que houve uma evolução da assistência à saúde da criança, passando de um internamento hospitalar para uma proposta de alojamento conjunto, ou seja, deixou de romper o vínculo afetivo para envolver a família na hospitalização, na promoção da saúde e na prevenção de doenças a seus filhos. Essas mudanças melhoraram a assistência ao cuidado, pois se acredita que a busca pela integralidade envolvendo vários aspectos da atenção à criança e sua família no hospital podem ampliar a perspectiva do cuidado. Portanto, torna-se um caráter político a reconstrução das práticas em saúde no contexto do cuidado à criança hospitalizada e sua família, com intuito integral e humanizadas.

Assim, no momento da execução de suas atividades, o enfermeiro deve realizar o cuidado de forma sistemática, tendo o Processo de enfermagem como um método de execução, que define e priorize as necessidades identificadas. Em pediatria, processo do cuidar de uma criança é considerado como algo complexo, que exige do profissional um conhecimento teórico que fundamente esse cuidar, visando às peculiaridades e a caracterização de cada faixa etária, visto que o crescimento e o desenvolvimento psicológico, social e intelectual são evolutivos e interdependentes. (SILVA, 2004). Para facilitar a execução do cuidar em enfermagem utiliza-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem, para fundamentar a tomada de decisões sobre o cuidado.

## **2.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um importante elemento articulador e mobilizador de processos para a melhora no contexto interdisciplinar da saúde, desde que ampliada e visualizada para além da organização da Enfermagem. Assim, os resultados buscam problematizar a prática assistencial por meio de movimentos dinâmicos de construção e de reconstrução de saberes, além de desenvolver uma proposta de mudança de modelo para a conquista de um "novo espaço" na área da Enfermagem e saúde. (BACKES et al., 2008).

Andrade (2007) afirma que, a assistência de enfermagem é baseada no conhecimento científico, e não somente em um cuidado generalizado, sem embasamento,

como no início da profissão, sendo, por isto, uma das causas responsáveis pela submissão da Enfermagem à medicina, uma vez que os seus cuidados eram subsidiados pelo pensamento médico. Assim, a Enfermagem, ao longo de sua história, está se libertando deste mito e indo além, preocupando-se em sistematizar a sua assistência, permitindo diagnosticar as necessidades do paciente, planejar e implementar as intervenções adequadas a essas necessidades identificadas, norteadas pela tomada de decisões, nas diversas situações em que o profissional de enfermagem vivencia enquanto gerenciador da equipe.

Segundo Sperandio e Évora (2002), a elaboração da sistematização da assistência é um dos principais meios que o enfermeiro dispõe para a aplicabilidade de conhecimentos técnico-científicos e humanos, na assistência ao paciente, e caracteriza sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. Para Pina, Mello, Lunardelo (2006), a Sistematização da Assistência de Enfermagem contribui para a organização dos serviços de saúde, para o planejamento de ações e para o estabelecimento de prioridades, refletindo na qualidade da atenção a saúde da população.

Na Sistematização da Assistência de Enfermagem, está incluído o Processo de enfermagem que é um instrumento profissional do enfermeiro que norteia sua prática e proporciona autonomia profissional, realizando a proposta de promover, manter ou restaurar o estado de saúde do cliente, como também registrar a prática profissional, buscando a avaliação da qualidade da assistência prestada. (RALPH; TAYLOR, 2007). É uma sistemática e dinâmica maneira de estabelecer o cuidado, que coloca os enfermeiros em constante análise do que estão fazendo e estudando para como fazer o melhor. (AMANTE; ROSETTO; SCHNEIDER, 2009).

A utilização do Processo de enfermagem resulta em vários benefícios, tais como a redução de incidências e a duração de hospitalizações, devido o diagnóstico rápido e ao tratamento das doenças; a criação do plano de custo-eficiência, através da prevenção de erros e das repetições; elaboração de um cuidado focalizado no indivíduo, em vez da doença sozinha. (AMANTE; ROSETTO; SCHNEIDER, 2009).

O Processo de enfermagem, devido aos vários referenciais teóricos que foram sendo desenvolvidos, foi adquirindo características específicas de acordo com a teoria

seguida. Conforme alguns autores como King, Alfaro-Lefevre, cinco fases são desenvolvidas, tais como: Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação da Assistência (NÓBREGA; SILVA, 2007). Para Horta (1979), o Processo de enfermagem se subdivide em seis etapas ou passos, que se inter-relacionam e são dinâmicas, caracterizadas por histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

De acordo com a Resolução COFEN 272/2002, a SAE era considerada uma atividade exclusiva do Enfermeiro, para busca da identificação das situações saúde/doença dos indivíduos, em que se utilizavam métodos científicos e estratégias que dariam suporte às ações de Enfermagem, contribuindo para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação do corpo (COFEN, 2002). Na institucionalização, a SAE atua como prática de um processo de trabalho apropriado às necessidades da comunidade, e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde, pelo enfermeiro.

Esta resolução foi revogada em outubro de 2009, com a publicação, pelo COFEN, da Resolução 358/2009, que: “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”, onde consta que “[...] a *Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de enfermagem*” e que “[...] o Processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”; percebe-se que ainda existe uma resistência para a implementação da SAE no âmbito hospitalar (COFEN, 2009, p. 1).

O Processo de enfermagem tem como conceito um conjunto de atividades que se exerce por meio de um determinado modo de fazer, de pensar, mediante às necessidades das pessoas, da família ou da coletividade humana, em um dado momento do processo de saúde e da doença, que exige o cuidado profissional de enfermagem. (GARCIA, 2010).

O Processo de enfermagem é considerado por HORTA (1979), uma dinâmica de ações sistemáticas e que se relacionam, em busca de uma assistência ao ser humano. Por meio desta inter-relação impede-se uma coleta inadequada de dados que levem a uma determinação errônea de diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, um planejamento de ação inapropriado. Com o uso do Processo de enfermagem, muitos benefícios são apresentados tais como: reduz o número de internações hospitalares à medida que se diagnostica e trata dos problemas de saúde; diminui os custos; ocorre uma maior interação entre a equipe; previne erros e repetições desnecessárias, e planeja cuidados não só para a doença, mas para o indivíduo como um todo. (AMANTE; ROSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Conforme o Artigo 1º da Resolução 358/2009, o Processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Esses ambientes referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros. Quando realizado exclusivamente em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de enfermagem. (COFEN, 2009).

Nesta mesma resolução em seu Artigo 2º, o Processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: A Coleta de dados de enfermagem, ou Histórico de enfermagem, é considerada como um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e de técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença (COFEN, 2009). Para Horta (1979), o histórico de enfermagem é um roteiro sistematizado, para levantar dados importantes do ser humano para a identificação de seus problemas. Nele deve-se ter como característica a concisão, para não haver repetições; as informações para um cuidado imediato; a individualização, para permitir o objetivo; e não deve haver dualidade de informações.

A etapa de Diagnóstico de enfermagem é entendida como um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem, que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou das intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. (COFEN, 2009). Para Horta (1979), o Diagnóstico de enfermagem identifica as necessidades que o ser humano, e a enfermeira determina, neste momento, o grau de dependência deste atendimento em sua natureza e extensão.

O Planejamento de enfermagem determina os resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas frente às respostas da pessoa, família ou coletividade humana, em um determinado momento do processo saúde e doença, que são identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem. Esta etapa envolve um estabelecimento de preferências entre os diagnósticos de enfermagem e dos resultados esperados, a determinação de ações ou intervenções de enfermagem, e a documentação do plano de assistência de enfermagem. (COFEN, 2009). Para Horta (1979), esta etapa é conceituada como Plano assistencial e resulta da análise do diagnóstico de enfermagem, em que se examinam os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência.

A etapa da Implementação é a realização das ações ou das intervenções determinadas na etapa de Planejamento de enfermagem (COFEN, 2009). Horta (1979) define esta etapa como um plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, em que, por meio de um roteiro, se coordena a execução de atividades da equipe de enfermagem no cuidado adequado das necessidades básicas e específicas do ser humano.

A etapa de Avaliação de enfermagem é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou as intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou de adaptações nas etapas do Processo de enfermagem. (COFEN, 2009).

A execução do Processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; os diagnósticos de enfermagem, acerca das respostas das pessoas, da família ou da coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; as ações ou as intervenções de enfermagens realizadas face aos diagnósticos já identificados, e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. (COFEN, 2009).

### **2.2.1 Diagnóstico de Enfermagem**

O Diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, a problemas de saúde. Ele constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem em busca dos resultados de enfermagem, atividades estas que são do enfermeiro. Os diagnósticos de enfermagem precisos e válidos direcionam a seleção de intervenções capazes de produzir os efeitos que se desejam do tratamento, e determinam os resultados de enfermagem. São fundamentais para o futuro da assistência de enfermagem, fornecida com profissionalismo, e baseada em evidências, para o atendimento mais eficiente, às necessidades dos pacientes e o oferecimento de garantias de segurança. (NANDA, 2010).

Segundo Leopardi (2006), o diagnóstico permite direcionar observações, registrar a direção da ação, identificar as necessidades, os problemas, as apreensões ou as respostas humanas, após a análise dos dados coletados, para buscar as conclusões importantes para os cuidados. Os enfermeiros, por meio dos diagnósticos de enfermagem, descrevem os problemas de saúde do momento ou potenciais, em que se pode tratar com meios terapêuticos específicos. O Diagnóstico de enfermagem facilita o cuidado individualizado; promove a capacidade profissional e a autonomia, pela definição e descrição da área da prática de enfermagem; providencia um meio de comunicação efetivo entre profissionais enfermeiros e outros da área, e facilita a continuidade de cuidados.

O Diagnóstico de enfermagem é um elemento fundamental, pois sua precisão e relevância de todo o plano dependem de um identificador com facilidade de

entendimento, e com a forma específica dos problemas e de suas causas. Um diagnóstico errado pode levar a todos os outros em uma direção equivocada, resultando em ineficientes ou até perigosos cuidados. A criação de um plano que promova saúde e previna doenças, também é de grande importância, pois dependerá da capacidade do enfermeiro de reconhecer os fatores de risco. E os recursos e pontos fortes que o profissional identifica, constituem a chave para a redução de custos e de valorização da eficiência. (ALFARO-LEVEVRE, 2005).

Para a identificação de Diagnóstico de enfermagem se faz necessário um processo intelectual complexo, onde se utilizam as habilidades cognitivas, experiência e conhecimento científico, para que o enfermeiro possa decidir e interpretar os dados objetivos e subjetivos do paciente. (NÓBREGA; SILVA, 2007). Quando usado corretamente, torna-se um facilitador das ações de enfermagem, pois indica quais as intervenções que vêm ao encontro das necessidades dos pacientes, utilizando-se da avaliação crítica e tomada de decisão. (FOSCHIERA; VIERA, 2004). Lima e Kurcgant (2006) ressaltam sobre a importância da sensibilização dos enfermeiros assistenciais para a implementação dos diagnósticos; enfatizam a sua importância para o desenvolvimento do raciocínio clínico do enfermeiro e para a qualidade da assistência de enfermagem.

Para que os profissionais trabalhem de forma decidida, e fazendo observações com discernimento, a literatura vem apresentando várias estratégias. Para Alfaro-Lefreve (2005), a prática de enfermagem exige a necessidade do pensamento crítico hábil de alto nível dentro do Processo de enfermagem. Com o pensamento crítico, a tomada de decisão clínica é promovida, auxiliando na identificação das necessidades do paciente e aponta as melhores ações de enfermagem que auxiliarão o paciente a atender essas necessidades. O pensamento crítico é um exercício consciente em busca de um objetivo e é intencional, sistemático, organizado, racional, reflexivo, de avaliação ativa e de aperfeiçoamento do processo de pensamento.

Na aplicabilidade do pensamento crítico dos enfermeiros foram identificadas doze estratégias para serem utilizadas independentemente de sua área de prática clínica. Estas estratégias reconhecem um padrão, determinando prioridades, buscando informações, gerando hipóteses, fazendo previsões, formando relações, apresentando uma proposição - se, então - afirmando uma regra prática, realizando escolhas, julgando

valor, fazendo conclusões e proporcionando explicações. O enfermeiro, com habilidade de pensamento crítico, toma decisões em todas as etapas do Processo de enfermagem, requerendo tempo e prática para a execução (SMELTZER; BARE, 2002).

Para Lunney (2004), o pensamento crítico em enfermagem é um fator de grande importância da responsabilidade profissional e da qualidade da assistência de enfermagem. Os pensadores críticos, em enfermagem, apresentam os hábitos mentais de perspectiva contextual; confiança, flexibilidade, criatividade, integridade intelectual, compreensão, intuição, perseverança e reflexão. Todos por meio de habilidades cognitivas de análise, de aplicação de padrões, de discernimento, de busca de informações, de raciocínio lógico, de previsão e de transformação de conhecimento.

O processo Diagnóstico de enfermagem envolve uma influência de processos interpessoais, técnicos e intelectuais. Os processos interpessoais referem na comunicação real com os pacientes e outros profissionais de saúde para a coleta, análise de dados e tomada de decisões. Os processos técnicos utilizam o uso de ferramentas e de habilidades específicas, como buscar dados da história de saúde do paciente; avaliar o indivíduo; a família e a comunidade; e realizar exames físicos. Os processos intelectuais inserem o desenvolvimento da inteligência, e a habilidade do pensamento crítico para a coleta e a análise de dados, e para a tomada de decisões. (LUNNEY, 2004).

### **2.2.1.1 Taxonomia II da NANDA-I**

As terminologias de enfermagem têm dado aos enfermeiros a possibilidade de documentar, de forma sistemática, o cuidado prestado ao cliente, utilizando os elementos da prática, em que unindo termos resulta na uniformização da linguagem. No Brasil, a utilização das terminologias tem proporcionado avanços na profissão, e, com isso, há a necessidade dos enfermeiros interagirem neste processo. Essa linguagem específica da profissão proporciona uma comunicação clara, correta, objetiva e que seja de fácil entendimento para todos os que compõem a equipe de enfermagem, melhorando a qualidade dos registros das informações, e permitindo, ao profissional, a capacidade de reflexão crítica, direcionando para uma prática mais científica e menos intuitiva. (NORAT et al., 2009, NÓBREGA et al., 2008).

A padronização da linguagem oferecida pelas classificações é um importante instrumento para a assistência, pesquisa e ensino na Enfermagem. A partir do uso de classificações, vários benefícios são estabelecidos, como: a possibilidade de organização e resgate dos dados documentados; a probabilidade de recuperar sistematicamente os dados clínicos da prática de enfermagem que permitirá colocar sob observação os elementos essenciais do processo de enfermagem; poderá descrever a prática de enfermagem com populações ou grupos específicos, em áreas e épocas diferentes e comparar os aspectos essenciais da prática de enfermagem; proporciona qualidade e individualização do cuidado de enfermagem; permite integrar e acompanhar o paciente pela equipe de enfermagem e favorece o ensino sobre o processo de tomada de decisões clínicas. (FONTES, 2006).

A NANDA-I é uma classificação diagnóstica que evoluiu com o passar dos tempos de lista alfabética para um sistema taxionômico, que permanece em constante desenvolvimento. Atualmente, enfermeiros pesquisadores de todo o mundo têm direcionado esforços para melhorar esta linguagem, através da criação, dependência e validação de diagnósticos aplicáveis na prática clínica. As últimas versões da NANDA-I consideram diagnósticos de enfermagem que foram desenvolvidos a partir de pesquisas relacionadas com a prática clínica de enfermeiros brasileiros, o que faz com que estejamos representados nesta classificação, assim como enfermeiros de diversos países (MELO; CARVALHO; HAAS, 2008).

A NANDA-I, durante sua história, vem contribuindo, significativamente, para o desenvolvimento e o refinamento dos diagnósticos de enfermagem. Essa associação internacional tem desenvolvido um sistema conceitual, para classificar os diagnósticos em uma taxonomia. A Classificação da NANDA-I iniciou-se em 1973 e cada vez mais vem sendo implementada em serviços e no ensino de enfermagem. Em vários países, a sua utilização na enfermagem é recente, como no Brasil, só no começo dos anos 90 que começou a ser utilizada (FONTES, 2006). Em 1989, foi publicada a Taxonomia I, em 2000, durante a décima quarta conferência da NANDA, foi apresentada a nova estrutura taxonômica aos participantes, e em 2001, foi divulgada a Taxonomia II. Conforme a NANDA-I, o cuidado de saúde, no mundo, onde os sistemas de saúde estão inseridos, deve ultrapassar fronteiras, limites de espaço, tempo e tecnologia; ela mostra a importância da classificação por razões de padronizar a nomenclatura dos diagnósticos

de enfermagem; expande o conhecimento de enfermagem por meio da vinculação entre os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; determina a relação custo-eficácia, eficiência e qualidade do cuidado em enfermagem. (BRAGA; CRUZ, 2003).

A Taxonomia II da NANDA-I é um sistema multiaxial que melhora a flexibilidade da nomenclatura e permite facilmente os acréscimos e modificações. Possui três níveis, que se caracterizam por: 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos de enfermagem. O domínio é uma parte de atividade, estudo ou interesse. A classe é uma “[...] subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau” (quadro 1) e o Diagnóstico de enfermagem é um:

“Julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde /processos vitais reais ou potenciais. O Diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem ao alcance dos resultados dos quais o enfermeiro é responsável”. (NANDA-I, 2010, p.389).

Classes	1	2	3	4	5	6
<b>Domínios</b>						
<b>1.Promoção da saúde</b>	Percepção da saúde	Controle da saúde				
<b>2.Nutrição</b>	Ingestão	Digestão	Absorção	Metabolismo	Hidratação	
<b>3.Eliminação e troca</b>	Função urinária	Função gastrointestinal	Função integumentar	Função respiratória		
<b>4.Atividade/repouso</b>	Sono/ repouso	Atividade/ exercício	Equilíbrio de energia	Respostas cardiovasculares / pulmonares	Autocuidado	
<b>5.Percepção/ cognição</b>	Atenção	Orientação	Sensação/ percepção	Cognição	Comunicação	
<b>6.Autopercepção</b>	Autoconceito	Autoestima	Imagem corporal			
<b>7.Papéis relacionamentos</b>	Papéis do cuidador	Relações familiares	Desempenho de papéis			
<b>8.Sexualidade</b>	Identidade sexual	Função sexual	Reprodução			
<b>9.Enfrentamento/ tolerância</b>	Reações pós-trauma	Reações de enfrentamento	Estresse neurocomportamental			
<b>10. Princípios da vida</b>	Valores	Crenças	Coerência entre valores/ crenças/ atos			
<b>11. Segurança/ proteção</b>	Infecção	Lesão física	Violência	Riscos ambientais	Processos defensivos	Termorregulação
<b>12. Conforto</b>	Conforto físico	Conforto ambiental	Conforto social			
<b>13. Crescimento e desenvolvimento</b>	Crescimento	Desenvolvimento				

**Quadro 1** – Domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I

Fonte: NANDA, 2010

O domínio **Promoção da saúde** é definido como a percepção de bem-estar ou normalidade de funcionamento e estratégias usadas para controlar o bem-estar e a normalidade do funcionamento a fim de melhorá-los. Este domínio se subdivide em duas classes: *Percepção da saúde*, que reconhece o funcionamento normal e o bem-estar, não tendo ainda nenhum diagnóstico aprovado; e *Controle da Saúde*, que identifica, controla, desempenha e integra atividades para manter a saúde e o bem-estar, com oito diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, 2010).

O domínio **Nutrição** descreve a atividade de ingerir, assimilar e usar nutrientes, com a finalidade de manter e de reparar tecidos e produzir energia. Cinco classes são representadas neste domínio: a *Ingestão*, onde se leva o alimento e os nutrientes para dentro do organismo, com cinco diagnósticos aprovados; a *Digestão*, em que as atividades físicas e químicas transformam os alimentos em substâncias adequadas à absorção e assimilação, mas sem diagnósticos aprovados; a *Absorção*, que significa o ato de absorver os nutrientes pelos tecidos do organismo, também não tendo, ainda, nenhum diagnóstico aprovado; o *Metabolismo*, que descreve os processos químicos e físicos que acontecem nos organismos vivos e nas células, a produção de resíduos e de energia, com a liberação de energia para todos os processos vitais, contendo três diagnósticos aprovados; e a *Hidratação*, que fala sobre a ingestão e a absorção de líquidos e eletrólitos, com seis diagnósticos aprovados. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Eliminação e troca** é definido como a secreção e a excreção de resíduos do organismo. Subdivide-se em quatro classes, representadas pela *Função urinária*, que é o processo de secreção, reabsorção e excreção de urina, com nove diagnósticos aprovados; a *Função gastrintestinal* descreve o processo de absorção e secreção dos subprodutos da digestão, com sete diagnósticos aprovados; a *Função Tegumentar* é definida como o processo de secreção e excreção pela pele, sem diagnóstico aprovado; e a *Função Respiratória*, que determina o processo de troca de gases e a retirada dos subprodutos do metabolismo, com três diagnósticos aprovados. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Atividade/repouso** estabelece a produção, a preservação contra a perda, o gasto, ou o equilíbrio de recursos energéticos. Este domínio é subdividido por

cinco classes: o *Sono/repouso*, que se descreve como sendo o cochilo, repouso, sossego, relaxamento ou inatividade, possuindo quatro diagnósticos de enfermagem; a *Atividade/Exercício* significa o movimento das partes do corpo (mobilidade), realização das tarefas ou desempenho de ações normalmente (às vezes nem sempre) contra certa resistência, contendo nove diagnósticos de enfermagem; o *Equilíbrio de energia* que se conceitua como sendo um estado dinâmico de harmonia entre absorção e gasto de recursos, com dois diagnósticos de enfermagem; as *Respostas cardiovasculares/pulmonares* que são os mecanismos cardiovasculares que apoiam atividade/repouso, com treze diagnósticos de enfermagem e o *Autocuidado*, descrito como sendo capacidade de desempenhar atividades, para cuidar de si mesmo e das funções corporais, contendo cinco diagnósticos aprovados. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Percepção/cognição** conceitua-se como um sistema de processamento de informações, que inclui atenção, orientação, sensações, percepção, cognição e comunicação. Fragmenta-se em cinco classes, em que a *Atenção* é a disposição mental, para perceber ou observar, contém apenas um diagnóstico de enfermagem; a *Orientação* indica a percepção de tempo, local e pessoa, com dois diagnósticos estabelecidos; a *Sensação/percepção* é conceituada como o recebimento de informação pelos sentidos do tato, paladar, olfato, visão, audição e cinestesia, e entendimento destes sentidos, tendo como resultado a atribuição de nomes, associação e/ou reconhecimento de padrão, contendo esta classe apenas um diagnóstico de enfermagem; a *Cognição* é o uso da memória, aprendizagem, raciocínio, resolução de problemas, abstração, julgamento, *insight*, capacidade intelectual, cálculos e linguagem, tendo oito diagnósticos de enfermagem; e a *Comunicação* significa o envio e recebimento de informações verbais e não verbais, possuindo dois diagnósticos aprovados. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Autopercepção** é a percepção de si mesmo. Subdivide-se em três classes, o *Autoconceito*, que é a percepção total do eu, tendo oito diagnósticos de enfermagem; a *Autoestima*, que busca o próprio valor, capacidade, importância e sucesso, possuindo três diagnósticos aprovados; e a *Imagem corporal*, que refere à imagem mental do próprio corpo e contém apenas um diagnóstico aprovado. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Papéis e relacionamentos** é conceituado como sendo as conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas, e ou meios em que essas ligações são comprovadas. Este domínio é subdividido em três classes, o *Papel do cuidador*, que são padrões de comportamento socialmente esperados por pessoas que oferecem cuidados, mas que não são profissionais do atendimento de saúde, com cinco diagnósticos de enfermagem, as *Relações familiares*, que são combinações de pessoas biologicamente com relações umas com as outras, ou relacionadas por opção, e possui três diagnósticos de enfermagem; e o *Desempenho de papel*, que denota a qualidade de funcionamento em padrões de comportamento socialmente esperados, com sete diagnósticos aprovados. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Sexualidade** indica a identidade sexual, função sexual e reprodução. Possui três classes, a *Identidade sexual*, que significa o estado de ser uma pessoa específica em relação à sexualidade e/ou ao gênero, não possuindo nenhum diagnóstico aprovado; a *Função sexual*, que se descreve como a capacidade ou a habilidade de participar de atividades sexuais, com dois diagnósticos aprovados; e a *Reprodução*, que é qualquer processo que produz os seres humanos, com dois diagnósticos de enfermagem. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Enfrentamento/tolerância ao estresse** luta contra eventos/processos da vida. Três classes são presentes neste domínio como *Reações pós-trauma*, que ocorrem após trauma físico ou psicológico, com cinco diagnósticos; *Reações de enfrentamento*, definido como um processo de controlar o estresse ambiental, com vinte e um diagnósticos; e *Estresse neurocomportamental*, que são as respostas comportamentais que se refletem na função nervosa e cerebral, contendo seis diagnósticos de enfermagem. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Princípios da vida** está por baixo da conduta, do pensamento e do comportamento, em relação a atos, costumes ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco. Este domínio está dividido em três classes que são os *Valores*, conceituando-se como a identificação e a classificação de modos exclusivos de conduta ou estados finais; as *Crenças*, que são as opiniões, as expectativas e o julgamento sobre atos, costumes, ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco, com dois diagnósticos de enfermagem; e a *Coerência entre*

*valores/crenças/atos*, definido como sendo a correspondência ou o equilíbrio atingido entre valores, crenças e atos, contendo nove diagnósticos de enfermagem. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Segurança/proteção** é conceituado por estar livre de perigo, lesão física, ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança a da ausência de perigos. Divide-se em seis classes, sendo elas: *Infeção*, entendido como as reações do hospedeiro após a invasão de patógenos, com dois diagnósticos de enfermagem; a *Lesão física* é o dano ou ferimento ao organismo, com dezesseis diagnósticos aprovados; a *Violência* indica o alcance de força ou poder excessivo causando lesão ou abuso, contendo cinco diagnósticos de enfermagem; os *Riscos ambientais* são fontes de perigo na área onde se vive, com três diagnósticos; os *Processos defensivos*, onde o *self* protege-se contra o não *self*, tendo três diagnósticos aprovados; e a *Termorregulação*, que é um processo fisiológico de regulação de calor e energia no corpo para protegê-lo, com quatro diagnósticos aprovados. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Conforto** é definido como uma sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social. Subdivide-se em três classes, onde o *Conforto físico* significa a sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre da dor, com cinco diagnósticos de enfermagem; o *Conforto ambiental*, que é a sensação de bem-estar ou tranquilidade no/com o próprio ambiente, tendo dois diagnósticos aprovados; e *Conforto social*, que é a sensação de bem-estar ou tranquilidade com situação social, com dois diagnósticos aprovados. (NANDA-I, 2010).

O domínio **Crescimento/desenvolvimento** conceitua-se como sendo os aumentos adequados à idade nas dimensões físicas, amadurecimento de sistemas de órgãos e/ou progresso ao longo dos marcos do desenvolvimento. Está classificado por duas classes, *Crescimento*, que são os aumentos nas dimensões físicas ou no amadurecimento dos sistemas de órgãos, com três diagnósticos aprovados; e o *Desenvolvimento*, que indica a progressão ou diminuição na sequência de marcos de vida reconhecidos, com dois diagnósticos de enfermagem. (NANDA-I, 2010).

O Modelo de um Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I (2010), tem 7 eixos e todos com suas relações mútuas. Ao criar um Diagnóstico de enfermagem

levam-se em consideração todos eles: o eixo 1 refere ao conceito diagnóstico, o eixo 2 ao sujeito do diagnóstico, o eixo 3 ao julgamento, o eixo 4 à localização, o eixo 5 à idade, o eixo 6 ao tempo e o eixo 7 à situação do diagnóstico.

Segundo a NANDA-I (2010), o eixo 1, Conceito Diagnóstico, é o item de grande importância do diagnóstico. Consiste de um ou mais substantivos, contribuindo com um sentido único ao conceito. Eventualmente um adjetivo pode ser usado com um substantivo e formar o conceito diagnóstico. Ex.: Sofrimento espiritual.

O eixo 2, Sujeito Diagnóstico, refere-se ao(s) indivíduo(s) para quem é determinado o diagnóstico de enfermagem. Os principais sujeitos atribuídos são: indivíduo, família, grupo e comunidade. Indivíduo é um ser humano único, uma pessoa. Família é um conjunto de pessoas, uma ou mais, que se relacionam continuamente ou permanentemente; união de pai, mãe e filhos; pessoas do mesmo sangue e/ou por opção. Grupo é um conjunto de pessoas que partilham umas com as outras. Comunidade é um grupo de pessoas que têm os mesmos objetivos.

No eixo 3, Julgamento, descreve ou modifica limitando ou especificando o sentido do conceito diagnóstico. Exemplos: comprometido, diminuído, atrasado, perturbado, prejudicado, disposição para. Alguns diagnósticos muitas vezes não necessitam de um modificador ou descritor, dependendo do nível de especificação. Ex.: Náusea e fadiga.

O eixo 4 (localização) descreve partes do corpo e /ou as funções relacionadas aos órgãos, tecidos e estruturas anatômicas. Exemplo de valores: auditivo, bexiga, cardíaco, renal, pele, periférico, entre outros.

O eixo 5 (Idade) refere a faixa etária da pessoa que é o sujeito diagnóstico. Exemplo de valores: feto, neonato, criança e pré-escolar. Já o eixo 6 (Tempo) é considerado o período do conceito diagnóstico. Incluem: agudo (duração <6 meses), crônico (duração > 6 meses), intermitente (que para e recomeça, com intervalos de tempo) e contínuo.

Finalmente o eixo 7, Situação do diagnóstico, demonstra que a situação do diagnóstico está relacionada à realidade ou à potencialidade do diagnóstico ou a sua categorização: real, promoção da saúde, risco e bem-estar.

A classificação diagnóstica da NANDA-I é composta de uma listagem de denominações que representam respostas das pessoas a problemas de saúde. Cada diagnóstico é uma situação clínica a ser modificada por intervenções de enfermagem. Neste estudo optou-se pela utilização desta classificação tendo em vista uma maior familiaridade da pesquisadora com esta terminologia e, também, pelo fato da mesma ser utilizada na clínica do estudo.

### **3. METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem quantitativa para a análise dos dados. O método estudo de caso é caracterizado por ser um estudo intensivo, em que leva em consideração, principalmente, a compreensão, como um todo do assunto investigado. (FACHIN, 2003). A abordagem quantitativa envolve a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em um hospital universitário, local que se destaca por sua atuação na área de ensino e assistência, o qual disponibiliza campo de prática na profissionalização dos alunos dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, odontologia, serviço social, psicologia, educação física, comunicação social, entre outros. O referido hospital é formado por uma única unidade dividida em duas áreas: Ambulatorial e Hospitalar. Na área hospitalar de internação oferece assistência em diversas clínicas como a de doenças infectocontagiosas, a materno-infantil e as unidades de clínica médica e cirúrgica, a fim de garantir aos usuários um atendimento humanizado.

A Clínica Pediátrica é composta por 32 leitos, distribuídos nas enfermarias de metabolismo (dez); pneumologia (cinco); miscelânea, várias doenças, (onze); isolamento (um); cirúrgica (cinco). A Clínica Pediátrica, atualmente, é o centro de referência para doenças crônicas e raras que atende a todo o Estado da Paraíba, atendendo desde crianças com desnutrição grave, má formação congênita, até com síndromes raras, tendo um atendimento considerado de média complexidade. Está subdividida em sete enfermarias e um isolamento, contendo um leito. No momento da pesquisa nove berços não tinham colchão, o que diminuía o número de internamentos no setor. A equipe de enfermagem que assiste essas crianças é composta por dez enfermeiras, sendo uma coordenadora, uma técnica de enfermagem e 32 auxiliares de enfermagem.

### **3.3 População e amostra**

A população do estudo foi constituída por 115 crianças internas na Clínica Pediátrica, de 28 de julho a 10 de outubro de 2010, período determinado para a coleta de dados. A amostra foi constituída por 37 crianças que preencheram os seguintes critérios de inclusão: estar na faixa etária de 0 a 5 anos e não ser reinternada no período da coleta.

### **3.4 Instrumento de coleta de dados**

O instrumento utilizado foi construído por Silva (2004), denominado de “Histórico de Enfermagem para Crianças de 0 a 5 anos”, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, e é composto por quatro partes: a primeira, refere-se à identificação do paciente; a segunda investiga as internações anteriores, bem como a queixa principal; na terceira parte do instrumento, investiga as necessidades humanas básicas, com ênfase aos sinais vitais e exame físico, relacionados à oxigenação, nutrição, hidratação, regulação hídrica e eletrolítica, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, bem como mecânica corporal e motilidade, cuidado corporal, integridade física e cutâneo mucosa, regulação térmica, regulação hormonal, regulação neurológica, regulação imunológica, crescimento celular e locomoção, regulação vascular, percepção, segurança, amor, aceitação e gregária; comunicação, recreação e lazer; a quarta e última parte fica para o preenchimento das impressões do enfermeiro.

O referido instrumento direciona a identificação das necessidades da criança, facilitando, com isso, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem precisos, uma vez que auxilia o enfermeiro a observar e registrar os dados identificados, com a finalidade de facilitar o uso do mesmo, nas atividades, auxiliando na implementação do Processo de enfermagem da Clínica Pediátrica.

### **3.5 Variáveis do estudo**

O instrumento “Histórico de Enfermagem para Crianças de 0 a 5 anos”, utilizado neste estudo, apresenta 241 indicadores empíricos das necessidades humanas básicas,

sendo 192 no nível psicobiológico: oxigenação (19); nutrição (17); hidratação (6); eliminação (6); sono e repouso (8); exercício e atividade física (6); mecânica corporal (6); motilidade (5); cuidado corporal (8); integridade física e cutâneo mucosa (21); regulação térmica (6); regulação hormonal (7); regulação neurológica (10); regulação hidrossalina e eletrolítica (4); regulação imunológica (4); regulação de crescimento celular (5); regulação vascular (13); locomoção (7); percepção (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa) (24); e no nível psicossocial (49); segurança (8); amor e aceitação (12); comunicação (9); criatividade (3); aprendizagem (educação à saúde) (4); gregária (5); recreação e lazer (4); atenção (4).

### **3.6 Coleta de dados**

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, atendendo e respeitando os preceitos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), sendo protocolado com o número 376/10.

A coleta ocorreu no período de julho a outubro de 2010. Inicialmente, foram abordados a mãe, o pai ou o acompanhante da criança de 0 a 5 anos, explicado a importância da pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para assinatura (Apêndice A) do responsável. Após a autorização da mãe/responsável aplicou-se o instrumento mencionado anteriormente para a coleta de dados e foi realizado o exame físico da criança.

### **3.7 Análise dos dados**

Os dados coletados passaram por um processo de análise por criança, o que resultou em quadros individualizados, contendo as necessidades afetadas, os indicadores empíricos identificados de cada necessidade e os diagnósticos de enfermagem, que foram feitos utilizando o processo de raciocínio clínico de Gordon (1994) e a Taxonomia II da NANDA-I.

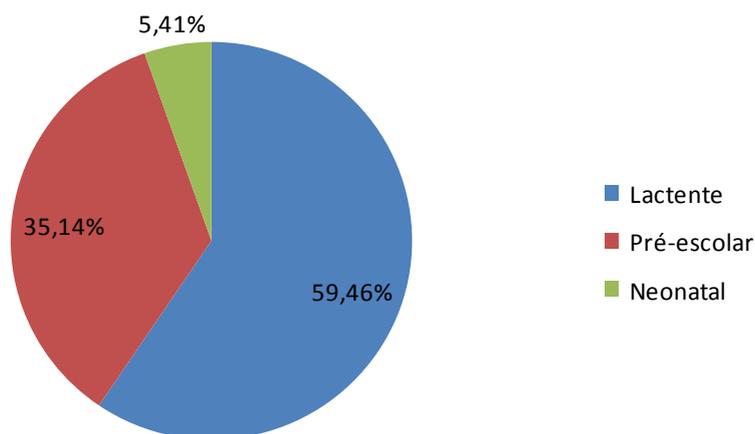
Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, os mesmos foram classificados de acordo com Necessidades Humanas Básicas, utilizando-se a classificação proposta por Bennedet e Bub (2001). Em seguida os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram analisados, no que diz respeito às características definidoras ou os fatores de risco que apresentaram relevância para a amostra de crianças de 0 a 5 anos. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Como forma de apresentar os resultados do estudo serão abordados a caracterização da amostra e os Diagnósticos de enfermagem identificados em crianças de 0 a 5 anos, com ênfase na análise das características definidoras ou dos fatores de risco relevantes para os diagnósticos de enfermagem, mais frequente.

#### 4.1 Caracterização da amostra

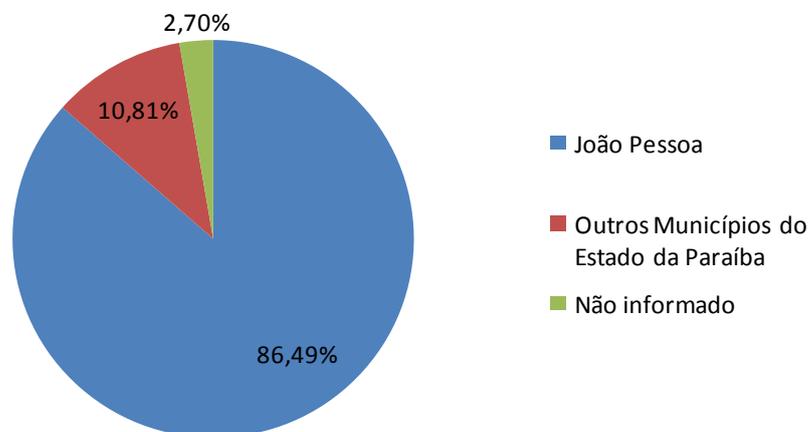
Na caracterização da amostra levou-se em consideração a faixa etária da criança, a sua procedência e a escolaridade do acompanhante, em que a mãe ou o responsável. A Figura 1 apresenta a distribuição percentual das crianças hospitalizadas, segundo os períodos etários.



**Figura 01:** Distribuição percentual das crianças hospitalizadas, segundo os períodos etários. João Pessoa-PB, 2010.

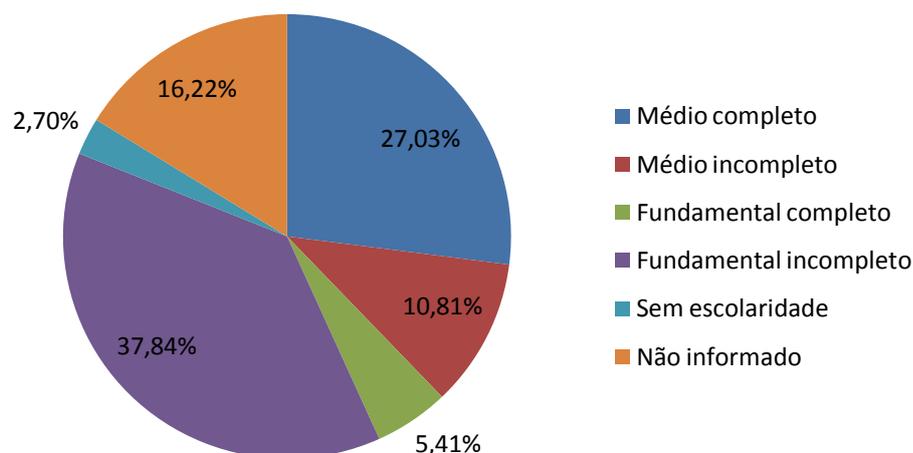
Os dados evidenciam que 22 (59,46%) das crianças estavam no período de Lactente, 13 (35,14%) no período Pré-escolar e 2 (5,41%) no período neonatal. Para Collet, Oliveira e Vieira (2010), a faixa etária de Lactente é considerada a criança a partir de 1 mês a 2 anos e Pré-Escolar de 2 a 6 anos de idade. O neonatal significa recém-nascido e refere-se à criança que acabou de nascer até o 28º dia de vida. (SCHMITZ, 2005), e observou-se um pequeno número de internamentos de neonatais,

que talvez seja justificado pelo fato de existir no hospital outro setor específico (berçário) para tratar doenças nesta faixa etária.



**Figura 02** - Distribuição percentual das crianças hospitalizadas, segundo a procedência. João Pessoa-PB, 2010.

A Figura 2 apresenta o percentual das crianças hospitalizadas, segundo a procedência, demonstrando que o local com maior número de procedência foi do município de João Pessoa-PB com 32 (86,49%), 4 (10,81%) de outros municípios do Estado da Paraíba e 1 (2,70%) não foi informado. Observou-se uma maior quantidade de internamento de crianças procedente do próprio município de João Pessoa, em que muitas delas vieram de suas residências, de Programas de Saúde da Família (PSF) e de Unidades Básicas de Saúde (UBS).



**Figura 03** - Distribuição percentual da escolaridade dos pais das crianças hospitalizadas. João Pessoa, 2010

A Figura 3 apresenta os dados com relação à escolaridade dos pais ou do acompanhante da criança, em que se evidenciam que 14 (37,84,0%) tinham o nível fundamental incompleto, 10 (27,03%) o ensino médio completo, 6 (16,22%) não informaram o nível instrucional, 4 (10,81%) o ensino médio incompleto, 2 (5,41%) o fundamental completo e 1 (2,70%) sem escolaridade. O nível de escolaridade dos pais, responsáveis ou acompanhantes é importante para um melhor diálogo para o cuidado com a criança e um melhor entendimento do que as equipes de saúde tentam passar para os familiares durante o período de hospitalização. Segundo Rossi e Rodrigues (2010), a equipe busca envolver e interagir com o familiar, com a finalidade de contribuir para o bem-estar da criança e continuidade do tratamento no domicílio. Contudo, os profissionais esperam diminuir as reinternações decorrentes dos cuidados prestados inadequadamente em casa. Suas falas também reforçam a ideia de que há no familiar uma fonte importante de informações a respeito do estado de saúde da criança, tanto no ambiente domiciliar como no hospitalar.

## 4.2 Diagnósticos de enfermagem identificados em crianças de 0 a 5 anos

As necessidades humanas básicas são conceituadas por Horta (1979, p.39) como:

[...] estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. [...] Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não.

A partir dos indicadores dessas necessidades foram identificados os diagnósticos de enfermagem em crianças de 0 a 5 anos, utilizando o processo de raciocínio diagnóstico e a Taxonomia II da NANDA-I. Foram identificados 184 diagnósticos de enfermagem distribuídos em 36 conceitos diagnósticos, com uma média de 5.1 diagnósticos por criança, conforme apresentado na tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados em crianças na faixa etária de 0 a 5 anos, internadas na Clínica Pediátrica de um hospital universitário, por necessidade humana básica. João Pessoa-PB, 2010.

Necessidades	Diagnósticos de enfermagem	F	%
<b>Oxigenação</b>	1. Troca de gases prejudicada	8	4,34
	2. Padrão respiratório ineficaz	5	2,71
	3. Ventilação espontânea prejudicada	2	1,08
	4. Risco de sufocação	2	1,08
<b>Nutrição</b>	1. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	8	4,34
	2. Amamentação interrompida	1	0,54
<b>Hidratação</b>	1. Risco de desequilíbrio eletrolítico	17	9,23
	2. Volume de líquidos deficiente	4	2,17
	3. Risco de volume de líquidos deficiente	2	1,08
<b>Eliminação</b>	1. Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	8	4,34
	2. Motilidade gastrointestinal disfuncional	6	3,26
	3. Diarreia	1	0,54
	4. Risco de constipação	1	0,54
	5. Eliminação urinária prejudicada	1	0,54
<b>Sono e Repouso</b>	1. Insônia	4	2,17
<b>Exercício</b>	1. Mobilidade física prejudicada	6	3,26
<b>Integridade física</b>	1. Integridade da pele prejudicada	28	15,21
	2. Icterícia neonatal	1	0,54
<b>Regulação térmica</b>	1. Termorregulação ineficaz	4	2,17
	2. Hipertermia	2	1,08
	3. Hipotermia	2	1,08
<b>Regulação Neurológica</b>	1. Comportamento desorganizado do bebê	1	0,54
	2. Risco de comportamento desorganizado do bebê	1	0,54

	3. Risco de confusão aguda	1	0,54
<b>Regulação Imunológica</b>	1. Risco de infecção	25	13,58
<b>Regulação do crescimento</b>	1. Atraso no crescimento e no desenvolvimento	7	3,80
<b>Regulação vascular</b>	1. Débito cardíaco diminuído	2	1,08
	2. Risco de choque	1	0,54
	3. Risco de sangramento	1	0,54
<b>Percepção</b>	1. Dor aguda	13	7,06
<b>Segurança</b>	1. Medo	5	2,71
	2. Paternidade ou maternidade prejudicada	3	1,63
	3. Ansiedade	1	0,54
	4. Desempenho do papel ineficaz (Mãe)	1	0,54
<b>Comunicação e recreação</b>	1. Atividade de recreação deficiente	8	4,34
	2. Comunicação verbal prejudicada	1	0,54
	Total	184	100,0

Na **necessidade de Oxigenação** foram identificados quatro diagnósticos de enfermagem: *Troca de gases prejudicada* 8 (4,34%), *Padrão respiratório ineficaz* 5 (2,71%), *Ventilação espontânea prejudicada* 2 (1,08%) e *Risco de sufocação* 2 (1,08%). O diagnóstico de *Troca de gases prejudicada* foi o que se apresentou em maior quantidade nesta necessidade e tem como definição o excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alvéolo capilar. (NANDA-I, 2010). As características definidoras encontradas para a formação deste diagnóstico foram dispneia, cianose labial discreta, taquipneia e tiragem intercostal. As características definidoras para este diagnóstico, segundo a NANDA-I (2010) são: dispneia, taquipneia, cianose, respiração anormal (profundidade).

O diagnóstico *Padrão Respiratório Ineficaz* é definido pela NANDA-I (2010), como sendo inspiração e/ou expiração, que não favorece ventilação adequada. Para este diagnóstico, foram identificados, no estudo, as seguintes características definidoras: dispneia, taquipneia e tiragem intercostal. As características definidoras deste diagnóstico, segundo a NANDA-I (2010) são: dispneia, taquipneia, uso da musculatura respiratória para respirar e excursão torácica alterada.

O diagnóstico de *Ventilação espontânea prejudicada* é definido como reservas de energia diminuídas, que resulta em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para a sustentação da vida. (NANDA-I, 2010). As características definidoras para este diagnóstico foram tosse cheia com expectoração, tosse seca, secreção transparente, roncosp em ambos hemitórax, secreção de cor amarelo-

esbranquiçada, secreção esverdeada, creptos bilateral, tosse cheia sem expectoração, tosse cheia em uso de traqueóstomo e tiragem intercostal. As características definidoras para este diagnóstico, conforme a NANDA-I (2010), são: agitação e taxa metabólica aumentadas, e uso da musculatura acessória.

O diagnóstico de *Risco de Sufocação* é definido pela NANDA-I (2010), como o risco acentuado de sufocação acidental e inadequada disponibilidade de ar para inalação. Os fatores de risco encontrados para este diagnóstico, por meio do estudo, foram tosse cheia com expectoração, tosse cheia sem expectoração, tosse cheia em uso de traqueóstomo. Os fatores de risco para este diagnóstico, conforme a NANDA-I (2010), são: processo de doença, habilidades motoras diminuídas e processo lesivo.

Os diagnósticos de enfermagem apresentados demonstram uma grande preocupação para as afecções respiratórias, que trazem como consequências a susceptibilidade do surgimento de outras doenças.

As infecções agudas do trato respiratório são as causas mais frequentes de doenças em crianças e variam de sintomas comuns a uma doença grave, que, em alguns casos, chega até a morte. As doenças respiratórias podem ser causadas por infecções, traumas ou por anomalias físicas das vias aéreas superiores e inferiores. Este problema também varia a suscetibilidade de acordo com a faixa etária da criança: Lactentes com menos de 3 meses têm um menor risco de infecção, devido à função protetora dos anticorpos maternos (Imunoglobulina A); dos 3 aos 6 meses de idade a taxa de infecção sobe, porque há uma diminuição dos anticorpos maternos, e a criança os produz, aumentando até o período pré-escolar. A partir destes, a suscetibilidade vai baixando conforme a idade vai aumentando, ou seja, a imunidade aumenta, e o risco de exposição a microorganismos diminui, no decorrer da infância. (COLLET; OLIVEIRA; VIERA, 2010). As doenças do trato respiratório mais comuns são divididas em infecções respiratórias das vias aéreas superiores (IVAS), das quais as mais comuns são os resfriados, a faringite e a laringite, e as infecções respiratórias das vias aéreas inferiores (IVAI) como a traqueíte, bronquiolite e pneumonia. (SANTOS et al., 2010).

As infecções respiratórias agudas têm provocado uma grande preocupação, pois o grande número de fatores que comprometem o trato respiratório, também constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade, em crianças, em todo

o mundo, sendo as pneumonias as grandes causas de aproximadamente 4 milhões de óbitos ocorrerem, por ano, nos países em desenvolvimento. Esses dados demonstram uma grande sobrecarga sobre os setores da saúde e contribuem para o aumento do número de internações hospitalares nas instituições públicas e privadas. (MOTEIRO et al., 2007). Com isso, a chance de uma criança hospitalizada obter infecção respiratória cresce a partir do momento em que ela se expõe ao ambiente hospitalar, aumentando, cada vez mais, a cadeia de infecção.

Em estudo realizado na região Sul do Brasil, percebeu-se que os fatores do ambiente doméstico são causadores de problemas respiratórios futuros, em crianças de 0 a 5 anos, acarretando a hospitalização da faixa etária. Os dados do estudo mostraram que a aglomeração e o tabagismo tiveram um maior índice nos escores, também se destacando as condições de moradia em que a criança convivia. Assim, viu-se a necessidade de melhorar a distribuição de renda, e garantir amplo acesso à escola, em especial às mães, e conclui-se que a prevalência dessas doenças nas crianças seria reduzida, principalmente por meio de melhores condições de moradia, menor aglomeração familiar, e redução do hábito de fumar. (PRIETSCH et al., 2003).

Na **necessidade de Nutrição** foram identificados dois diagnósticos: *Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais* 8 (4,34%) e *Amamentação interrompida* 1 (0,54%). O diagnóstico de *Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais*, tem como significado a pouca ingestão de nutrientes, para satisfazer as necessidades metabólicas. (NANDA-I, 2010). As características definidoras encontradas neste diagnóstico, por meio da pesquisa, foram aceitação alimentar insuficiente, por falta de interesse pela comida, caquética, pela doença, em nutrição parenteral, emagrecida, e aceitação alimentar regular. Para este diagnóstico, a NANDA-I (2010) identifica as seguintes características definidoras: falta de interesse na comida, perda do peso, porém com ingestão adequada de comida, peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal, relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR (porção diária recomendada).

O diagnóstico de *Amamentação interrompida* tem como definição a quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou inconveniência de colocara a criança no peito para mamar. (NANDA-I, 2010). A

característica definidora encontrada para este diagnóstico, por meio do estudo, foi a criança deixou de ser amamentada por ter apresentado alergia ao leite. Para este diagnóstico, a NANDA-I (2010), destaca a característica definidora a criança não recebe nutrição em todas as mamadas, desejo da mãe de eventualmente oferecer seu leite para atender às necessidades do bebê, entre outros.

O diagnóstico de *Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais* apresentou-se em maior quantidade nesta necessidade. Destaca-se que para a identificação das características definidoras que levaram a este diagnóstico, alguns fatores foram levados em consideração no momento da coleta dos dados, como a dificuldade da criança ingerir alimentos devido à própria condição física que impedia a realização desta função e também ao fato do meio hospitalar ser considerado um meio hostil, o que leva à recusa de determinadas modalidades de nutrição.

O profissional de enfermagem deve estar bem capacitado no momento da admissão da criança e durante todo o momento da hospitalização, para que saiba identificar os fatores de risco e os sinais de desnutrição. A desnutrição é um grave e constante problema de saúde, causador de morbi-mortalidade e um fator de risco para outras doenças, principalmente em crianças menores de cinco anos de idade. A desnutrição pode ter início ainda na gestação, resultando em um recém-nascido de baixo peso no nascimento, com menos de 2.500g, aumentando o índice de mortalidade infantil, no período neonatal. As crianças que sofreram desnutrição também podem ter prejuízos irreparáveis no crescimento e no desenvolvimento, e dependendo da gravidade traz danos em todos os órgãos da criança, podendo virar crônica e levar à morte. (COLLET, OLIVEIRA, VIERA, 2010).

Com relação à amamentação, percebe-se que, nos últimos tempos, houve uma crescente volta da consciência sobre a superioridade de fonte nutricional, bioquímica e imunológica do leite humano. (SCHMITZ, 2005). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o leite materno é um alimento completo, porque contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas (todos adequados para o organismo do bebê); possui muitas substâncias nutritivas e de defesa, que não se encontram em nenhum outro leite; é adequado, completo, equilibrado e suficiente para a criança; ideal, pois é de fácil digestão, porque é feito especialmente para o estômago; protege contra doenças

como diarreias, pneumonias, infecção de ouvido, alergias e muitas outras, devido aos nutrientes que contêm; está sempre pronto e na temperatura certa; é bom para dentição e fala, e para o desenvolvimento infantil.

Com base nestes fatores, a Enfermagem pode, por meio da assistência, ajudar a obter dados que auxiliem na definição do diagnóstico de enfermagem, como: avaliar o estado nutricional; aproximar padrões e hábitos alimentares e suas relações psicológicas, sociais e culturais; identificar preferências; ajudar as famílias a aproveitar o máximo seus recursos para alimentação; detectar problemas causados pelas modificações dietéticas, apoiar e aconselhar; observar e relatar atitudes da criança e da família frente à dieta prescrita; promover a criação de condições físicas ambientais que beneficiem a aceitação das dietas especiais; ajudar a criança e a família a compreender os objetivos e aceitar a necessidade da dieta; auxiliar a criança e a família no domínio das práticas alimentares conforme a terapia. (SCHMITZ, 2005).

Na **necessidade de Hidratação** foram identificados três diagnósticos de enfermagem: *Risco de desequilíbrio eletrolítico* 17 (9,23%), *Volume de líquidos deficiente* 4 (2,17%) e *Risco de volume de líquidos deficiente* 2 (1,08%). O diagnóstico de *Risco de desequilíbrio eletrolítico* define-se, segundo a NANDA-I (2010), como sendo o risco de mudança nos níveis eletrolíticos séricos, capaz de comprometer a saúde. Os fatores de risco deste diagnóstico, na pesquisa, incluíram desequilíbrio hídrico, perdas de eletrólitos (vômito, diarreias). Os fatores de risco de acordo com a NANDA-I (2010) foram desequilíbrio hídrico (desidratação), efeitos secundários relacionados ao tratamento (medicamentos), vômitos e diarreias.

O diagnóstico de *Volume de líquidos deficiente* é definido como sendo a diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular; desidratação e perda de líquidos (água), sem mudança no sódio. (NANDA-I, 2010). As características definidoras para este diagnóstico, no estudo, foram desidratação (pele e lábios secos, turgor e elasticidade diminuídos) e risco de perdas hídricas e eletrolíticas (vômito, diarreia, diurese concentrada), reposição de substâncias hidroeletrólíticas (ingestão de soro oral e reposição de hemácias). Para este diagnóstico, a NANDA-I (2010) determina as seguintes características definidoras como: a diminuição do turgor da pele, pele seca, mucosas secas, aumento da concentração urinária e elevação do hematócrito.

O diagnóstico de *Risco de volume de líquidos deficiente* é descrito pela NANDA (2010), como sendo um risco de desidratação vascular, celular ou intracelular. Os fatores de risco apresentados deste diagnóstico, no estudo, foram desidratação (pele e lábios secos, turgor e elasticidade diminuídos), restrição hídrica, em infusão venosa, risco de perdas hídricas e eletrolíticas, reposição de substâncias hidroeletrólíticas (ingestão de soro oral e reposição de hemácias). Os fatores de risco segundo a NANDA-I (2010), para este diagnóstico, são: fatores que influenciam a necessidade de líquidos, medicação, desvios que afetam o acesso de líquidos, perdas de líquidos por vias normais.

O diagnóstico de *Risco de desequilíbrio eletrólítico* apresentou-se como um dos diagnósticos de grande frequência quando relacionado a todos os outros do estudo. É importante ressaltar que os diagnósticos desta necessidade foram obtidos a partir do exame físico detalhado e muitas vezes os exames laboratoriais vinham complementar as informações obtidas na avaliação inicial. Com isso, alguns sinais e sintomas da desidratação foram possíveis de ser identificados no estudo apenas na inspeção a partir do primeiro contato com as crianças.

A manutenção de um volume quase que constante e de uma composição estável dos solutos dos líquidos corporais é primordial para a homeostasia do organismo. O corpo necessita, diariamente, de água, que varia, individualmente, sendo influenciada por uma série de fatores, como as condições ambientais, e a necessidade de vestimentas, que interferem na termorregulação, por exemplo. A água do organismo provém de várias fontes, sendo ingerida sob a forma pura e as que compõem os alimentos, inclusive os sólidos, que são as fontes exógenas. Existe ainda, a produção endógena de água, decorrente da oxidação dos macronutrientes e a soma das fontes exógena e endógena, que oferece, ao organismo humano, a quantidade de água correspondente às perdas diárias. (CARVALHO; MARA, 2010).

A desidratação é o estado clínico consequente da diminuição de líquido corporal, com equilíbrio menor de água, e especialmente de eletrólitos. Quando a desidratação apresenta-se grave, põe em risco a integridade dos tecidos e órgãos, porque pode ocasionar lesões irreversíveis às células, por meio de distúrbios osmóticos agudos, intoxicações (por sódio, ureia, ácidos, entre outras substâncias), e alterações

circulatórias (hipoxemia, isquemia, trombose) ou alterar funções vitais como circulação, oxigenação, atividade cardíaca, entre outros. (SCHIMTZ, 2005).

Na **necessidade de Eliminação** foram identificados seis diagnósticos de enfermagem: *Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional* 8 (4,34%), *Motilidade gastrointestinal disfuncional* 6 (3,26), *Diarreia* 1 (0,54%), *Risco de constipação* 1 (0,54%) e *Eliminação urinária prejudicada* 1 (0,54%). O diagnóstico de *Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional* define-se como sendo um risco de atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal. (NANDA, 2010). As características definidoras para este diagnóstico, no estudo, foi intolerância à lactose. As características definidoras, conforme a NANDA-I (2010) é intolerância alimentar (lactose).

O diagnóstico de *Motilidade gastrointestinal disfuncional* é caracterizado por atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal. (NANDA-I, 2010). As características definidoras para o diagnóstico, na pesquisa foram: abdome distendido, abdome globoso, som submaciço, abdome tenso, presença de massa endurecida em quadrante esquerdo do abdome, abdome semi-globoso, fezes pastosas e de cor esverdeada, vômito, fezes líquidas, ruídos hidroaéreos ausentes, ausência de evacuação (há dois dias). Para este diagnóstico, a NANDA-I (2010) determina as seguintes características definidoras: ausência de flatos, diarreia, dificuldade de eliminar fezes, distensão abdominal, fezes endurecidas, fezes ressecadas, mudança nos sons intestinais, resíduo gástrico cor de bÍlis, vômito e aumento dos resíduos gástricos.

O diagnóstico de *Diarreia* tem como definição a eliminação de fezes soltas e não formadas (NANDA-I, 2010). As características definidoras para este diagnóstico apresentadas foram fezes líquidas (várias vezes ao dia). As características definidoras para este diagnóstico segundo a NANDA-I (2010) é de pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia.

O diagnóstico de *Risco de constipação* caracteriza-se como sendo o risco de diminuição na frequência normal, de evacuação, seguida de eliminação de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas. (NANDA-I, 2010). Para este diagnóstico foram identificados os seguintes fatores de risco: ausência

de evacuação (há dois dias), abdome distendido, abdome globoso, som submaciço, abdome tenso, presença de massa endurecida em quadrante esquerdo do abdome, abdome semigloboso e ruídos hidroaéreos ausentes. As características definidoras para este diagnóstico, segundo NANDA-I (2010), são motilidade diminuída do trato gastrointestinal, tumores e fraqueza dos músculos abdominais.

O diagnóstico de *Eliminação urinária prejudicada* tem como significado a disfunção na eliminação de urina (NANDA-I, 2010). A característica definidora apresentada foi disúria. A característica definidora para este diagnóstico segundo a NANDA-I (2010) é disúria.

No momento de uma avaliação, o profissional de enfermagem deve estar preparado, para observar e efetuar as relações entre o que foi analisado com as necessidades fisiológicas da criança e a situação clínica do menor.

Observou-se no estudo um maior número de crianças com o diagnóstico de *Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional*, seguido do diagnóstico *Motilidade gastrointestinal disfuncional*. Todos foram identificados por meio das características definidoras ou fatores de risco observados pela pesquisadora, por responsáveis (pais, acompanhantes) e até mesmo pela criança quando tinha o conhecimento e sabia revelar o sintoma no momento da coleta dos dados.

O vômito refere-se à saída forçada do conteúdo gástrico pela boca e é uma ação coordenada, complexa e bem definida sob o controle do sistema nervoso central. Geralmente é de pequena intensidade e deve permanecer por pouco tempo, mas quando persiste e prolongam-se os sintomas, pode trazer complicações graves para o lactente ou para a criança. Os cuidados de enfermagem ao lactente ou à criança com vômitos devem estar na observação e no registro do padrão dos vômitos e dos sintomas apresentados, também levando em consideração o comportamento da criança, para se estabelecer o diagnóstico e as intervenções específicas para cada cliente. (WONG, 1999).

A evacuação deve ser observada quanto às alterações da cor, odor, composição das fezes, consistência e número de evacuações diárias, como exemplo: fezes diarreicas esverdeadas; fezes esbranquiçadas, brilhantes e fétidas; fezes claras semelhantes à massa do vidraceiro; melena; fezes com sangue vivo; fezes com grumos brancos ou amarelados, de consistência mole, em grande quantidade; fezes com grumos amarelados

e duros; fezes com excesso de muco; disenterias (causados por ameba, bactérias) e constipação. (SCHMITZ, 2005).

São importantes que sejam identificados os fatores de risco acompanhados à ocorrência do episódio diarreico, à evolução clínica e à avaliação dos fatores prognósticos, juntamente ao agravamento do quadro, pois esses dados permitem uma aproximação do que realmente seja a doença, contribuindo para a redução do número de hospitalizações e da taxa de óbitos. Com base nestes fatores, há a necessidade de atuação clínica de dois níveis: adotar medidas que previnam a diminuição da qualidade do ambiente, tornado mínimo o impacto das condições socioeconômicas invasivas que elevam o índice para a instalação do episódio diarreico, o manuseio adequado e individual da criança acometida pela diarreia aguda, prevenindo medidas que auxiliem na continuidade da doença e hospitalizá-la, para a redução da morbidade. (LINS; MOTTA; SILVA, 2003).

A Constipação refere-se à eliminação frequente de fezes consistentes e endurecidas, juntamente com a dificuldade de evacuação, eliminação de fezes com raios de sangue, e desconforto abdominal. Geralmente o recém-nascido elimina o mecônio entre 24 e 36 horas após o nascimento, no lactante é apresentado sempre durante o primeiro ano de vida, e está relacionado a costumes alimentares. Em bebês que mamam ao seio, normalmente não apresenta constipação, e em crianças de 1 a 3 anos de idade, têm mais chance de apresentar o problema em consequência de mudanças ambientais. (WONG, 1999).

Com relação às doenças renais, surgidas na infância, como incidência e tipo de disfunção do rim ou do trato urinário, variam de acordo com a faixa etária e a maturação da criança. Muitas vezes, no recém-nascido, os problemas urinários estão relacionados às más formações de outros sistemas. Portanto, a Enfermagem tem a responsabilidade na avaliação dos distúrbios e/ou doenças urinária, de buscar, por meio da observação da criança, as manifestações que possam indicar alguma disfunção. Uma importante responsabilidade seria realizar atividades cuidadosas da ingestão e excreta, e da pressão arterial, em grande parte das crianças com alterações geniturinárias, e com possíveis riscos de desencadear complicações. (WONG, 1999).

Na **necessidade de Sono e Repouso**, o diagnóstico de enfermagem identificado foi *Insônia 4* (2,17%). O diagnóstico de *Insônia* é definido como o distúrbio na quantidade e na qualidade do sono, que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa. (NANDA-I, 2010). As características definidoras deste diagnóstico, na pesquisa foram: não dorme quando dispneico, sem sono devido à dor abdominal e a tosse durante o sono. As características definidoras para este diagnóstico, segundo a NANDA-I (2010), são: o paciente relata estado de saúde diminuído, qualidade de vida diminuída e dificuldade para permanecer dormindo.

O sono é o tempo de recuperação e de reconstrução necessárias a cada indivíduo para que se sinta bem. É muito importante que os infantes tenham direito ao sono, pois as instituições que os acolhem assumem a responsabilidade no cuidado do equilíbrio físico e psíquico das crianças. O ambiente deve ser favorável ao descanso, pois cada criança deve poder ir dormir sem necessitar recorrer ao adulto, tanto quanto possível. A duração do sono deve ser de acordo com a fisiologia da criança, para dar prioridade às necessidades de recuperação do menor, no momento, e não as da instituição.

Algumas condições são favoráveis ao dormir, que são: um lugar calmo e semi-escuro, que permita o descanso durante o período de atividade de outros; um sistema isolado de organização de descanso, em que se reserve um local de recreação para as crianças que não têm sono no momento, para deixar as outras dormirem; a companhia da pessoa responsável, para cuidar das mesmas, oferecendo calor e apoio humano, para facilitar o repouso. (SCHMITZ, 2005; WONG, 1999).

Com relação à insônia dos bebês, Tenenbojm (2010) descreve que esta é uma condição clínica que necessita ser avaliada sobre vários aspectos. O ritmo de sono pode e deve estabelecer-se desde o início da vida da criança. Os hábitos para o sono devem basear-se nas medidas de higiene do sono: estabelecer o horário, rotinas e rituais consistentes; evitar, perto da hora de dormir, estímulos físicos, mentais ou emocionais; não oferecer alimentos durante a noite; impedir a dormida com a presença de luz durante toda à noite.

São fundamentais as medidas que busquem a promoção do conforto e que são capazes de facilitar o sono e o repouso da criança. Para tanto, o profissional de

enfermagem deve ter responsabilidade máxima com quem está sendo cuidado, e atingir, como resultado, o desenvolvimento de relações harmoniosas dos membros da equipe entre si, e entre os cuidadores e a criança, fazendo com que haja cumplicidade no planejamento e desenvolvimento da assistência, no sentido de assegurar a qualidade do cuidado. (PAIVA; SOUZA; SOARES, 2006).

Na **necessidade de Exercício** foi identificado o diagnóstico de enfermagem *Mobilidade física prejudicada* 6 (3,26%) que tem como conceito a limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo, ou de uma ou mais extremidades. (NANDA-I, 2010). As características definidoras para este diagnóstico, relacionadas à pesquisa, foram hipotonia, devido ao quadro clínico da doença, hipotonia devido à neuropatia, dificuldade para deambular, acamada, hipotonia dos membros superiores e inferiores, devido ao pé torto congênito, com desvio de eixo e hipotonia do corpo, devido à seqüela de parada cardiorrespiratória durante um procedimento cirúrgico. De acordo com a NANDA-I, as características definidoras apresentadas referentes a esse diagnóstico são amplitude limitada do movimento, capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas, capacidade para desempenhar as habilidades motoras grossas, dificuldade para virar-se, movimentos descontrolados e movimentos não coordenados.

O desenvolvimento motor da criança, desde o nascimento até os dois anos de idade, possui habilidades motoras, como o andar e o pegar objetos entre o polegar e o indicador; entre 1 a 3 meses ela tem tônus suficiente, para manter a cabeça levantada, entre 7 e 8 meses passa da posição deitada para a posição sentada, em torno dos 10 meses fica em pé, sem apoio, e entre 10 e 18 meses caminha só. O desenvolvimento neuromotor desenvolve-se da cabeça aos pés e do tronco para os dedos. (SCHMITZ, 2005). O final do primeiro ano de vida é caracterizado como um período importante do desenvolvimento infantil, pois a criança apresenta novas conquistas em termos de linguagem, locomoção e exploração do ambiente. (MICULIS et al., 2010).

O desenvolvimento motor do pré-escolar (dois a seis anos) apresenta-se com a boa motricidade, mas com uma coordenação motora pouco desenvolvida. Aos 2 anos de idade, a coordenação sensório-motora, por meio das experiências infantis, tem sido avançadas, aos 4 anos o sistema nervoso central e os órgãos dos sentidos adquirem um

desenvolvimento satisfatório, resultando na coordenação completa dos movimentos do corpo. O brincar auxilia neste desenvolvimento motor, melhorando o equilíbrio, a agilidade, o domínio do comportamento, a harmonia dos movimentos, e a aquisição dos automatismos. (SCHMITZ, 2005).

Na **necessidade de Integridade física** foram identificados dois diagnósticos de enfermagem: *Integridade da pele prejudicada* 28 (15,21%) e *Icterícia neonatal* 1 (0,54%). O diagnóstico de *Integridade da pele prejudicada* conceitua-se como epiderme e/ou derme alteradas (NANDA-I, 2010). As características definidoras para este diagnóstico, pela pesquisa, foram lesões pruriginosas, lesão do traqueóstomo, lesão no palato (pós-cirúrgico), mucosa dos lábios ressecada, lesões ganglionares, petéquias, lesão da gastrostomia e pústulas. As características definidoras pela NANDA-I (2010), deste diagnóstico, foram destruição de camadas da pele e rompimento da superfície da pele. Este diagnóstico foi o mais frequente do estudo, e ao analisarmos podemos perceber que muitas das características definidoras que foram identificadas estão relacionadas a procedimentos cirúrgicos e também a algum sintoma da doença em que a criança apresentava.

O diagnóstico de *Icterícia neonatal* tem como definição a cor amarelo-alaranjada da pele e das mucosas de neonato, que ocorre após 24 horas de vida, em consequência de bilirrubina não conjugada na circulação (NANDA-I, 2010). As características definidoras deste diagnóstico na pesquisa foi icterícia discreta (pele amarelada). As características definidoras para este diagnóstico, segundo a NANDA-I (2010), são esclerótica amarelada e pele amarela-alaranjada.

Com relação à integridade da pele, todas as crianças, em cada grupo etário, temem a lesão corporal por mutilação, invasão corporal, mudança na imagem, incapacidade ou morte. É importante que a equipe de enfermagem destaque várias vezes sobre a importância do procedimento e avalie a compreensão da criança. (WONG, 1999).

Para que alguns fatores não interfiram na integridade da pele da criança, alguns cuidados devem ser realizados para a prevenção de lesões como: mover o menor no leito (quando acamado), para impedir o surgimento de úlceras pelo corpo; avaliar e sugerir um plano terapêutico nutricional que ajude na recuperação das perdas de

substâncias facilitadoras das lesões, e realizar procedimentos em regiões do corpo com menos risco de abrasões.

A icterícia fisiológica é uma complicação que, comumente, ocorre com o recém-nascido, resultante da imaturidade hepática. Este quadro clínico desenvolve-se em torno de 48 a 72 horas após o nascimento, e tem como característica clínica a pele amarelada. A icterícia patológica surge nas primeiras 24 horas após o nascimento. A icterícia fisiológica e a patológica pioram quando a desidratação ou a baixa ingestão de líquidos acontecem também. (KENNER, 2001).

Na **necessidade de Regulação Térmica** foram identificados três diagnósticos de enfermagem: *Termorregulação ineficaz* 4 (2,17%), *Hipertermia* 2 (1,08%) e *Hipotermia* 2 (1,08%). O diagnóstico de *Termorregulação ineficaz* tem como significado a flutuação da temperatura entre hipotermia e hipertermia. (NANDA-I, 2010). As características definidoras deste diagnóstico, no estudo, foram flutuação da temperatura corporal variando de 38° a 35°C. As características definidoras para este diagnóstico, conforme a NANDA-I (2010), são o aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais, flutuação na temperatura corporal acima e abaixo dos parâmetros normais, e a redução na temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

O diagnóstico de *Hipertermia* tem como significado a temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais. (NANDA-I, 2010). A característica definidora apresentada neste diagnóstico, com base no estudo, foi febre intermitente acima de 38°C. A característica definidora, com base na NANDA-I (2010), para este diagnóstico, é o aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais.

O diagnóstico de *Hipotermia* conceitua-se como a temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais. (NANDA-I, 2010). As características definidoras deste diagnóstico, conforme o estudo foi temperatura abaixo de 35°C. As características definidoras para este diagnóstico, por meio da NANDA-I (2010), é a temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

A verificação da temperatura corporal é indicada pelo aquecimento do organismo e expressa o equilíbrio entre o calor produzido e o eliminado. Hipotermia é a diminuição anormal da temperatura corporal abaixo de 35°C a 36,1°C. A hipertermia é a

elevação anormal da temperatura corporal chegando a 41,1°C. (SCHMITZ, 2005; MELSON et al., 2002).

A quantidade reduzida de gordura subcutânea e a superfície corporal normal são fundamentais para a adaptação extrauterina. A quantidade reduzida de gordura subcutânea e a superfície corporal relativamente grande, em comparação com a massa, tendem o recém-nascido às anormalidades de temperatura corporal. Outros fatores que também podem modificar a temperatura do corpo, como um ambiente excessivamente quente ou frio, são as quantidades insuficientes de gordura marrom, incapacidade de desenvolver tremores do frio, metabolismo reduzido por unidade de área, e vasos periféricos dilatados na proximidade da superfície corporal. (MELSON et al., 2002).

Quando se une as palavras doença e febre, há uma associação rápida de ideias, que servem tanto para os profissionais de enfermagem, quanto para os leigos. Então, geralmente o sintoma de febre vem acompanhado de forte sensação de ansiedade, causando insegurança quando a causa da febre não pode ser definida logo no início da doença. A febre tem a utilidade de servir como sinal de alerta e considera-se que 20% a 30% das consultas têm a febre como queixa única preponderante. (MURAHOVSKI 2003).

Algumas recomendações são dadas por Murahovski (2003), que servem como orientações para os pais e como intervenções de enfermagem para a equipe de assistência no hospital em que a criança se encontra, tais como: usar roupas leves, manter o ambiente arejado ou ventilado; deixar a criança ficar ao ar livre nas horas mais agradáveis do dia, sem se expor diretamente ao sol; oferecer líquidos com frequência e de acordo com a preferência (água, chás, sucos, água de coco); informar que a redução do apetite é, neste quadro, inevitável, mas a criança deve se alimentar mesmo assim, sendo estimulada com aquilo que ela aceita e tolera melhor, reforçando de acordo com as possibilidades; explicar que uso do antitérmico é apenas um medicamento, para aliviar o desconforto causado pela febre, porém que deve ser usado apenas nos momentos necessários, respeitando-se o intervalo mínimo de cada dose; esclarecer que a diminuição da febre e do desconforto só ocorre enquanto o antitérmico está fazendo efeito (4 - 6 horas, 8 - 12 horas), e que o retorno da febre após esse período é esperado, não significando fracasso terapêutico; conversar sobre o benefício limitado do banho de

imersão e das compressas mornas, que podem ser utilizados após o antitérmico, quando seu efeito não for totalmente satisfatório; advertir contra o uso de água fria e contra a adição de álcool. Informar que o banho e as compressas são aceitáveis, quando a criança aceitar e não trazer transtornos para a família.

Alguns fatores desencadeiam a hipotermia como: prematuridade, asfixia, seguida dos procedimentos de reanimação, sepse, distúrbios neurológicos como a meningite e a hemorragia cerebral, secagem e aquecimento inadequados do lactente depois do nascimento, exposição a condições ambientais frias. Os fatores causadores da hipertermia são a temperatura ambiental elevada, desidratação, infecções, fototerapia e lesão do sistema nervoso central, causada por traumatismo. (MELSON et al., 2002).

Na **necessidade de Regulação Neurológica** destacaram-se três diagnósticos de enfermagem: *Comportamento desorganizado do bebê 1* (0,54%), *Risco de comportamento desorganizado do bebê 1* (0,54%) e *Risco de confusão aguda 1* (0,54%). O diagnóstico de *Comportamento desorganizado do bebê* tem como definição as respostas fisiológicas e neurocomportamentais desorganizadas de um bebê aos estímulos ambientais e humanos. (NANDA-I, 2010). As características definidoras deste diagnóstico, por meio do estudo, foram desorientação e reflexos não compatíveis com a idade. A característica definidora deste diagnóstico pela NANDA-I (2010) é oscilação dos estados comportamentais.

O diagnóstico de *Risco de comportamento desorganizado do bebê*, segundo a NANDA-I (2010), significa o risco de alteração na integração e modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e comportamental (isto é, sistema autônomo, motor, de estado, organizacional, autorregulador e de atenção/interação). Os fatores de risco apresentados neste diagnóstico, pelo estudo, foram reflexos não compatíveis com a idade e convulsão febril. Os fatores de risco, por meio da NANDA-I (2010), destacam-se os problemas motores.

O diagnóstico *Risco de confusão aguda* tem como conceito o risco de perturbações reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção, que se desenvolvem em um curto período de tempo. (NANDA-I, 2010). Os fatores de risco por meio deste diagnóstico, apresentados, no estudo, foram: não dorme quando dispneico, sem sono devido à dor abdominal, uso de psicotrópico e a tosse durante o sono. Os

fatores de risco para este diagnóstico, por meio da NANDA-I (2010), são: flutuação no ciclo sono-vigília e medicamentos/drogas psicoativas.

Para Habib e Magalhães (2007), os bebês não são fisiologicamente e nem psicologicamente iguais quando nascem, pois existem diferenças individuais, e algumas crianças apresentam, desde cedo, discretos sinais de alteração no comportamento. Alguns bebês apresentam uma maior sensibilidade aos estímulos sensoriais do que a outros, o que os tornam irritáveis, mesmo as discretas mudanças no meio ambiente. Já outras crianças reagem pouco aos estímulos, necessitando de suporte, para responder à interação social. Essas características vêm sendo estudadas há algum tempo e, aparentemente, são indicadores futuros de problemas de comportamento.

A criança que tem necessidades especiais de qualquer tipo, causa ou grau, realiza um processo de reabilitação, que tem uma duração limitada, e com objetivo definido, com intuito de permitir que a pessoa obtenha o nível físico, mental ou social funcional ideal, fornecendo-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender medidas que visam a compensar a perda de uma função ou uma limitação, e facilitar ajustes ou reajustes sociais. Destarte, os profissionais de enfermagem têm um papel essencial, porque contribui o esclarecimento de dúvidas para a família, em busca de atender as necessidades da família/criança. (SILVEIRA; MOTTA, 2010).

Na **necessidade de Regulação Imunológica** identificou-se o diagnóstico de enfermagem *Risco de Infecção 25* (13,58%), sendo este o segundo mais frequente no estudo. O diagnóstico de *Risco de Infecção* tem como conceito o risco aumentado de ser invadido por organismos causadores de doenças. (NANDA-I, 2010). Os fatores de risco deste diagnóstico, na pesquisa foram alergia (medicamento, poeira, alguns tipos de fraldas, pelos, perfume) e calendário vacinal incompleto de acordo com a idade. Com base na NANDA (2010), os fatores de risco são agentes farmacêuticos, defesas primárias inadequadas (pele rompida), exposição ambiental aumentada a patógenos e imunidade adquirida inadequada.

A infecção é a invasão e a multiplicação de microorganismos dentro ou em tecidos do corpo, resultando em sinais e sintomas clínicos, e em uma resposta imunológica. A reprodução desses micróbios causa lesões no hospedeiro, para competir com o metabolismo endógeno, trazendo, como consequência, lesões celulares, devido às

toxinas produzidas pelo microorganismo. A gravidade da infecção varia de acordo com a capacidade de produzir doença e a quantidade de micro organismos invasores, segundo a resistência das defesas do organismo e a vários outros fatores. (BOLICK, 2000).

Na infância, com período de alta suscetibilidade às doenças transmissíveis, a imunização é uma das estratégias de prevenção mais importantes da sociedade, nos dias de hoje. A vacina é um meio de prevenção de enfermidades de técnica simples, relativamente barata, e que exige uma boa organização dos serviços de saúde. (SCHMITZ, 2005). Apesar das muitas vacinas, atualmente disponíveis, poderem ser fornecidas a indivíduos de qualquer idade, o principal esquema recomendado começa durante a fase da latência, e é completado durante a fase inicial da infância. (WONG, 1999).

Também durante o período de hospitalização da criança, muitas ações, exercidas pelos familiares, são importantes para a prevenção de infecções futuras. Segundo Souza e Oliveira (2010), neste período o familiar é orientado quanto à importância da simples lavagem das mãos, e sob os riscos da infecção hospitalar; este aprende o significado e o interpreta, reproduzindo-o por meio da ação que é observada por meio do comportamento, tornando-se participante no controle da infecção hospitalar. Destaca-se que as crianças afetadas não devem compartilhar com outras crianças quaisquer objetos de cuidados pessoais: enfeites de cabeça, lenços ou outros artigos que tenham estado próximos à área infectada. (WONG, 1999).

Na **necessidade de Regulação do Crescimento** apenas o diagnóstico de *Atraso no Crescimento e no desenvolvimento* com 7 (3,80%) foi identificado, e tem o conceito de desvios em relação aos padrões do grupo etário (NANDA-I, 2010). As características definidoras, na pesquisa, para este diagnóstico foram que criança com 1 ano não senta, não se arrasta, não engatinha; estatura pequena para a idade; característica de nanismo (membros superiores e inferiores menores proporcionalmente ao tronco) e neuropatia. As características definidoras, conforme a NANDA-I (2010) são: o atraso em desempenhar habilidades típicas do grupo etário, crescimento físico alterado, dificuldades para desempenhar habilidades típicas do grupo etário,

incapacidade de realizar atividades de autocontrole apropriadas à idade e tempo de reação diminuído.

O desenvolvimento da criança é uma característica principal do crescimento, que se modifica e se afirma como indivíduo. Essas necessidades, sendo atendidas diariamente, garantirão, harmoniosamente, o crescimento e o desenvolvimento, com preparo para o futuro. (SCHMITZ, 2005).

Quando a saúde é afetada por problemas crônicos, como a desnutrição, resulta no impedimento do desenvolvimento e no crescimento satisfatório. Então é importante que alguns fatores influenciadores do crescimento sejam destacados, como: a alimentação, a higiene de vida e corporal, as socioeconômicas e culturais, fatores do meio ambiente, as condições físico afetivas, os fatores genéticos e os fatores endócrinos. A alimentação, em boa quantidade e qualidade, deve satisfazer as necessidades específicas ligadas ao crescimento. A higiene de vida é o resultado das relações entre as atividades, as refeições, o repouso e o sono. E a higiene corporal influencia no desenvolvimento da criança, pois a partir dela surge o bem estar, que desempenha um papel de grande importância na saúde, pois, diminui os riscos de erupções cutâneas, feridas e suas consequências, e protege a criança contra as infecções de origem externa, além de manter boa saúde. A situação econômica da família repercute no desenvolvimento somático e intelectual da criança, exemplo: o nível instrucional dos pais cuja influência é tão decisiva na qualidade do desenvolvimento quanto à situação econômica. Os fatores do meio ambiente, em que por meio da qualidade do meio de vida dependem a boa saúde e a harmonia do desenvolvimento psíquico somático. As condições físico-afetivas repercutem conseqüentemente diretamente sobre o apetite da criança. Os fatores genéticos em que até os três anos de idade, a ação do meio ambiente é preponderante, mas depois desta idade os fatores genéticos influenciam gradativamente, como os fatores: raça, familiar e a maturação óssea. (SCHMITZ, 2005).

Martins e Paduan (2010) identificaram, em sua pesquisa, que muitos profissionais de enfermagem sentem que em nada, ou em pouco podem contribuir para o desenvolvimento da criança hospitalizada, pois pelo fato de não haver conteúdos sobre desenvolvimento humano na própria formação profissional, não se sentem responsáveis à intervenção, cabendo a outro profissional, especialista, esta intervenção.

Apesar de os enfermeiros participantes não reconhecerem a importância de alguns de seus procedimentos para o desenvolvimento psicossocial das crianças, e não se reconhecerem como mediadores do desenvolvimento da criança hospitalizada, nota-se que eles consideraram muito importante alguns aspectos no cuidado como o brincar, a vinculação afetiva, a atenção, o contato físico e a linguagem.

Na **necessidade de Regulação Vascular** destacaram-se três diagnósticos de enfermagem: *Débito cardíaco diminuído* 2 (1,08%), *Risco de Choque* 1 (0,54%) e *Risco de Sangramento* 1 (0,54%). O diagnóstico de *Débito cardíaco diminuído* conceitua-se como a quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais. (NANDA-I, 2010). As características definidoras para este diagnóstico, neste estudo, foram edema presente e sopro no coração. As características definidoras para este diagnóstico nos termos da NANDA-I (2010) são edema e sons B4.

O diagnóstico de *Risco de choque* tem como definição o risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo, capaz de levar a disfunção celular, com risco à vida (NANDA-I, 2010). Os fatores de risco apresentados neste diagnóstico da pesquisa foram hemorragia pulmonar e parada cardiorrespiratória em cirurgia. Os fatores de risco identificados pela NANDA-I (2010) são hipotensão, hipovolemia, hipoxemia e hipoxia.

O diagnóstico *Risco de Sangramento* conceitua-se como sendo risco de diminuição no volume de sangue capaz de comprometer a saúde (NANDA-I, 2010). Os fatores de risco para este diagnóstico no estudo foram efeitos secundários de cirurgia (hemorragia pulmonar). Os fatores de risco identificados através da NANDA-I (2010) são efeitos secundários relacionados ao tratamento (cirurgia, medicamentos).

Os distúrbios cardiovasculares, nas crianças, podem ser divididos em dois grupos: a cardiopatia congênita e os distúrbios cardíacos. A cardiopatia congênita está caracterizada como uma anormalidade anatômica, presente ao nascimento, continuando com anormalidade a função cardíaca. Os distúrbios cardíacos, constituídos por processos mórbidos, que ocorrem após a criança ter nascido, podem ser vistos em um coração normal ou na presença de defeitos cardíacos congênito. (COLLET; OLIVEIRA; VIERA, 2010).

Com relação ao choque, este resulta no prejuízo de todos os órgãos dos sistemas corporais, e pode desenvolver-se de forma muito rápida ou muito lenta. O organismo, no momento do choque, faz um grande esforço, para sobreviver, exigindo que todos os seus mecanismos homeostáticos restaurem o fluxo sanguíneo e a perfusão tecidual. Com isso, o cuidado de Enfermagem ao paciente em choque deve ter uma avaliação sistemática e contínua, prevendo as prescrições médicas para serem executadas com rapidez e exatidão. (SMELTZER; BARE, 2002).

Os pacientes com disfunções hemorrágicas, ou aquela que têm a potencialidade de desenvolver essas alterações, como resultados da doença, ou por drogas terapêuticas, devem ser observadas cuidadosamente, no caso a equipe de enfermagem e os pais observam a criança quanto ao risco de sangramento. Alguns sinais deste quadro podem ser indicativos do risco, como a pele, que é observada quanto à presença de petéquias e equimoses, o nariz e a gengiva quanto ao sangramento. Os pacientes hospitalizados podem ser monitorizados quanto a hemorragias, avaliando todas as suas drenagens e excretas (fezes, urina, êmese e drenagem gástrica) para sangue oculto. (SMELTZER; BARE, 2002).

Na **necessidade de Percepção** foi encontrado apenas o diagnóstico de enfermagem de *Dor Aguda* 13 (7,06%). Este diagnóstico tem como conceito, segundo a NANDA-I (2010), a experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para Estudo da Dor); início rápido ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses. As características definidoras encontradas na pesquisa foram comportamento não-verbal de dor, dor em local cirúrgico, verbaliza dor (cabeça, abdominal, tórax, empachamento pós-prandial). As características definidoras para este diagnóstico, na NANDA-I (2010), são comportamento de proteção, comportamento expressivo (choro, irritabilidade, gemido), expressão facial (aparência abatida), posição para evitar dor e relato verbal de dor.

Em comparação ao estudo, a avaliação da dor deve ser realizada tanto quanto a temperatura, a respiração, pressão arterial e frequência cardíaca. Também é importante avaliar utilizando os mesmos parâmetros (instrumentos), promovendo um acompanhamento contínuo todo o dia. É importante que o profissional considere a

percepção do paciente à dor em uma escala podem comportar-se de maneiras diferentes, evidenciando agitação ou não agitação, choro, gritos, gemidos, ou comportamentos quietos e estóico. (SANTOS et al., 2010).

Wong (1999) descreve algumas características das respostas das crianças frente à dor, de acordo com o desenvolvimento: no lactente jovem é apresentada a resposta corporal generalizada de rigidez ou agitação, possivelmente com retraimento local e reflexo da área estimulada, choro alto, expressão facial de dor e não demonstra associação entre o estímulo que se aproxima e a dor subsequente; no lactente com mais idade ele apresenta uma resposta corporal localizada com retraimento deliberado da área estimulada, choro alto, expressão facial de dor e/ou raiva e resistência física, especialmente empurrando o estímulo para longe depois que ele é aplicado; e na criança jovem caracteriza-se pelo choro alto, expressões verbais (Ai, Ui), agitação de braços e pernas, tenta empurrar o estímulo para longe antes que ele seja aplicado, não colabora, precisa de contenção física, pede para o procedimento ser terminado, agarra-se aos pais, enfermeiro, ou outra pessoa que seja importante para ela.

A avaliação e o alívio da dor no período neonatal sofrem influências de crenças, atitudes e fatores relacionados ao próprio paciente e ao observador (pai ou responsável), e que estas influências variam, podendo, muitas vezes, serem contrárias a alguns de seus efeitos e precisarem de mais estudos. Desde o nascimento, os neonatos expressam as suas necessidades físicas e emocionais por meio de comportamentos, como o choro, a expressão facial e o movimento corporal, estimulando o adulto a identificar e a interpretar esses sinais de dor e desconforto, estabelecendo um mecanismo de codificação, decodificação e, depois, da tomada de decisão. (BALDA et al., 2009).

Para o reconhecimento da expressão facial da dor do recém-nascido vários fatores que interferem estão associados e inter-relacionados. Em virtude deste fato, percebe-se que as características pessoais, profissionais e socioeconômicas associadas a aspectos individuais, emocionais e psicológicos do adulto responsável pela assistência neonatal, interferem na sua capacidade de observar e interpretar a comunicação não verbal da dor expressa pelo recém-nascido. Assim, é necessária a utilização de sistemas de métodos objetivos de avaliação da dor, por meio do emprego rotineiro, junto ao leito,

de escalas de avaliação do fenômeno doloroso desenhadas para um público alvo específico, sendo eles os pacientes que ainda não sabem verbalizar a dor que sentem. (BALDA et al., 2009)

Na **necessidade de Segurança** foram encontrados quatro diagnósticos de enfermagem: *Medo* 5 (2,71%), *Paternidade ou maternidade prejudicada* 3 (1,63%), *Ansiedade* 1 (0,54%) e *Desempenho do papel ineficaz (Mãe)* 1 (0,54%). O diagnóstico do *Medo* tem como definição, conforme a NANDA (2010), a reação à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como uma ameaça. As características definidoras para este diagnóstico, no estudo, foram apatia, insegurança, agarra-se com o acompanhante e choro na presença de pessoas. Segundo a NANDA-I (2010), para este diagnóstico as características definidoras são fadiga, palidez, estado de alerta aumentado, estímulos entendidos como ameaça e identifica o objeto do medo.

O diagnóstico de *Paternidade ou maternidade prejudicada*, que foi apresentado em maior quantidade nesta necessidade, significa a incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança (NANDA, 2010). Para este diagnóstico, foram estabelecidas, no estudo, algumas características definidoras como: presença de dentes com cárie, couro cabeludo com sujidade, higiene corporal prejudicada, não faz higiene íntima há 1 dia, odor forte no corpo (fralda cheia de diurese). As características definidoras com base na NANDA-I (2010), relacionadas a este diagnóstico, são: o cuidado inconsistente, negligência com a criança, manutenção inadequada da saúde da criança, e habilidades impróprias para o cuidado.

A *Ansiedade* é um diagnóstico definido pela NANDA-I (2010) como sendo um vazio e incômodo sentimento de desconforto ou medo, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de inquietação causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas, para lidar com a ameaça. As características definidoras para este diagnóstico, identificadas no estudo, foram apatia, insegurança e medo. As características definidoras pela NANDA-I (2010) são fraqueza, boca seca, incerteza e medo de consequências inespecíficas.

O diagnóstico de *Desempenho do papel ineficaz* (mãe), segundo a NANDA-I (2010), compreende os padrões de comportamento e autoexpressão que não combinam com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente. Para este diagnóstico, as características definidoras do estudo, foram: presença de dentes com cárie, couro cabeludo com sujidade, higiene corporal prejudicada, não faz higiene íntima há 1 dia, odor forte no corpo (fralda cheia de diurese). As características definidoras para este diagnóstico, segundo a NANDA-I, são habilidades inadequadas, competência inadequada para o papel e conhecimento deficiente.

Grande parte das crianças não são orientadas e preparadas para o procedimento de realização de exames, havendo apenas instruções de como agir durante sua execução. Estes fatos trazem, como consequência, o despreparo e medo do desconhecido, resultando em uma intensificação de fantasias que obtêm a crença de que suas ideias e pensamentos são reais. Por este motivo o hospital pode causar traumas irreversíveis na criança, criando uma experiência aterrorizante, devido à constante exploração de seu corpo, pela realização de inúmeros procedimentos, pela submissão a restrições e pela forma como a equipe hospitalar manipula essa experiência. (FERRO; AMORIM, 2007).

O enfermeiro deve estar atento às individualidades da criança e buscar identificar as necessidades da família, para auxiliá-los no enfrentamento das dificuldades. Esta atitude profissional, apesar de desafiadora, é uma responsabilidade e um compromisso moral. Com isso, há a necessidade de a equipe de enfermagem compreender a importância da família de ser inserida no processo do cuidado, buscando entender os seus anseios, suas vivências e o contexto social no qual esta se insere, e, assim, podendo produzir um cuidado integral e único, à criança, na medida em que a família também é cuidada. (AMADOR et al., 2010).

Para se trabalhar com a Enfermagem, em pediatria, não basta apenas querer por algum motivo pessoal, mas sim uma soma de vários fatores que influenciam em um cuidado de qualidade, sem interferir na segurança, e, conseqüentemente, no desenvolvimento psicossocial da criança. Martins e Paduan (2010) relatam que a inserção de profissionais da saúde na atividade com crianças é bastante variada. Muitos se identificam nesta atividade desde a formação, outros estão no setor por indicação de outros profissionais sem que nunca houvessem pensado em desempenhar tal atividade,

confundindo, muitas vezes, a vida pessoal (ter filho), com a capacidade de exercer a função profissional no setor.

A higiene de uma criança que se apresenta hospitalizada é um cuidado da Enfermagem, que tem o intuito de prevenir doenças, estabelecer a saúde e assegurar conforto e bem estar. Durante esse momento do cuidado corporal permite-se que seja realizado um exame físico rápido, que promove a educação sobre a importância dos hábitos de higiene corretos para criança e a família/acompanhante. (COLLET, OLIVEIRA, VIERA, 2010). Com isso, no recém-nascido, deve ser avaliado a cada parte do banho, como: mudanças na cor da pele (que podem ser causados por estresse, fadiga ou resfriamento), assim, deve ser interrompido o banho imediatamente; observar presença de secreções (exsudatos), descolorações, edemas e vermelhidão em torno dos olhos, sinais estes de infecção ou irritação química. (KENNER, 2001).

A conservação dos dentes deve ser realizada desde o início da infância, pois evita problemas, como também garante o papel importante de dentição decídua na oclusão dos dentes permanentes. Os processos de cáries em dentes decíduos podem determinar um encurtamento do comprimento e da altura do dente, ocorrendo também em alguns casos à perda precoce. Com isso, cabe a enfermagem o papel de avaliar, orientar e encaminhar a criança ao dentista, a fim de oferecer ao paciente, condições bucais e evitar complicações futuras. A educação odontológica é muito importante para a criança e seus responsáveis, porque determina o sucesso do tratamento, pois os pais, servindo de exemplo, auxiliam a criança a cuidar de seus dentes (SCHMITZ, 2005).

Ao passar dos tempos, a enfermagem esquivou-se de seu papel principal, a partir da autorização de tarefas e de responsabilidades à mãe. Estes profissionais de enfermagem causaram uma fragmentação na assistência, deixando a atividade do cuidado de ser exclusiva da profissão, para ser uma atividade realizada entre as mães/responsáveis, e a equipe do plantão hospitalar. Muitas vezes não existe diálogo com as mães na realização dos procedimentos, causando uma falta de negociação dos cuidados. De um lado aparece a mãe, com atitude de não interferir nos espaços, cada vez mais, delimitados, desses agentes, na unidade pediátrica, e do outro, há uma atitude omissa da Enfermagem, ao não especificar os espaços e as funções que são consideradas

parte do trabalho coletivo de diagnóstico e terapêutico, que podem ser realizados pela mãe. (PIMENTA, COLLET, 2009).

Assim sendo, durante a hospitalização da criança, os cuidados básicos como: alimentação, higiene, repouso, prevenção de acidentes domésticos, entre outros, deixam de ser exclusivos da família e passam a ser de responsabilidade das equipes de enfermagem e da instituição. Com isso, há a necessidade de a Enfermagem reconhecer suas atividades e transparecer para a criança e para a mãe sobre como lidar com a interseção entre o âmbito doméstico, o hospitalar e o terapêutico. (COLLET, ROCHA, 2004).

Collet e Rocha (2004), também confirmam que a família deve ser envolvida nos cuidados à criança, contudo é importante rever os modos como a enfermagem tem delineado esse processo. Em alguns casos a família é imposta a realizar cuidados que, mesmo parecendo simples e que se assemelhem àqueles realizados em casa, como alimentação, higiene e conforto, no hospital, assumem novas características, como sondas, drenos, infusões, as quais tornam mais complexas o mesmo cuidado e que nem sempre a família está preparada para realizar. Com isso, a enfermagem deve reorganizar sua prática assistencial a partir do cuidado negociado e compartilhado em cada situação singular, promovendo a autonomia da família e respeitando as demandas de cuidado da família.

Na **necessidade de Comunicação e recreação** dois diagnósticos de enfermagem destacaram-se: *Atividade de recreação deficiente* 8 (4,34%) e *Comunicação verbal prejudicada* 1 (0,54%). O diagnóstico de *Atividade de recreação deficiente*, que se apresentou em maior quantidade neta necessidade, tem como conceito a estimulação diminuída em atividades recreativas ou de lazer. As características definidoras para este diagnóstico, por meio da pesquisa, foram a não participação das atividades recreativas (devido à dificuldade de locomoção, ficava no isolamento da pediatria e a mãe bastante reservada socialmente). De acordo com a NANDA-I (2010), a característica definidora foi os passatempos habituais não podem ser realizados no hospital.

O diagnóstico de *Comunicação verbal prejudicada* define-se como sendo uma habilidade diminuída, demorada ou ausente para receber, verificar, transmitir e usar um

sistema de símbolos. (NANDA-I, 2010). As características definidoras, pelo estudo, para este diagnóstico, foram não consegue falar (chora na presença das pessoas) e agarra-se com o acompanhante. As características definidoras para este diagnóstico, segundo a NANDA-I (2010), são não consegue falar e recusa obstinada a falar.

No primeiro momento da internação entre o familiar/acompanhante algumas interferências são sofridas como: reações de medo, ansiedade e angústia; desconhecimento dos procedimentos feitos com a criança; e falta de confiança por parte dos familiares. Quando o familiar/acompanhante permanece por mais tempo na instituição ou (re)interna a criança com maior frequência, então estes são considerados, pela equipe de enfermagem, como questionador e exigente, já que o parente da criança compreende a cultura deste lugar, reconhecendo o profissional como competente, utilizando terminologias científicas, e reproduzindo alguns cuidados que são prestados pela equipe de enfermagem. (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Para a criança o ambiente hospitalar é um local de proibições; em que não se pode correr pelos corredores, jogar bola, falar alto, e, dependendo das regras do hospital, também não se pode brincar. Este lugar é, em geral, assustador, pois ela, antes, tinha a liberdade de realizar as suas vontades em seu espaço, e, somado a isso, o fato de sua debilitação física e emocional estar presentes na situação, tornam a experiência ainda mais agravante. (FERRO; AMORIM, 2007).

Frente a esses problemas percebidos durante o período de hospitalização, alguns profissionais já buscam alternativas, para amenizar o sofrimento que a criança passa por todo esse processo. Com isso, alguns autores por meio de suas pesquisas comprovam que algumas atividades diminuem o número de traumas psicológicos, e, conseqüentemente, acelera a melhora do quadro clínico. Fontes et al. (2010) detalham que brincar é a principal atividade desenvolvida pela criança, e que durante o processo de hospitalização ela não deve deixar de realizá-la. Por meio de um modelo de programa de implementação para a humanização da assistência ao paciente e sua família, a hospitalização poderá se tornar menos traumática, e os efeitos negativos poderão ser minimizados.

A música, que é uma intervenção de baixo custo, não farmacológica e não invasiva, pode ser empregada no âmbito hospitalar, promovendo os processos de

desenvolvimento e a saúde da criança, da família, e até dos trabalhadores. A Enfermagem pode ser um facilitador deste processo, aplicando a implantação da intervenção musical nos serviços de saúde e da defesa de seu uso, participando, não só, como executora do projeto, mas também da avaliação de sua eficácia, mas isso baseado em saberes e conhecimentos específicos, para saber como atuar e o que desenvolver. (FERREIRA; REMEDI; LIMA, 2006).

Muitas outras formas de expressão artísticas têm sido desenvolvidas nos hospitais, desde as mais clássicas, como a pintura, o teatro, a literatura, a música, ao teatro clown, uma das mais atuais. Com base nestes fatores, vários projetos, que incorporam outros referenciais, e não somente o biomédico, têm sido divulgados nos meios de comunicação, com destaque para "Doutores da Alegria"; "Biblioteca Viva"; "Uma canção no cuidar"; "Brincar é coisa séria"; "Companhia do Riso". Estes projetos têm o intuito de incorporar ao processo de hospitalização outras intervenções que valorizem o processo de desenvolvimento infanto-juvenil e a sua recuperação. (FERREIRA; REMEDI; LIMA, 2006).

Na **necessidade de Regulação Hormonal** não foram identificados diagnósticos de enfermagem. Esta necessidade tem grande importância, pois os fatores endócrinos enfatizam os hormônios como um importante papel no crescimento da estatura, no amadurecimento dos ossos. Doenças provocadas na criança pelo excesso ou carência de certos hormônios, e a experiência em animais provam a ação determinante dos hormônios, e seus efeitos complementares no organismo humano. (SCHMITZ, 2005). Na **necessidade de Cuidado Corporal** também não foram identificados diagnósticos de enfermagem, isto talvez se justifique pelo fato de alguns diagnósticos apresentados estarem relacionados ao autocuidado, os quais não se aplicam a crianças de 0 a 5 anos de idade.

A partir das características definidoras e dos fatores de risco detalhados e direcionados para cada diagnóstico, no estudo, vêm reforçar o que a NANDA-I (2010) descreve, com relação a este assunto, pois são as características dos indivíduos, das famílias e das comunidades passíveis de observação e verificação, que funcionam como indicações ou inferências, que se agrupam como manifestações de uma doença existente ou estado de saúde bem estar, ou um diagnóstico de enfermagem.

O uso de diagnósticos de enfermagem é essencial à educação dos enfermeiros, pois a investigação e o diagnóstico de indivíduos, famílias e comunidades ensinam o raciocínio e o pensamento críticos difíceis. Os resultados e escolhas de futuras intervenções são fundamentados em diagnósticos de enfermagem exatos e válidos. É importante que o enfermeiro, ao usar estes diagnósticos, comece com a investigação ou o levantamento de dados e a obtenção da história, pois a partir destes dados em que se investigam e coletam dados (informações) sobre os indivíduos, as famílias e a comunidades, identificam “sinais e sintomas” ou as características definidoras dos conceitos dos diagnósticos de enfermagem. (NANDA-I, 2010).

O diagnóstico de enfermagem é diferente do diagnóstico médico, devido o seu foco do atendimento que é o bem estar e auto-realização da pessoa. Os enfermeiros identificam experiências e respostas do indivíduo a problemas de saúde e a processos de vida que têm significados especiais para eles. Estes profissionais não deixam as pessoas saudáveis por meio dos diagnósticos e intervenções, mas as próprias pessoas que ficam saudáveis, mediante os próprios comportamentos. Assim, os enfermeiros identificam os diagnósticos mais exatos, com potencial, para orientar o atendimento de enfermagem, a fim de que sejam alcançados resultados positivos de saúde, para que sejam obtidas mudanças no comportamento que influenciam a saúde de indivíduos. (NANDA-I, 2010).

Na criança hospitalizada a atividade de identificação de diagnósticos de enfermagem, por meio das características definidoras e fatores de risco, tornam, cada vez mais, necessários, a atuação de enfermeiros capacitados, com conhecimento científico e prático para o exercício de suas atividades diárias. Para tanto, trabalhar com o indivíduo, especialmente com crianças, exige um saber do próprio desenvolvimento físico, intelectual e cognitivo específico para cada faixa etária na infância.

Os autores Martins e Paduan (2010), em um estudo, revelaram que os conteúdos sobre o desenvolvimento humano, principalmente o infantil, não são oferecidos na formação de profissionais de saúde e nem como capacitação no setor hospitalar, assim, sua formação fica voltada a aspectos gerais de cuidados físicos e procedimentos hospitalares com a criança. Portanto, há a necessidade de implantação de

capacitação sobre essa temática nos cursos que são oferecidos pelo setor em que se trabalha, devido a sua grande importância para a atividade dos auxiliares e técnicos de enfermagem, a fim de melhorar a qualidade e sistematização do cuidado integral da população infantil e de seus familiares.

Mas mesmo com as grandes dificuldades que a hospitalização causa na criança, como os riscos de infecção, dificuldades de interação com as equipes de saúde e não aceitação do ambiente novo; Wong (1999) cita alguns benefícios deste processo, que são a recuperação da doença, a oportunidade para que as crianças dominem o estresse e se sintam competentes em sua capacidade de enfrentamento, e de que hospital pode proporcionar às crianças novas experiências de socialização, para aumentar suas relações interpessoais.

O profissional de enfermagem, mais especificamente o enfermeiro deve estar bem preparado, capacitado, ter um conhecimento teórico empírico para que no momento da execução de suas atividades por meio do seu pensamento crítico obtenha o resultado satisfatório, priorizando sempre a saúde e bem-estar da criança. Espera-se que este estudo sirva para um enriquecimento teórico científico sobre a terminologia da NANDA-I, em que foi colocado em prática toda a sua implementação a criança hospitalizada; na análise das características definidoras e dos fatores de risco apresentados pelas crianças e na identificação dos diagnósticos de enfermagem.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Enfermagem, ao longo de sua história, vem passando por conquistas, desde o surgimento da enfermeira Florence Nightingale, que deu início a Enfermagem Moderna, trazendo, para esta profissão, um embasamento teórico para que o profissional execute suas atividades práticas com capacidade de um ser pensante, e não meramente um executor das atividades biomédicas. Por meio destes valores, obtidos ao longo dos anos, é que fazem desta profissão uma Ciência que não repete ações, mas que tem um próprio pensamento crítico para a busca, a cada dia, de um cuidado sistematizado de qualidade para melhora e cura do indivíduo.

Entendendo que o Processo de enfermagem é um instrumento facilitador da execução das atividades de enfermagem, que busca uma qualidade e eficácia do cuidado. Esse estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar diagnósticos de enfermagem em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas, sendo esta uma tarefa que exige do profissional de enfermagem um conhecimento científico, e, acima de tudo, uma sensibilidade, para perceber as deficiências e necessidades em que o indivíduo se encontra.

Atualmente, mesmo com os estudos avançados e a tecnologia para o conhecimento, percebe-se que muitos dos profissionais de enfermagem desconhecem a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e, conseqüentemente, do Processo de enfermagem. Isto é perceptível, claramente, nos locais de assistência, especialmente nos hospitais e outros serviços públicos, pois mesmo com a Resolução 272/2002, revogada pela nova Resolução 358/2009, observa-se que grande parte das instituições de saúde não tem implementada a SAE em seus serviços.

Os diagnósticos de enfermagem, que é a segunda etapa do Processo de enfermagem, buscam, por meio dos sinais e dos sintomas, classificar e padronizar a linguagem da Enfermagem. Neste estudo, foi utilizada a Taxonomia II da NANDA-I, para denominar os Diagnósticos de Enfermagem em crianças em uma Clínica Pediátrica de um hospital escola, a partir dos fatores de risco ou características definidoras identificados de acordo com as necessidades humanas básicas de Horta, e analisou-se os que apresentavam a relevância para os diagnósticos de enfermagem mais frequente na amostra de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas.

A experiência como enfermeira assistencial com crianças lactentes e a consequente percepção da necessidade do cuidado continuado foi um grande motivo para a escolha de se trabalhar com crianças nesta faixa etária. Foi utilizado o instrumento para a coleta dos dados, já validado no local do estudo, para crianças de 0 a 5 anos de idade, o que facilitou bastante para a pesquisadora, porque era um instrumento próprio da clínica que foi estudada, em que atendia especificamente àquela população da pesquisa. Trabalhar com crianças nesta faixa etária torna a atividade mais complexa, porque estes são indivíduos que, em grande parte, não relatam, verbalmente, a queixa, em que, muitas vezes, apenas demonstram por meio de gestos e atitudes e possuem uma fragilidade específica da idade.

A amostra foi composta por 37 crianças hospitalizadas, em que a maior parte dos participantes da pesquisa eram lactentes, que vieram do Município de João Pessoa. Com relação à escolaridade dos acompanhantes (pais/responsáveis) das crianças, a maioria possuía o nível fundamental incompleto. Observou-se, também, como resultado dos dados obtidos, que alguns diagnósticos apresentaram-se em grande frequência quando comparada a outros, tais como: na necessidade de Integridade física o diagnóstico a *Integridade da pele prejudicada* apresentou-se com o mais frequente, em seguida o diagnósticos de *Risco de infecção*, da necessidade regulação imunológica, e *Risco de desequilíbrio eletrolítico*, da necessidade de hidratação e *Dor aguda*, da necessidade de percepção. A necessidade de regulação hormonal não apresentou nenhum diagnóstico de enfermagem, mesmo sabendo que os fatores endócrinos têm um importante papel no crescimento da estatura, no amadurecimento dos ossos.

A realização do estudo evidenciou a importância da segunda etapa do Processo de enfermagem, que é o diagnóstico de enfermagem, por meio da identificação dos sinais e sintomas de crianças hospitalizadas na faixa etária de 0 a 5 anos; a padronização da linguagem da Enfermagem, utilizando a Taxonomia da NANDA-I, sendo este um sistema de classificação empregado em todo o mundo, e que dá continuidade do cuidado prevenindo erros, repetições e desperdício de tempo.

O enfermeiro, por meio dos sinais e dos sintomas identificados na coleta dos dados, também reconhece as características definidoras e fatores de risco para a determinação dos diagnósticos de enfermagem. Com isso, para que o profissional saiba

como realizar estas atividades é necessário previamente um conhecimento técnico-científico específico para a clientela, especificamente para crianças de 0 a 5 anos de idade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência prestada.

Foi possível identificar os sinais e sintomas a partir da coleta de dados e compará-los às características definidoras e fatores de risco determinados pela NANDA-I, que foram essenciais para a consignação dos diagnósticos de enfermagem no estudo. Acredita-se que, utilizando diagnósticos baseados em um modelo teórico, seguindo um sistema de classificação internacional, a assistência de enfermagem é assegurada para uma continuidade da realização das demais etapas do Processo de enfermagem, fornecendo assim autonomia para o enfermeiro executar suas ações, promovendo, mantendo e melhorando a saúde da criança, que resulta em um cuidado qualificado e humanizado à criança, como também documenta a prática profissional para a continuidade do cuidado, de forma que as pessoas envolvidas no tratamento tenham acesso ao plano de assistência.

Ao concluir esta pesquisa, tem-se a sensação de uma conquista satisfatória, pois os objetivos propostos tiveram o resultado alcançado, mesmo com o esforço, para obter a coleta dos dados, como as inúmeras idas ao hospital e a necessidade de aceitação dos responsáveis em participar da pesquisa. Este estudo foi de engrandecimento pessoal da pesquisadora porque exigiu antecipadamente um maior conhecimento teórico-científico da Taxonomia da NANDA-I para ser colocado em prática, para saber identificar por meio do pensamento crítico, as características definidoras e os fatores de riscos nas crianças da amostra do estudo. Espera-se que este trabalho venha servir de estímulo para novos estudos e pesquisas nesta área, que necessita, a cada dia, de profissionais interessados, capacitados, e com pensamento crítico para a execução de atividades complexas.

## **6. REFERÊNCIAS**

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de enfermagem: Promoção do cuidado colaborativo**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

AMADOR D. D. et al. Reflexões acerca do enfoque do cuidado de enfermagem à criança Hospitalizada. In: II Colóquio Luso-Brasileiro sobre saúde, educação e representações sociais. III Fórum Internacional de Saúde, envelhecimento e representações sociais- III FISERS Seminário Internacional sobre Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB: 30 anos promovendo ciência e prática SIPGE, 07, 2010, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: UFPB, 2010. p. 298-305.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Enferm. USP**, v.43, n.1, p.54-64, 2009.

ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev. bras. enferm.** v.60, n.1, p.96-98. 2007.

BACKES, D. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.16, n.6, p. 979-85, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_07.pdf). Acesso em: 10 mar. 2010.

BALDA, R. C. X. et al. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido. **Rev. paul. pediatr**, v. 27, n. 2, p. 160-167, June 2009.

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. A criança hospitalizada. **Pediatria**, v.21, n.3, p.182-190. São Paulo, 1999.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto e contexto Enfermagem**, v.15, n.4, p.617-28, out-dez, 2006.

BOLICK, D. et al. **Segurança e controle de infecção**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

BRAGA, C. G., CRUZ, D. A. L. M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (Nanda). **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v.11, n.2, p:240-4, mar./abr., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2ª edição, revisada. Brasília: 2007. Álbum seriado. 18p.

BRASIL. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Conselho Nacional de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF: CNS. v. 5, n. 2, p. 12-42, abr./jun. 1996.

CAETANO, J. do R. de M. et al . Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.285-291, June 2002.

CARVALHO, T.; MARA, L. S. Hidratação e Nutrição no Esporte. **Rev Bras Med Esporte**, v. 16, n. 2, p.144-148, Apr. 2010.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem em pediatria**. 2ª ed. Goiânia: AB, 2010.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 2, p.191-197, Apr. 2004.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa – PT: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. Cap. 12 a 15.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009**. p.1. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/downloads/RESOLUCAO3582009.doc>. Acesso em: 12 dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN 272/2002**. p. s/p Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34>. Acesso em: 17 mar. 2010.

DIAS, S. M. Z. MOTTA, M. G. C. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança Hospitalizada. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 3, n. 1, p. 41-54, jan./abr. 2004.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FERREIRA, Caroline Cristina Moreira; REMEDI, Patrícia Pereira; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 5, p. 689-693, Oct. 2006.

FERRO, F. O.; AMORIM, V. C. O. As emoções emergentes na hospitalização infantil. **Rev. Eletrônica de Psicologia**, ano. 01, n. 01, s/p, 2007. Disponível em: <http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/fabricya.htm>. Acessado em: 02/11/2010.

FONTES, C. M. B. **Perfis de diagnósticos de enfermagem antes e após a implementação da classificação da NANDA-I**. 112p. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FONTES, C. M. B. et al. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 16, n. 1, p.95-106, Apr. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382010000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382010000100008&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Nov. 2010.

FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. O Diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p.189-198, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acessado em: 11/02/2010.

FURTADO, M. C. C.; LIMA, R. A. G. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v.33, p. 364-69, 1999.

GARCIA, T. R. **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. In: 10º SINADEN – Simpósio Nacional e Diagnóstico de Enfermagem. Parlamundi-Brasília-DF, 2010.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo**. In: 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2000, Recife/ Olinda – PE. Enfermagem 2000: Crescendo na Diversidade . Recife-PE: ABEn- PE, v.1, 2002.

GEORGE, J. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3.ed. St. Louis: Mosby, 1994.

HABIB, E. S; MAGALHAES, L. C. Criação de questionário para detecção de comportamentos atípicos em bebês. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 3, p.177-183, Maio/June 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552007000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000300002&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Nov. 2010.

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

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

KLETEMBERG, D. F.; MANTOVANI, M. de F.; LACERDA, M. R. Entre as teorias e as práticas do cuidar: que caminho trilhar? **Cogitare Enfermagem**, v.9, n. 1, p.94-99, 2004.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2ª ed. Rev. Ampl. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006. 396p.:il.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. O processo de implementação do Diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. vol.40, n.1, p. 111-16, 2006.

LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, abril 1999.

LINS, M. G. M.; MOTTA, M. E. F. A.; SILVA, G. A. P. Fatores de risco para diarreia persistente em lactentes. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.239-246, Dec. 2003 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-28032003000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032003000400008&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Dec. 2010.

LUNNEY, M. **Pensamento Crítico e Diagnósticos de Enfermagem: estudos de casos e análises**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARTINS, S. T. F.; PADUAN, V. C. A equipe de saúde como mediadora no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 45-54, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a06v15n1.pdf>. Acessado em: 02/11/2010.

McEWEN M.; WILLS E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem**. p. 66, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; HAAS, V. J. Características definidoras validadas por especialistas e as manifestadas por pacientes: estudo dos diagnósticos disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008; 16(6): 951-8.

MELSON, K. A. et al. **Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados**. Rio de Janeiro: Ed. Reichmann & Affonso, 2002.

MICULIS, C. P. et al. Atividade física na criança com diabetes tipo 1. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 4, p.271-278, Aug. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400005&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Dec. 2010.

- MITRE, R. M. A. GOMES, R. A. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. V.12, n.5, p.1277-1284, 2007.
- MONTEIRO, F. P. M. et al. Condutas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: validação de um guia. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.458-463, Dec. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400012&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Nov. 2010.
- MURAHOVSKI, J. A criança com febre no consultório. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Vol. 79. Supl.1. p.55-64. Porto Alegre, 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572003000700007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700007&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Dec. 2010.
- NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2010**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. João Pessoa: Imprima, 2007.
- NÓBREGA, M. M. L da et al. Terminologias de enfermagem: da taxonomia da Nanda à classificação internacional para a prática de enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**. V. 2, n. 4, p. 390-96, 2008.
- NORAT, E. M. et al. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital universitário. **Rev Enferm UFPE On Line**. V. 3, n. 2, p. 10-20, 2009.
- PAIVA, M. B. de; SOUZA, C. A. C. de; SOARES, E. Fatores que interferem na prevenção do sono e repouso de criança em Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 29-35, Apr. 2006.
- PERSEGONA, K. R.; LACERDA, M. R.; ZAGONEL, I. P. S. A subjetividade permeando o processo do cuidar em enfermagem à criança com dor. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p.518-525, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a18.pdf>>. Acessado em 16/10/2009.
- PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009.
- PINA, J. C. MELLO, D. F.; LUNARDELO, S. R. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 59, n.3, p.270-3, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIETSCH, Silvio O. M. et al. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 13, n. 5, p.303-310, May 2003.

RALPH, S.S.; TAYLOR, C. M. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

ROSSI, C. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 5, Oct. 2010.

SCHMITZ, E. M. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. v.43, n.3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>. Acessado em: 30/05/2010.

SILVA, K. L. **Construção e Validação de Instrumento de Coleta de Dados para Crianças de 0 - 5 anos**. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

SILVEIRA, Renata Dourado da; MOTTA, Maria Catarina Salvador. Assistência à criança com disfunção neuromotora na abordagem da rede social: um estudo de caso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.91-98, Mar. 2009.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth – Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Guanabara: Koogan, 2002. v. 1.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth – Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Guanabara: Koogan, 2002. v. 3.

SOUZA, E. L. et al. Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.24, n.5, p. 1062-70, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/13.pdf>. Acessado em: 14/05/2010.

SOUZA, Tania Vignuda de; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.551-559, Sept. 2010.

SPERANDIO, D. J. ÉVORA Y. D. M. **Planejamento da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Semi-Intensiva**. Ribeirão Preto, 2007. Publicado em maio de 2002. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo>>. Acessado em 12/09/2009.

TENENBOJM, Eduardina et al . Causas de insônia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: atualização. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 221-226, June 2010.

VASCONCELOS, C.P et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. v. 5, n. 1, p.:10-9, jan./fev, 2011.

WONG, D. L **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

# APÊNDICE

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Esta pesquisa intitula-se Diagnóstico de enfermagem em crianças hospitalizadas, utilizando a Taxonomia II da NANDA-I, e está sendo realizada por Pollyana Amorim Ponce de Leon Bezerra, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (mestrado), e orientada pela Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, docente do DESPP e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba. A finalidade da pesquisa é estabelecer, utilizando a Taxonomia II da NANDA-I, Diagnóstico de enfermagem em crianças hospitalizadas de um Hospital Universitário.

Esclarecemos que a sua participação, como mãe ou responsável da criança, na pesquisa é **voluntária** e, portanto, você não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Solicito sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e para publicá-los em periódicos da área. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome e o de seu filho(a) serão mantidos em sigilos.

As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura da Pesquisadora

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa Diagnóstico de enfermagem em crianças hospitalizadas utilizando a Taxonomia II da NANDA-I; e para que as pesquisadoras apresentem os seus resultados em eventos científicos e/ou os publiquem em periódicos da área.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

---

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Endereço das pesquisadoras responsáveis:  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde - UFPB  
Cidade Universitária – João Pessoa, PB  
58059-900 Fone: 0XX83 3216.7229 Fax: 0XX83 3216.7162  
E-mail: miriam@ccs.ufpb.br  
pollyanaleon@yahoo.com.br

## **ANEXOS**

## ANEXO A

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – CRIANÇA 0 – 5 ANOS



**HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**  
LAURO WANDERLEY-UFPB

**DIVISÃO DE ENFERMAGEM**  
Sistematização da Assistência de Enfermagem  
Clínica Pediátrica - Histórico de Enfermagem

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:			Idade:	
Como é chamado em casa	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Procedência:	Data Nascimento:	
Nome Acompanhante:			Escolaridade acompanhante	
Data de admissão: ____/____/____	Enfermaria:	Nº. Prontuário	Religião:	

## 2. INTERNAÇÕES ANTERIORES / QUEIXA PRINCIPAL


## 3. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS / EXAME FÍSICO:

T _____ °C	P _____ bpm	R _____ ipm	PA _____ mmHg	FC _____ bpm
Est. _____ cm	Peso _____ Kg	PC _____ cm	PT _____ cm	CA _____ cm

**Necessidade de Oxigenação**  
Respiração:  bradipneica  eupneica  dispneica  taquipneica    Tosse:  seca  cheia com expectoração  cheia sem expectoração  
Característica das secreções: \_\_\_\_\_  batimento de asa do nariz  tiragem intercostal  
Ausculta pulmonar:  murmúrios vesiculares  sibilos  roncos  estertores  crepitos    Cianose:  labial  ungueal

**Necessidade de Nutrição**  
Estado nutricional:  obeso  normal  emagrecido  caquético    Aceitação alimentar:  boa  regular  insuficiente  
Intolerância Alimentar:  sim  não A que \_\_\_\_\_  
Via de administração alimentar:  oral  SNG  sonda nasointestinal  parenteral

**Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica**  
Estado de hidratação:  hidratada  desidratada  hiperhidratada    Restrição Hídrica:  sim  não \_\_\_\_\_ ml  
Infusão de líquido:  TRO  Infusão venosa    Fontanelas:  abauladas  deprimida  normal  
Reposição de substâncias hidroeletrolíticas:  sim  não Quais \_\_\_\_\_  
Risco de perdas hídricas e eletrolíticas:  sim  não

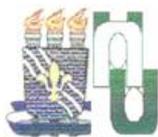
**Necessidade de Eliminação**  
Abdome:  plano  flácido  tenso  distendido  encovado  globoso  presença de massa    Localização \_\_\_\_\_  
Som:  maciço  submaciço  timpânico  
Vômito:  sim  não    Frequência \_\_\_\_\_    Aspecto: \_\_\_\_\_  
Fezes:  ressecadas  normal  pastosa  líquida    Frequência \_\_\_\_\_    Aspecto: \_\_\_\_\_  
Úrina: Coloração \_\_\_\_\_    Frequência \_\_\_\_\_    Aspecto: \_\_\_\_\_  
Uso de laxante:  sim  não    Qual \_\_\_\_\_    Uso de diurético:  sim  não    Qual \_\_\_\_\_

**Necessidade de Sono e Repouso**  
Uso de medicação sedativa:  sim  não    Qual \_\_\_\_\_  
Auxiliares do sono:  sim  não    Qual \_\_\_\_\_  
Características do sono:  insônia  sonolúquio  sonambulismo  terror noturno

**Necessidade de Exercício e Atividade Física / Mecânica Corporal/ Motilidade**  
Movimentação das articulações:  todos os membros  apenas os MMII  apenas os MMSS  MSD  MSE  MID  MIE  
Trajeto da coluna:  cifose  lordose  escoliose  presença de tumefação  
Força muscular:  adequada para idade  hipertonia  hipotonia    Localização: \_\_\_\_\_



**ANEXO B**  
**CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
HUMANOS - CEP**

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/06/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS UTILIZANDO A TAXONOMIA II DA NANDA-I**. Protocolo CEP/HULW nº. 376/10, das pesquisadoras POLLYANA AMORIM PONCE DE LEON BEZERRA e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA (orientadora).

No final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 28 de julho de 2010.

**Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.  
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05  
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com