

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JULIANA DE CARVALHO MOURA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS INTERNADAS EM
UM HOSPITAL PICOENSE**

JULIANA DE CARVALHO MOURA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS INTERNADAS EM
UM HOSPITAL PICOENSE**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

JULIANA DE CARVALHO MOURA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS INTERNADAS EM UM
HOSPITAL PICOENSE**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima
Universidade Federal do Piauí/Campus Sem. Helvídio Nunes de Barros
Presidente da Banca

Prof^ª. Ms. Marília Braga Marques
Universidade Federal do Piauí/Campus Sem. Helvídio Nunes de Barros
2º Examinador

Prof^ª. Esp. Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo
Universidade Federal do Piauí/Campus Sem. Helvídio Nunes de Barros
3º Examinador

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

M929d Moura, Juliana de Carvalho.

Diagnósticos de enfermagem em crianças internadas em um hospital picoense/ Juliana de Carvalho Moura. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¼ pol. (56 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

DEDICATÓRIA

São muitas as pessoas que torceram por mim, que me amam e que eu amo. Mas você mãezinha merecesse essa dedicatória por ter enfrentado todos os obstáculos para a realização deste nosso sonho, você e meu amado irmão sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos. TE AMO !

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS todo poderoso, por ter sempre iluminado os caminhos do bem na minha vida e ter me dado força para seguir.

A toda minha família por sempre estarem juntos comigo nesta longa caminhada. A minha mãe fonte inesgotável de amor e carinho, por todos os ensinamentos de não temer os obstáculos e enfrentar a vida com humildade.

Ao meu amor Levi que acreditou em mim, sempre me dizendo que eu era capaz, em um momento bem complicado na minha vida que cheguei a pensar que não seria possível a concretização deste trabalho.

Aos meus inesquecíveis bisavós Enéas e Mariquinha (in memoria), por serem fonte de ensinamento de toda minha família

A profa. Luisa Helena por todas as orientações e paciência prestada, sua ajuda foi fundamental.

A todos os amigos e amigas pelos conselhos dicas e especialmente a Jessica e Thiago integrantes do grupo GPSC, sem vocês a coleta de dados teria sido mundo complicada, vocês foram meus anjos da guarda quando mais precisei.

A todas as crianças e seus responsáveis que aceitaram fazer parte deste trabalho.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho.

RESUMO

Introdução Os estudos que tomam por base a assistência à criança hospitalizada trazem elementos importantes para os enfermeiros refletirem sobre essa questão e, conseqüentemente, oferecerem bases para a sistematização da assistência, desenvolvendo o processo de enfermagem de maneira singular. Esse processo irá nortear a prática profissional, ajudando assim a se obter os resultados esperados. **Objetivo** Este estudo investiga os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em crianças hospitalizadas. **Metodologia** Pesquisa descritiva, do tipo transversal, realizada com 44 crianças em internamento hospitalar. Os dados foram coletados através de um roteiro de exame físico entre os meses de janeiro a abril de 2012. **Resultados** As crianças pesquisadas tinham de zero a nove anos onde estavam internadas para tratamento clínico. As crianças avaliadas apresentaram 22 diagnósticos de enfermagem, sendo identificadas 43 características definidoras, 35 fatores relacionados e 6 diagnósticos de risco. Os diagnósticos de enfermagem que obtiveram prevalência e acima do percentil 75 foram: disposição para o controle aumentado do regime terapêutico (86,4%) seguido de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais (59,1%), hipertermia (36,4%) e dor aguda (29,5%). **Conclusão** É importante que os enfermeiros que trabalham com a assistência às crianças hospitalizadas do referido hospital, direcionem suas intervenções para os diagnósticos de maior frequência aqui apresentados. Assim, os cuidados de enfermagem vão tornar-se mais eficazes.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem. Hospitalização. Criança.

ABSTRACT

Introduction. The studies are based on the care of hospitalized children bring important elements for nurses to reflect on this question and, consequently, provide bases for the care system, developing the nursing process in a unique way. **Aim.** This study investigated the most frequent nursing diagnoses in hospitalized children. **Methodology.** This is a descriptive, cross-sectional, conducted with 44 children in hospital. Data were collected through a structured physical examination between the months of January to April 2012. **Results.** The children presented 22 nursing diagnoses, 43 defining characteristics were identified, 35 factors related and 6 risk diagnoses. The nursing diagnoses that reported prevalence and above the 75th percentile were: provision for increased control of the therapeutic regimen (86.4%) followed by imbalanced nutrition less than body requirements (59.1%), hyperthermia (36.4 %) and acute pain (29.5%). **Conclusion.** It is important that nurses who provide care for hospitalized children referred to the hospital, direct their interventions to the most frequent diagnoses presented here. Thus, nursing care will become more effective.

Key-words: Nursing diagnosis; Hospitalization; Child.

LISTAS DE TABELAS

- Tabela 1** Distribuição da amostra de acordo com dados de caracterização. Picos, 2012.n=44
- Tabela 2** Distribuição da amostra de acordo com os diagnósticos médicos e motivos de hospitalização encontrados. Picos, 2012. n=44
- Tabela 3** Distribuição da amostra de acordo com as medicações utilizadas na internação hospitalar. Picos, 2012. n=44.
- Tabela 4** Distribuição da amostra de acordo com os diagnósticos de enfermagem encontrados. Picos, 2012.n=44
- Tabela 5** Distribuição da amostra de acordo com as características definidoras encontrados. Picos, 2012. n=44
- Tabela 6** Distribuição da amostra de acordo com os fatores relacionados encontrados. Picos, 2012. n=44
- Tabela 7** Distribuição da amostra de acordo com os fatores de risco encontrados. Picos, 2012. n=44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral.....	12
2.2 Específicos.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
4 METODOLOGIA	17
4.1 NATUREZA DO ESTUDO	17
4.2 LOCAL DO ESTUDO	17
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	17
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	18
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	18
4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	19
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	20
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO.....	28
7 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES A.....	38
APÊNDICE B	47

1 INTRODUÇÃO

As práticas de saúde, do cuidar são bem antigas. Por muitos séculos a enfermagem foi exercida, de maneira empírica, pelas mães, religiosos, feiticeiros, que na maioria das vezes usavam ervas medicinais para o tratamento dos doentes. No Brasil, somente no século XX, com influência de Florence Nightingale e a tendência das teorias de enfermagem essa profissão passou por significativas mudanças, surgindo assim uma enfermagem mais moderna. Só assim começou uma busca por liberdade e autonomia possibilitando conhecimentos científicos. A partir da necessidade de se obter a promoção e restauração da saúde do cliente teve origem o processo de enfermagem, que é uma das ferramentas de trabalho do enfermeiro.

Esse processo é considerado um instrumento profissional, ajuda na elaboração de intervenções voltadas para o indivíduo e não apenas para doença. Guia a prática de enfermagem e pode fornecer autonomia profissional e concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também documentar a prática profissional, visando à avaliação da qualidade da assistência (NOBREGA; SILVA, 2009).

Quando uma criança é hospitalizada, a primeira reação é de medo, do ambiente, dos procedimentos, dos medicamentos, equipamentos e dos profissionais. Surgem procedimentos dolorosos com pouca ou nenhuma comunicação da equipe de saúde, dificultando que a criança perceba como parte de sua cura, associando mais a intenções punitivas e castigo. O ambiente hospitalar é para ela um local de proibições, onde não pode correr pelos corredores, jogar bola, falar alto, mudando seu modo de vida, e somado a isso, o fato de sua debilitação física e emocional estarem presentes na situação, torna-se uma experiência aterrorizante.

Os estudos que tomam por base a assistência à criança hospitalizada trazem elementos importantes para os enfermeiros refletirem sobre essa questão e, conseqüentemente, oferecerem bases para a sistematização da assistência, desenvolvendo o processo de enfermagem de maneira singular (OLER; VIEIRA, 2006).

As etapas do processo de enfermagem são: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Essas etapas, permitem ao profissional prestar um cuidado individualizado conseguindo identificar e solucionar os problemas, identificando os diagnósticos de enfermagem de acordo com a NANDA (*North american Nursing Diagnosis Association*) e assim reduzir a incidência e a duração da hospitalização; promovendo a flexibilidade do pensamento independente; melhorando a comunicação, prevenindo erros, omissões e repetições desnecessárias.

As etapas permitem a organização e o favorecimento do atendimento de enfermagem, melhorando a assistência a criança hospitalizada. A coleta de dados é a primeira fase do processo de enfermagem, utiliza a entrevista e o exame físico, sendo um momento para obtenção de informações, interação entre as pessoas que participam desse processo, sendo utilizado para avaliar as necessidades específicas e as condições de saúde do cliente, identificando as características definidoras que vão chegar ao diagnóstico de enfermagem. Esse diagnóstico é a segunda etapa, pode ser considerada como o momento do julgamento clínico, para definir as intervenções de enfermagem, atendendo especificamente as necessidades encontradas (NEGREIROS *et al.*, 2009).

A partir dos diagnósticos identificados, partimos para terceira fase que é o planejamento da assistência, que visa traçar um programa de ações objetivas. Na quarta fase, a implementação da assistência tem que ser compreendida de forma individualizada e como parte da execução do plano de cuidados feito pelo enfermeiro, juntamente com o cliente e outros profissionais. Esta fase precisa ser estabelecida levando em conta as reais necessidades do cliente e de acordo com a possibilidade terapêutica disponível na instituição. A última fase desse processo é a avaliação da assistência sendo esta sistematizada, visando comparar o estado de saúde do cliente com as metas anteriormente definidas (SOUZA *et al.*, 2009).

O Brasil é um país em desenvolvimento onde ainda há muita pobreza. Muitas pessoas adoecem e não tem dinheiro para procurar assistência médica tendo que se render a saúde pública que muitas vezes se torna de difícil acesso por conta da superlotação, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. O Brasil tem tido uma taxa de hospitalização desnecessária, acima de 10% ao ano, que foi o teto estabelecido pela Organização Mundial de Saúde – (OMS). Onde os gastos públicos com o nível terciário eram para ser somente de 5% (SILVA *et al.*, 2000).

No município de Picos não é diferente, os gastos com o cuidado hospitalar vem ultrapassando o limite estabelecido, apenas no ano de 2010, houve 19.122 internações. No que diz respeito às crianças, a taxa de internação foi de 3.421 pessoas. O município cobre o Vale do Guariba e ainda muitos municípios que não fazem parte da sua área, porém pela comodidade e por oferecer melhores subsídios esses pacientes, são destinados a Picos. Com toda essa demanda o Hospital se torna incapaz de atender a todos, deixando assim o atendimento da instituição precário, faltando profissionais, equipamentos, medicamentos e leitos para grande parte desses usuários (IBGE, 2010).

São várias as causas de internação hospitalar por todos os tipos de diagnósticos. Essa taxa vem crescendo significativamente. As internações promovem muitos problemas na vida

de seus portadores, nos custos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e na diminuição de vagas nos hospitais. Com esse elevado número de hospitalização os gestores precisam procurar formas de organizar o sistema, para que haja um trabalho sistematizado que se obtenha resultados. Nessa perspectiva do crescente custo na atenção à saúde, do tempo muitas vezes desperdiçado, pretende-se encontrar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em crianças hospitalizadas, para prevenir o agravamento das doenças, diminuir o tempo de hospitalização, conseqüentemente a redução dos gastos e conseguir alcançar as necessidades do cliente.

O enfermeiro necessita incluir em seu ambiente de trabalho o processo de enfermagem e realizá-lo de maneira periódica, levando ao conhecimento da população sua competência e finalidade enquanto membro da equipe de saúde. Tal prática contribuirá para o reconhecimento da capacidade profissional, permitindo assim a conquista de um espaço cada vez mais visível na sociedade. Portanto é preciso estimular a equipe de enfermagem acerca da importância do processo de enfermagem tanto para o paciente como para instituição. Esse processo facilita o trabalho da equipe melhorando e organizando seu trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Investigar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em crianças hospitalizadas.

2.2 ESPECÍFICOS

- Levantar as respostas humanas apresentadas por crianças hospitalizadas que se configurem como diagnósticos de enfermagem;
- Verificar a frequência das características definidoras e dos fatores relacionados das respostas humanas identificadas;

3 REVISÃO DE LITERATURA

Saúde Brasileira

A saúde no Brasil vai mal, o país está em uma das mais vergonhosas posições mundial de saúde, a desigualdade é muito grande. Convivemos com doenças há anos erradicadas em outros países, temos uma taxa de analfabetismo muito grande, mais de dois terços da população não dispõe de renda para assegurar o acesso as condições dignas de vida, como emprego, salário, habitação, saneamento e educação. Em relação à mortalidade infantil, apesar de seu declínio anunciado, ainda se tem muito a fazer. Para cada mil nascidos vivos, quase trinta morrem. Em regiões mais pobres do país, como é o caso do Nordeste, são registradas, em média, quarenta e cinco mortes. Com todos esses problemas está difícil o brasileiro ter acesso á uma saúde de qualidade (BRASIL, 2009).

O governo oferece atenção à saúde da população através do SUS e suas políticas de saúde. O SUS é formado por as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e pelo setor privado. Esse sistema oferece assistência da menor a maior complexidade, muitos brasileiros ainda morrem a espera de uma vaga nos hospitais.

De acordo com um relatório apresentado pelo IBGE (2009) o Brasil perdeu 11,2 mil leitos hospitalares entre 2005 e 2009, dessa forma, a taxa nacional de 2,3 leitos para cada mil habitantes observada em 2009 fica abaixo do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde, que é de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes. Dos 431,9 mil leitos contabilizados em 2009, 64,6% estão na rede hospitalar privada e 35,4% na rede pública.

Segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (1977), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Ou seja, para uma pessoa ser saudável, ela depende também do meio, das suas condições de vida. Porém, como sabemos das condições sociais do nosso povo, podemos deduzir como anda a saúde dos brasileiros.

Hospitalização infantil

Nem sempre a sociedade mostrou interesse por as crianças. Até o século XVII, as crianças eram vistas como um fardo insuportável para família e conseqüentemente para sociedade, e mesmo para os pais os cuidados não eram tarefas agradáveis. No final do século XVIII, começou a aparecer mudanças nesse sentido. Com a falta de condições de higiene e da

ausência de especialidades médicas direcionadas a criança, o índice de mortalidade infantil era elevado.

A partir do século XIX, com influência de Florence Nightingale, teve início à prática de enfermagem voltada para enfermagem pediátrica, que recomendava os cuidados à criança no aspecto de higiene, da alimentação e da recreação para o desenvolvimento, proteção de acidentes, de doenças e de trabalhos excessivos. A recomendação de enfermagem para a assistência à criança tinha o mesmo recorte intelectual da medicina, isto é, conhecimentos para possibilitar seu desenvolvimento e crescimento saudável (OLER; VIEIRA, 2006).

As reações da criança frente à doença e a hospitalização dependem de vários processos como do desenvolvimento psíquico na ocasião, do grau de apoio familiar, do tipo de doença e das atitudes da equipe de saúde. A criança pode apresentar algumas reações de acordo com sua idade, por exemplo 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 acerca do afastamento da genitora ainda são muito importantes, mas aumenta o medo ao dano corporal, havendo uma sensibilidade maior em especial a dor, feridas, sangue, aos procedimentos médicos e de enfermagem; a presença do pensamento mágico, de uma vida de fantasia florida e de pesadelos tornam essenciais a informação e a preparação diante dos procedimentos a serem executados. Dos 5 aos 7 anos são evidentes as preocupações com a morte, desaparecimento, pessoas que não voltam, ou temor de se perder para sempre; desenvolve-se uma atenção especial por seu destino, de seus entes queridos e de outros pacientes; dos 7 aos 9 anos há preocupação em perder seu lugar na enfermaria, em ficar inválido para sempre, longe de casa, escola, amigos e medo de ser abandonado. Dos 9 aos 11 anos preocupa-se com a própria idade escolar acerca da capacidade intelectual, social e física. (FERRO; AMORIM, 2007).

Processo de enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) começou a surgir com a necessidade de distinguir as responsabilidades e atribuições do profissional enfermeiro, bem como, construir corpo de conhecimento próprio que refletisse uma ação baseada em fatos científicos. E o processo de enfermagem torna-se a metodologia sugerida como estratégia para organização da assistência (RAMOS, 2007).

Com a necessidade de uma padronização de linguagem, organização da assistência, tem sido cada vez mais usado o sistema de classificação (taxonomias) para prática de

enfermagem, sendo entendida e disseminada por todos os profissionais. E embora se reconheça a relevância da sistematização da assistência de enfermagem, por meio do PE, que tem respaldo legal através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) n° 358/2009, a qual preconiza que cabe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do PE, ainda tem muitos profissionais e instituições que não utilizam esse mecanismo. (PAGANIN et al., 2010).

O enfermeiro necessita incluir em seu ambiente de trabalho o processo de enfermagem e realizá-lo de maneira periódica, a fim de levar ao conhecimento da população sua competência e finalidade enquanto membro da equipe de saúde. Tal prática contribuirá para o reconhecimento da capacidade profissional, permitindo assim a conquista de um espaço cada vez mais visível na sociedade (GOMES; NUNES, 2006).

Etapas do Processo de enfermagem

Existe uma evolução contínua em direção a uma assistência integral e individualizada ao cliente, por meio da utilização do processo de enfermagem, que hoje é composto por cinco etapas: a coleta de dados (levantamento de dados ou histórico), diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação das intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados, sendo etapas inter-relacionadas direcionadas para organização do cuidado de modo sistemático e então solucionar os problemas encontrado. Na construção do processo de enfermagem a coleta de dados é a primeira fase do processo e é considerada como uma etapa imprescindível para que o mesmo seja desenvolvido com sucesso. É um momento para obtenção de informações e também interação entre enfermeiro/paciente. (SILVA et al., 2009). Segundo Potter e Perry, (2002) ainda sobre a primeira fase, esta tem o dever de dar ao profissional um conjunto de informações sobre o paciente como: histórica clínica, história da doença anterior, estado de bem-estar, práticas de saúde e a condição atual do paciente. A partir dessa coleta de informações é que o enfermeiro identifica os diagnósticos e pode então traçar o plano assistencial do paciente.

Segundo Carvalho e Garcia (2002), a segunda fase é o diagnóstico de enfermagem, sendo necessárias habilidades técnicas e científicas do profissional para fazer julgamentos e interpretações dos dados colhidos na primeira fase. Uma vez que o diagnóstico é a base para traçar as intervenções de enfermagem.

Inicialmente no diagnóstico, o enfermeiro denomina o conjunto significativo das respostas do cliente aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Para fazer essa

denominação o profissional faz uso dos títulos diagnósticos contidos no sistema de classificação da NANDA. A este título diagnóstico é incluído a expressão “relacionado com” para definir as causas do diagnóstico, isto é os fatores relacionados. Podemos dar como exemplo: mobilidade física deteriorada relacionada a dor. Podendo também conter as características definidoras nesse caso pode ser: caracterizada por amplitude de movimento limitada. Os diagnósticos podem ser também de risco ou promoção do Bem-estar que não contem características definidoras (NEGREIROS., et al 2009).

O planejamento da assistência é a terceira fase, ela, onde há uma determinação global da assistência de Enfermagem que o cliente deve receber diante do Diagnóstico de enfermagem estabelecido, é o resultado da análise do Diagnóstico, examinando as alterações, necessidades afetadas e o grau de dependência. Um bom planejamento é aquele que é feito levando em conta as reais necessidades do paciente, de acordo com a interação enfermeiro/cliente, a fim de promover o bem estar (CRUZ., et al 2009).

Esta quarta etapa, a implementação das intervenções de enfermagem, são ações prescritas e necessárias para obtenção de resultados. Nesta etapa são feitas as prescrições de enfermagem a fim de minimizar e solucionar os problemas, ajudando nas atividades da vida diária encontrados. Estas prescrições levam em conta os fatores relacionados e as características definidoras de acordo com os diagnósticos de enfermagem (HERMIDA, 2004)

A ultima fase trata-se da avaliação, esta é uma etapa onde pode ocorrer mudanças sucessivas em relação a assistência do cliente para assim melhorar seu estado de saúde. De acordo com a resolução do Cofen-358 (2009), a avaliação de enfermagem é um processo deliberativo, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas das pessoas, família ou coletividade. E assim avaliar as necessidades de mudança do plano terapêutico

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza do Estudo

Este estudo é de natureza descritiva do tipo transversal. O estudo descritivo refere-se às pesquisas que têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2010).

Os estudos transversais abrangem a análise dos dados num ponto do tempo, isto é, tais dados são coletados apenas numa ocasião. Estudos desse tipo coletam informações sobre o mesmo assunto numa mesma época, não informações sobre o mesmo assunto em vários pontos do tempo (LOBIONDO-WOOD, 2001).

4.2 Local do Estudo

Para realização do estudo, foi escolhido um hospital público da cidade. É o hospital de referência para microrregião de Picos, possui 12 leitos para Pediatria. O setor pediátrico é composto por 1 Pediatra, 1 Enfermeiro e 3 Técnicos de enfermagem por plantão de 12 horas. O hospital atende uma demanda livre, funcionando 24 horas.

4.3 População/amostra

A população deste estudo foi de 231 crianças hospitalizadas para tratamento clínico, atendidas na ala pediátrica deste hospital por entre os meses de janeiro a abril.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para estudos transversais com população finita (LUIZ; MAGNANINI, 2006): $n = (Z_{\alpha}^2 * P * Q * N) / (Z_{\alpha}^2 * P * Q) + (N - 1) * E^2$. Onde:

n = tamanho da amostra;

Z_{α} = coeficiente de confiança;

N = tamanho da população;

E = erro amostral absoluto;

Q = porcentagem complementar (100-P);

P = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo;

Foram considerados como parâmetros o coeficiente de confiança de 95% (1,96), o erro amostral de 5% e população de 231 crianças hospitalizadas para tratamento clínico nos

meses de janeiro, fevereiro, março e abril. A prevalência de internamento hospitalar infantil considerada foi calculada dividindo o número de internamentos hospitalares de crianças de 0 a 9 anos completos no ano de 2010, pelo número de crianças residentes em Picos neste mesmo ano com esta mesma faixa etária, encontrando um valor de 16,8% ($P=0,168$). A partir da aplicação da fórmula encontrou-se um total de 44 crianças.

Temos como critério inclusão:

- Crianças de zero a nove anos segundo Organização Mundial de Saúde;
- Crianças internadas para tratamento clínico.

Teremos como critério de exclusão:

- Crianças internadas para tratamento cirúrgico.

Selecionamos a amostra de forma consecutiva de todas as crianças que preencherem os critérios de elegibilidade na instituição hospitalar.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Para coletar os dados, foi utilizado o exame físico e a entrevista. O exame físico foi realizado seguindo um roteiro (APÊNDICE A) composto por duas etapas: dados de admissão e avaliação de domínios. A primeira etapa contém: data de nascimento, sexo, procedência, naturalidade, diagnóstico médico, história da doença e história da gestação, parto e nascimento. A segunda contém: Promoção da Saúde, avaliação da nutrição, eliminações, atividade/repouso, percepção/cognição, Papéis e relacionamentos, enfrentamento/tolerância ao estresse, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento. Os domínios Auto percepção, Sexualidade e Princípios de Vida foram excluídos, pois não são possíveis ser aplicados com a faixa etária utilizada. O instrumento foi construído baseado no trabalho de Chagas (2009).

4.5 Procedimentos de coletas de dados

A coleta de dados aconteceu na enfermaria durante a consulta de enfermagem sendo coletado por a acadêmica de enfermagem Juliana de Carvalho Moura, levando em conta o conhecimento da matéria Saúde da criança e por os esclarecimentos da professora Luisa Helena que fez os devidos esclarecimentos aos acadêmicos de enfermagem que também ajudaram nessa coleta de dados. Foram utilizados para realização do exame físico os seguintes materiais: balança pediátrica mecânica da marca Welmy e régua antropométrica com escala

da marca Carci (para crianças menores de dois anos de idade), balança antropométrica mecânica com régua da marca Welmy (para crianças maiores de dois anos de idade), fita métrica da marca Corrente, estetoscópio e termômetro digital da marca BD (Becton, Dickinson and Company).

Na realização das medidas de circunferência da cabeça, tórax, e cintura, utilizou-se fita métrica inelástica e flexível de 150 cm de comprimento, com precisão de uma casa decimal. As aferições foram realizadas o indivíduo estando em pé, em posição ereta, abdômen relaxado, braços dispostos ao longo do corpo e os pés juntos ou deitado na posição dorsal, bem posicionado, braços dispostos ao longo do corpo. Para garantir a validade e fidedignidade das medidas, foram observada rigorosamente a posição da fita no momento da medição, mantendo-a no plano horizontal. Para obtenção dos valores das circunferências da cintura circundou-se com a fita o local do corpo que se deseja medir (cintura natural, que é a parte mais estreita do tronco entre a última costela e a crista ilíaca) sendo a mesma colocada com firmeza, sem comprimir ou esticar excessivamente o que iria induzir a erro na medição. A leitura foi feita no centímetro mais próximo, no ponto de cruzamento da fita. A circunferência do quadril foi medida na extensão máxima das nádegas (FERREIRA, 2006).

A frequência cardíaca apical foi medida auscultando-se o tórax com um estetoscópio, numa área chamada de ponto de impulso máximo, durante um minuto completo. Tal como o nome sugere, os batimentos cardíacos são mais bem auscultados, ou sentidos, no ápice, ou, extremidade inferior, do coração. O ápice situa-se um pouco abaixo do mamilo esquerdo, na linha hemiclavicular (TIMBY, 2001).

A pressão arterial foi verificada pelo método auscultatório clássico com aparelho calibrado para a pesquisa. A verificação da pressão arterial seguirá os procedimentos recomendados nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Foram utilizados manguitos de tamanho apropriado à circunferência dos braços das crianças e adolescentes – tamanho criança para circunferência de 11 a 15cm, tamanho infantil para circunferência de 16 a 22cm.

4.6 Organização e análise dos dados

Os diagnósticos de enfermagem foram classificados de acordo com a taxonomia II da NANDA (2010). Os dados foram organizados no software Excel 2007, apresentados de forma descritiva, com frequências absolutas e relativas, dispostos em tabelas ilustrativas. Para facilitação do manuseio dos dados, os dados foram transportados para o software SPSS

(StatisticalPackage for Social Sciences), versão 17.0.

4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Para a realização do estudo seguiu-se todos os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) e que rege pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 0484.0.045.000-11).

Se os pais e/ou responsáveis pelas crianças concordarem em participar desse presente estudo, serão informados quanto aos objetivos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B), ficando com uma cópia do documento.

5 RESULTADOS

Os dados foram organizados em tabelas as quais se resumem algumas variáveis de caracterização socioeconômica e do nascimento, estão presentes também a prevalência dos diagnósticos médicos e medicamentos frequentemente encontrados nos prontuários.

Com a coleta do histórico e realização do exame físico dos clientes podemos identificar 22 diagnósticos de enfermagem, 43 características definidoras, 35 fatores relacionados, 6 fatores de risco onde foram descritos nas tabelas contendo também a prevalência de cada um.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com dados de caracterização socioeconômica e do nascimento. Picos, 2012. n=44.

Variáveis	f	%
1.Sexo		
Masculino	26	59,1
Feminino	18	40,9
Total	44	100,0
2. Procedência		
Picos	9	20,5
Alegrete	3	6,8
Pio IX	3	6,8
Campo Grande	3	6,8
Alagoinha	3	6,8
Francisco Santos	2	4,5
Santana	2	4,5
Paulistana	2	4,5
Samambaia	2	4,5
Outros	15	34,1
Total	44	100,0
3. Problemas Durante a Gestação		
Sim	13	29,5
Não	31	70,5
Total	44	100,0
4. Consultas de pré-natal		
Sim	43	97,7
Não	01	2,3
Total	44	100,0
5. Tipo de Parto		
Normal	22	50,0
Cesário	22	50,0
Total	44	100,0
6. Problemas Durante o Parto		
Sim	4	9,1
Não	40	90,0
Total	44	100,0
7. Idade Gestacional		

Pré-termo		01	2,3	
À termo		42	95,5	
Pós-termo		01	2,3	
Total		44	100,0	
	KS (Valor p)	Média	Desvio-Padrão	Mediana
8. Idade da mãe (anos)	0,040	26,59	8,483	24,00
9. Idade da Criança (anos)	0,198	4,68	2,916	5,00

Da amostra estudada, obteve-se uma prevalência de crianças do sexo masculino (59,1%). Esses são procedentes de várias regiões, os que constam na tabela são os municípios que apareceram mais de uma vez, já os outros 15 são referentes aos municípios de Aroazes, Geminiano, Jaicós, Fronteiras, Sussuapara, Inhumas, Barreros, Teresina, Itainópolis, Vila Nova, Isaias Coelho, Simplício Mendes, Paquetá, Valença e Santo Antônio de Lisboa, com frequência de apenas uma criança nesses municípios. Do total de mães, 97,7% fizeram consultas de pré-natal, 29,5% apresentaram problemas gestacionais, 50,0% teve parto cesáreo e 50,0% vaginal. As que tiveram problemas durante o parto foi um total de 9,1%. Com relação à idade gestacional 95,5% foi à termo. As mães tinham uma mediana de 24,00 anos ($\pm 8,483$) de idade. As crianças apresentavam em média 4,68 anos de idade ($\pm 2,916$).

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com os diagnósticos médicos e motivos de hospitalização encontrados. Picos, 2012. n=44.

1. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS	f	%
Não consta no Prontuário	15	34,1
Pneumonia	6	13,6
Asma	5	11,4
Gastroenterite Aguda	3	6,8
Distúrbio Hidroeletrólítico	2	4,5
Queimadura	2	4,5
Leishmaniose Visceral	1	2,3
Epilepsia	1	2,3
Glomerulonefrite	1	2,3
Crise Convulsiva	1	2,3
Amigdalite	1	2,3
Infecção Urinária	1	2,3
Trauma crânio-encefálico	1	2,3
Infecção Intestinal	1	2,3
Intoxicação Alimentar	1	2,3
Insuficiência Respiratória Aguda	1	2,3
Febre Obscura	1	2,3

O diagnóstico médico que obteve prevalência foi pneumonia (13,6%), Asma (11,4%) e Gastroenterite Aguda (6,8%). Obteve-se também 34,1% de prontuários que não constavam os diagnósticos.

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com as medicações utilizadas na internação hospitalar. Picos, 2012. n=44.

MEDICAÇÕES	F	%
Dipirona sódica	24	54,5
Ceftriaxona	19	43,2
Ampicilina	8	18,2
Metoclopramida	10	22,7
Complexo B	7	15,9
Hidrocortisona	6	13,6
Gluconato de Cálcio	5	11,4
Prednisolona	3	6,8
Salbutamol	3	6,8
Bromidrato de fenoterol	3	6,8
Sulfato Ferroso	2	4,5
Oxacilina	2	4,5
Diazepam	2	4,5
Furosemida	2	4,5
Metronidazol	2	4,5
Cloreto de Potássio	2	4,5
Ambroxol	2	4,5
Garamicina	2	4,5
Sulfametoxazol	2	4,5
Saccharomyces cerevisiae	2	4,5
Insulina NPH	1	2,3
Ácido Fólico	1	2,3
Fenitoína	1	2,3
Clobazam	1	2,3
Neomicina	1	2,3
Bezetaçil	1	2,3
VIT C	1	2,3
Omeprazol	1	2,3
Brometo de N-butilescopolamina	1	2,3
Ranitidina	1	2,3
Clorafenicol	1	2,3
Dimeticona	1	2,3

*Questão de Múltipla Escolha

As medicações mais utilizadas pelas crianças foram a dipirona sódica (54,5%), seguido de Ceftriaxona (43,3%) e Ampicilina (18,2%).

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com os diagnósticos de enfermagem encontrados. Picos, 2012. n=44.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	f	%	
Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico	38	86,4	
Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais	26	59,1	
Hipertermia	16	36,4	
Dor aguda	13	29,5	75
Mucosa oral prejudicada	11	25,0	
Fadiga	11	25,0	
Diarreia	10	22,7	
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	9	20,5	
Conforto prejudicado	7	15,9	
Controle ineficaz do regime terapêutico	6	13,6	
Mobilidade física prejudicada	5	11,4	50
Eliminação urinária prejudicada	5	11,4	
Constipação	5	11,4	
Síndrome do estresse por mudança	4	9,1	
Autocontrole ineficaz da saúde	1	2,3	
Insônia	1	2,3	25
Integridade da pele prejudicada	1	2,3	
Padrão respiratório ineficaz	1	2,3	
Troca de gases prejudicada	1	2,3	
Volume de líquido deficiente	1	2,3	
Volume de líquido excessivo	1	2,3	
Volume de líquido excessivo	1	2,3	

*Questão de Múltipla Escolha

Os diagnósticos de enfermagem que obtiveram maior prevalência foram disposição para o controle aumentado do regime (86,4%) seguido de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais (59,1%) e hipertermia (36,4%).

As características definidoras que apresentaram maior frequência foram expressar pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito (88,6%), falta de interesse na comida (54,5%) e aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais (34,1%).

Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com as características definidoras encontrados. Picos, 2012. n=44

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	f	%	
Expressar pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito.	39	88,6	
Falta de interesse na comida	24	54,5	
Aumento na temp. corporal acima dos parâmetros normais	15	34,1	
Verbalizar dificuldade com o regime terapêutico	14	31,8	
Relato verbal de dor	12	27,3	
Pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia	11	25,0	
Expectoração	6	13,6	
Halitose	5	11,4	
Introspecção	5	11,4	
Sonolência	3	6,8	75
Tosse ineficaz	3	6,8	
Amígdalas aumentadas	2	4,5	
Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas	2	4,5	
Dispneia	2	4,5	
Disúria	2	4,5	
Dor abdominal	2	4,5	
Falta de energia.	2	4,5	
Fezes duras e formadas	2	4,5	
Fissuras	2	4,5	
Frequência	2	4,5	
Isolamento	2	4,5	50
Ansiedade	1	2,3	
Choro	1	2,3	
Comportamento expressivo	1	2,3	
Convulsões	1	2,3	
Desatento	1	2,3	
Descamação	1	2,3	
Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca	1	2,3	
Destrução de camadas da pele relacionadas	1	2,3	
Dificuldade para engolir	1	2,3	
Diminuição do turgor da pele	1	2,3	
Dor a evacuação	1	2,3	25
Dor oral	1	2,3	
Edema	1	2,3	
Evidencia observada de dor	1	2,3	
Expressão de dificuldade com os regimes prescritos	1	2,3	
Fraqueza nos músculos necessários a deglutição ou a mastigação	1	2,3	
Incontinência	1	2,3	
Paciente relatar dificuldade para adormecer	1	2,3	
Relato de ingestão inadequada de alimentos, menos que a PDR	1	2,3	
Ruídos adventícios respiratórios	1	2,3	
Sangue vivo nas fezes	1	2,3	
Úlceras orais	1	2,3	

*Questão de Múltipla Escolha

Os fatores relacionados que obtiveram prevalência foi procedimento invasivo (100,0), fatores biológicos (63,3%) e doença (40,9%).

Tabela 6 – Distribuição da amostra de acordo com os fatores relacionados encontrados. Picos, 2012. n=44

FATORES RELACIONADOS	F	%	
Procedimentos invasivos	44	100,0	
Fatores biológicos	28	63,3	
Doença	18	40,9	
Dificuldades econômicas	13	29,5	
Perdas excessivas por vias normais.	10	22,7	
Processos infecciosos	10	22,7	
Agentes biológicos	9	20,5	
Estado de doença	9	20,5	P75
Agentes lesivos biológicos	7	15,9	
Infecção	7	15,9	
Higiene oral ineficaz	5	11,4	
Motilidade do trato gastrointestinal diminuída	5	11,4	
Choro	4	9,1	
Infecção no trato urinário	4	9,1	
Muco excessivo	4	9,1	
Vômitos	4	9,1	
Secreções retidas	3	6,8	P50
Asma	2	4,5	
Isolamento	2	4,5	
Perda ativa de volume de líquido	2	4,5	
Atraso do desenvolvimento	1	2,3	
Barreiras percebidas	1	2,3	
Conhecimento deficiente sobre o controle do diabetes	1	2,3	
Dano sensorio-motor	1	2,3	
Desequilíbrio na ventilação-perfusão	1	2,3	
Diarreia	1	2,3	P25
Disfunção renal	1	2,3	
Doença pulmonar obstrutiva crônica	1	2,3	
Fatores mecânicos	1	2,3	
Mecanismos reguladores deficientes	1	2,3	
Mecanismos reguladores prejudicados	1	2,3	
Múltiplas causas	1	2,3	
Prejuízos neuromusculares	1	2,3	
Resistência diminuída	1	2,3	
Sono interrompido	1	2,3	

Os diagnósticos de risco que obtiveram prevalência foram risco de infecção (100,00) seguida por risco de volume de líquidos deficiente (22,7%) e risco de equilíbrio eletrolítico (15,9%).

Tabela 7 – Distribuição da amostra de acordo com os fatores de risco encontrados. Picos, 2012. n=44

DIAGNÓSTICO DE RISCO	f	%
Risco de infecção	44	100,0
Risco de volume de líquidos deficiente	10	22,7
Risco de equilíbrio eletrolítico	7	15,9
Risco de constipação	2	4,5
Risco de glicemia instável	1	2,3
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	1	2,3

6 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra pela primeira vez os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em crianças hospitalizadas em um determinado hospital picoense, sendo assim de suma importância para uma assistência de enfermagem mais individualizada, direcionando o cuidado.

Com relação ao sexo, a maioria das crianças hospitalizadas era do sexo masculino (59,1%). Resultados semelhantes foram encontrados por Chagas et al. (2011), que encontrou essa maioria de crianças hospitalizadas do sexo masculino (56,7%) e também por Monteiro et al. (2006) onde a prevalência deste sexo foi de 55,1%.

O total de 44 crianças que participaram do estudo é procedente de várias regiões, mostrando que o Hospital não atende somente a microrregião, tendo um percentual maior de 20,5% de crianças provenientes de Picos.

Com relação a problemas durante a gestação, constatou-se que 70% das mães pesquisadas não tiveram problemas, assemelhando-se aos dados encontrados na literatura de Almeida et al. (2005), que apresentou em seu estudo 69,7% de gestantes sem qualquer problema de saúde.

Apesar de orientações, incentivos e até mesmo da facilidade de serem realizadas as consultas de pré-natal na maioria das localidades, ainda tem muitas mulheres que acham desnecessário esta consulta. O pré-natal, quando bem realizado pelo profissional competente, sendo feitas o mínimo de seis consultas durante a gestação, seguindo todas as orientações e exames prescritos, pode prevenir sérias consequências à saúde materna e do recém-nascido. Este estudo mostrou que 97,7% das mães realizaram acompanhamento pré-natal. Segundo Soares *et al.* (2009), a prevalência de mulheres que fizeram o pré-natal foi de 74%.

No tipo de parto, o presente estudo mostrou uma igualdade no tipo de parto, cesáreo (50%) e vaginal (50%); já o por fórceps não teve nenhum achado. Esta ainda é uma questão cultural, onde muitas mulheres não veem o parto normal como um fator fisiológico e assim recorrendo ao parto cesáreo por não sentir dor. Estas não levam em conta o pós-operatório, os problemas que podem acarretar ao recém-nascido, entre vários outros fatores.

De acordo com Patah e Malik (2011) e se assemelhando ao presente estudo, a taxa de cesarianas no Brasil ainda é elevada, sendo crescente no decorrer dos anos: no ano de 2000 a taxa foi de 38,9%, já em 2007 foi de 46,5%.

Ainda com relação ao parto cesáreo, BENICASA (2012), retrata que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%.

Para incentivar o parto vaginal, o aspecto psicológico da mulher tem que ser trabalhado desde o planejamento familiar e nas consultas de pré-natal. Esse traz benefícios tanto para gestante quanto para criança e ainda diminui a incidência de internação hospitalar.

Em relação a problemas durante o parto obteve-se uma prevalência de 90,0% de mães que não apresentaram nenhum problema, semelhante ao estudo de Almeida et al (2005) onde 89,9% das mulheres não tiveram nenhum problema de saúde durante o parto.

A maioria das crianças pesquisadas nasceram à termo (95,5%), que é o período compreendido entre 37 e 41 semanas de idade gestacional (PRIMO et al, 2007).

Com relação à idade, as crianças estudadas tinham em média 4,68 anos e as mães uma mediana de 24 anos. Segundo o estudo de Veras et al (2010), a idade das crianças hospitalizadas, diferenciando-se um pouco do presente estudo, foi, em média, de 3,2 anos. E de acordo com Souza et al (2008), a mediana de idade das mães foi de 23 anos, assemelhando-se a este estudo.

A faixa etária de maior risco de internamento hospitalar é a de crianças de até cinco anos de idade. A literatura mostra que esse maior risco pode estar associado a vários fatores: sexo masculino, baixa renda familiar, ordem de nascimento, número de crianças menores de cinco anos morando no domicílio, local de residência (rural, urbano), exposição ao fumo, frio e umidade, desnutrição, desmame precoce, idade da mãe, menor grau de instrução materna, entre outros. Algumas doenças também são mais frequentes nesse período como, por exemplo, afecções do aparelho respiratório e diarreia (CAETANO *et al.*, 2002).

Os diagnósticos médicos prevalentes neste estudo, excluindo os que não constam no prontuário, foram pneumonia (13,6%), asma (11,4%) e gastroenterite aguda (6,8%). Para Azevedo *et al.* (2010), pneumonia é uma doença que atinge os pulmões, através da invasão de um agente infeccioso provocando inflamação do tecido

pulmonar. É uma das principais causas de morte entre as doenças respiratórias no Brasil. Assemelhando-se a este estudo, ele encontrou uma prevalência de 25% de casos de pneumonia.

A asma é o segundo diagnóstico mais encontrado neste estudo (11,4%). É uma doença que vem apresentando aumento em sua prevalência na última década. Representa a terceira causa de hospitalização pelo Sistema Único de Saúde no Brasil entre crianças e adultos jovens, segundo Chagas et al (2011).

Segundo Munford *et al.* (2008), gastroenterite é uma infecção da mucosa do tubo digestivo do estômago e do intestino, esta doença é uma das maiores causas de morbidade entre crianças, representando assim grandes gastos econômicos para o país. No Brasil, são em média 12 a 42% de casos de diarreia relacionado ao rotavírus.

Os dados do presente estudo permitiram a identificação de 22 diagnósticos de enfermagem; 43 características definidoras e 35 fatores relacionados nas crianças estudadas, e entre estes, serão discutidos os que estão acima do percentil 75 e ainda 6 diagnósticos de risco onde será discutido o principal.

Foram encontrados cinco diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75: Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico, com prevalência de 86,4% das crianças estudadas. Assemelhando-se com o estudo de Santos et al (2009), onde encontrou uma prevalência de 64% deste diagnóstico. De acordo com a NANDA (2010), este é um diagnóstico que serve como um padrão para regular e integrar no dia-a-dia programa (s) de tratamento de doenças e suas sequelas, que é suficiente para alcançar os objetivos relacionados à saúde e que pode ser reforçado.

Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, foi o segundo prevalente, e de acordo com a NANDA (2010), esse é um diagnóstico de nutrição e trata sobre a ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas. Foi encontrado em 59,1% dos casos neste presente estudo. No estudo de Lucena et al (2008), semelhante a esse trabalho, foi diagnosticado 68,7% de crianças com esse DE, se tornando assim um fator agravante para o processo saúde-doença.

A hipertermia está presente em 36,4% dos casos. Segundo a NANDA (2010) é o estado no qual o indivíduo apresenta elevação da temperatura corporal acima da faixa normal.

O diagnóstico dor aguda esteve presente em 29,5% das crianças. Caracteriza-se como o estado no qual o indivíduo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou uma sensação desconfortável, podendo ter término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses (NANDA, 2010).

Acredita-se que quando se estabelece um vínculo profissional de saúde-cliente-família-comunidade, utilizando abordagens inovadoras levando em conta a humanização do cuidado, a adesão ao tratamento será observada (FAEDA et al, 2006).

As características definidoras encontradas acima do percentil 75, levando em conta todos os diagnósticos de enfermagem deste estudo foram: expressar pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito (88,6%), falta de interesse na comida (54,5%), aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais (34,1%), verbalizar dificuldade com o regime terapêutico (31,8%), relato verbal de dor (27,3%), pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia (25%), expectoração (13,6%), halitose (11,4%), introspecção (11,4%), sonolência (6,8%) e tosse ineficaz (6,8%).

As características definidoras são um conjunto de sinais e sintomas que estabelecem a presença de um diagnóstico. Podem ser representados por comportamentos do paciente, fatores ambientais ou por interação dos dois (GUIMARÃES et al., 2000).

Expressar pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito esteve presente em 88,6% dos entrevistados, se enquadrando no domínio de promoção da saúde, sendo assim um fator que contribui para chegar aos objetivos almejados que é o bem estar do cliente, pois com sua ajuda o plano terapêutico se torna mais eficaz (GALDEANO et al., 2008).

Falta de interesse na comida foi uma característica encontrada em 54,5%, podendo ser entendida por o estado físico e psicológico em que o cliente se encontra, favorecendo assim essa falta de apetite.

A outra característica definidora prevalente deste estudo foi aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais estando presente em 34,1% das crianças estudadas. Esta característica pode ser explicada por o estado físico ou psicológico em que a criança se encontra. De acordo com o estudo de Batista (2011), a elevação da temperatura ocorreu em 20% dos casos.

Nestes diagnósticos estão presentes também os fatores relacionados que aparecem para mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como: relacionados a, ou associados a. É a etiologia do problema e, podem ser de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, ambiental e espiritual (MONTEIRO, 2007).

O fator relacionado que esteve presente em 100% dos casos neste estudo foi o relacionado a procedimentos invasivos. Todas as crianças estudadas estavam vulneráveis a algum tipo de infecção por apresentarem acesso periférico. Semelhante a este estudo Holandal e Silva (2009) apresentaram, em seu estudo, um total de 100% deste mesmo fator relacionado,

sendo assim necessários cuidados específicos de enfermagem para poder evitar problemas ao paciente.

O presente estudo traz em seguida os outros fatores relacionados: fatores biológicos estando presente em 63,3% e doença em 40,9% das crianças pesquisadas. Já de acordo com a literatura encontrada (CHAGAS, 2009), esses fatores relacionados não se manifestaram prevalentes, ficando em um percentil abaixo de 75. Referente a essa literatura, fator relacionado a doença teve uma porcentagem de 13,3 e fator biológico 6,7%.

Os diagnósticos de enfermagem são considerados de risco quando o problema ainda não se desenvolveu, mas que o indivíduo encontra-se vulnerável. Seu enunciado possui o título e os fatores relacionados ou de risco (fatores causais), já que as características definidoras (sinais e sintomas) ainda não estão presentes (VOLPATO, 2007).

O diagnóstico de risco que esteve presente em 100% dos casos foi risco de infecção. Este diagnóstico se caracterizou por conta de todas as crianças pesquisadas estarem com acesso venoso periférico. É definido como estado em que o indivíduo apresenta o risco de ser invadido por um agente oportunista ou patogênico (vírus, fungo, bactéria, protozoário ou outro parasita) de fontes endógenas ou exógenas (NANDA, 2010). Agrava-se porque as defesas do cliente podem estar comprometidas, por conta da hospitalização. Este é um problema que deve ser acompanhado pelos enfermeiros da ala.

Tem alguns cuidados que a equipe de enfermagem pode desenvolver para minimizar a possível contaminação, que se agrava por o cliente estar hospitalizado: realizar higienização antisséptica das mãos antes e após manusear o cateter, utilizar luvas de procedimento para manusear o cateter, realizar desinfecção antes e depois das infusões, com algodão embebido em álcool a 70%, realizar exame físico dirigido: edema, hematoma, flebite, dor, processo alérgico, trocar equipo de infusão contínua a cada 24h, entre vários outros cuidados (MARTINS et al., 2008).

Essa pesquisa ajuda na compreensão da importância de uma enfermagem baseada em dados científicos, contribuindo assim para sistematização do cuidado dentro da ala pediátrica do referido hospital. Podendo também ser útil como base para ser criado um instrumento para organização da assistência de enfermagem prestada e então de maneira prática e segura alcançar os objetivos almejados.

7 CONCLUSÃO

O profissional de enfermagem da ala pediátrica tem uma responsabilidade maior, pois a criança nem sempre sabe expressar o que está sentindo, dificultando seu trabalho e por conta disso muitas vezes não são tomadas as devidas medidas. Então os resultados desse estudo podem estar direcionando o cuidado facilitando a assistência no serviço.

Os achados prevalentes que ficaram acima do percentil 75 foram: Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico 86,4%, Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais 59,1%, hipertermia 36,4%, dor aguda, 29,5%, que são os diagnósticos de enfermagem. Já as características definidoras, expressar pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito (88,6%), falta de interesse na comida (54,5%), aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais (34,1%), verbalizar dificuldade com o regime terapêutico (31,8%), relato verbal de dor (27,3%), pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia (25%), expectoração (13,6%), halitose (11,4%), introspecção (11,4%), sonolência (6,8%) e tosse ineficaz (6,8%). Com relação aos fatores relacionados foram, procedimentos invasivos (100%), fatores biológicos (63,3%) e doença em 40,9% das crianças pesquisadas. E ainda o diagnóstico de risco que obteve destaque foi risco de infecção (100%).

Foram encontradas algumas dificuldades durante o estudo devido a muitos dos prontuários pesquisados não estarem preenchidos corretamente ou estavam ilegíveis. Sendo assim preciso a ajuda de funcionários da ala para ajudar nessa questão.

Sendo assim, de acordo com esses achados podemos dizer que atingimos os objetivos almejados.

É preciso que os enfermeiros desse setor do referido hospital possam estar ciente desses achados e assim saber direcionar os cuidados devidos a esses diagnósticos, características definidoras e fatores relacionados e assim obter resultados positivos.

REFERÊNCIAS

- AMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção á saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 17, n. 1, Jun./Jul., 2005.
- AZEVEDO, F. M. B.; EPIFANIO, N. M. M. E. **Acompanhamento farmacoterapêutico de crianças hospitalizadas em um hospital público de uma cidade do interior do estado do rio de janeiro**. Centro Universitário de Barra Mansa, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Informação de saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 29 ago. 2011.
- IBGE. Ofertas de equipamentos hospitalares e número de médicos aumentam, leitos diminuem e desigualdades regionais permanecem. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Assistência médico-sanitaria, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 set de 2011.
- BATISTA, L. T. L.; RODRIGUES, F. A.; VASCONCELOS, J. M. B. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimaduras. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, jan/mar, 2011.
- BENICASA, B. C, et al. Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, ago./set., 2012.
- CAETANO, J. R. 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, mar./abr., 2002.
- CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. **Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico estabelecido no diagnóstico de enfermagem**. In: FORUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, v. 3. n. 2, 2002, Uberlândia: UFU, 2002.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358- 2009**. Rio de Janeiro, 2009.
- CHAGAS, K. L. M. et al. Diagnostico de enfermagem em crianças com sinais e sintomas respiratórios: um estudo descritivo. **Rev Rene**, fortaleza, v. 2, n. 12, abr/jun. 2011.
- CHAGAS, K. L. M. et al. Diagnostico de enfermagem em crianças com sinais e sintomas respiratórios: um estudo descritivo. **Rev Rene**, fortaleza, v. 2, n. 12, abr/jun. 2011.
- FAEDA, A; MARTINS. C. G. R; LEON, P. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. **Rev Brasileira Enfermagem**, Brasília, nov./dez, v. 59, n. 6, nov./dez., 2006.
- FERREIRA, M. G. et al. Acurácia da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril como preditores de dislipidemias em estudo transversal de doadores de sangue de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, out./nov., 2006.

FERRO, F. O; AMORIM, V. C. O. As emoções Emergentes na Hospitalização Infantil. **Rev Eletrônica de Psicologia**, v. 7, n. 1, jul./ago., 2007.

GOMES, R. M; NUNES, C. B. Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Consulta de Enfermagem Pediátrica. **Ensaio e Ciência**, v. 10, n. 3, abr. 2006.

GALDEANO, L. E; ROSSI, L. A; PELEGRINO, F. M. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. **Rev Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, abr. 2008.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃE, H. C. Q. C. P; BARROS, A. L. B. L; GUIERREZ, M. G. R. Identificação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem excesso de volume de líquidos. **Rev latino-americano enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, abr, 2000.

HOLANDAL, R. H.; SILVA, V. M. Diagnóstico de enfermagem de pacientes em tratamento hemolítico. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, abr./jun, 2009.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a Implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, abr./mai., 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Saúde pública, 2009. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 10 de setembro de 2011.

LOBIONDO-WOOD, LG; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. **O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas**. In: MEDRONHO, A. *et al.* Epidemiologia. Ed. Atheneu, 2006.

LUCENA, M. M. Diagnóstico de enfermagem do domínio nutrição identificados em idosos institucionalizados. **Rev Enferm Integrada**, Ipatinga, v. 1, n. 1, Nov./Dez., 2008.

MONTEIRO, F. P. M; SILVA, V. M.; LOPES, M. V. O. Diagnóstico de enfermagem identificados em crianças com infecção respiratória aguda. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, Fortaleza, v. 8, n. 2, jun./ago., 2006.

MONTEIRO, F. P. M. et al. Atividades de enfermagem para crianças com desobstrução ineficaz das vias aéreas. **Rev Rene**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out/dez. 2007.

MARTINS, K. A, et al. Adesão as medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 4, out/nov, 2008.

MUNFORD, V.; RACZ. M. L. Gastroenterite em crianças de quatro regiões do Brasil: estudo baseado na vigilância em hospitais. In: **Anais do XIII SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ROTAVÍRUS**. 8. Istambul, Turquia, 2008. P. 1-2.

NANDA. North American Nursing Association - International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

- NEGREIROS, R. V. et al. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.
- NOBREGA, M. M. L; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.
- OLER, F. G; VIEIRA, M. R. R. O Conhecimento de Equipe de Enfermagem Sobre a Criança Hospitalizada. **Arq Ciên Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 13, out/dez. 2006.
- PRIMO, C. C; AMORIM, M. H. C; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr/jun, 2007.
- PATAH, L. E. M; MALIK, A. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública**. v. 45, n. 1, abr./mai, 2011.
- PAGANIN, A. et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, jun. 2010.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem: clínica e prática hospitalar**. São Paulo: Santos, 2000.
- RAMOS, C. A. **Assistência de enfermagem à criança Hospitalizada por cardiopatia congênita**. Dissertação (mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.
- SANTOS, W. L.S, et al. Diagnóstico de enfermagem identificados na alta hospitalar de idosos. **Rev Cogitare Enferm**, Goiânia, v. 14, n.2, Abr/Jun, 2009.
- SILVA, A. A. M. et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 4, n. 15, out/dez. 2000.
- SOARES, D. M. D et al. Influência do pré-natal na escolha do tipo de parto: avaliação de gestantes que realizaram o pré-natal em uma unidade básica de saúde de um bairro no interior da cidade de pelotas. In: **Anais do XIII CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**. 8., 2009, LOCAL.
- SILVA, R. G. et al. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo horizonte: ABEn, 2009.
- SOUZA, E. L et al. Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, jun./jul, 2008.
- SOUZA, M. V. et al. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.
- TIMBY, B. K. **Conceitos e Habilidades fundamentais no tratamento de enfermagem**. Ed. 6. Porto Alegre: Artmed, 2001.

VOLPATO, M. P.; CRUZ, D. L. M. Diagnóstico de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico - cirúrgico. **Acta Paul enferm.** V. 20, n. 2, 2007.

VERAS, T. N; SAKAE, T. M. Características de crianças hospitalizadas com asma grave no sul do Brasil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, set./out, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE EXAME FÍSICO Nº _____

PRONTUÁRIO Nº: _____

1. Dados de admissão

DN: ___/___/____ Sexo: _____ Procedência: _____

Admitido dia ___/___/____ Naturalidade: _____

() Casa () Setor de emergência () Outra instituição de atendimento

Diagnóstico médico: _____

Motivo da hospitalização: _____

História da doença: _____

Medicação:

MEDICAÇÃO	DOSAGEM	ÚLTIMA DOSE	FREQUÊNCIA

Efeitos adversos: _____

1.1 História da Gestação, Parto e Nascimento

a) Idade da mãe: _____ b) Problemas durante a gestação

b) Consultas pré-natais: Não Sim _____

c) Exames complementares: _____

d) Natimortos _____ e) Parto prematuro _____

f) Tipo de parto: Normal Cesariano Fórceps

g) Local do parto: _____

h) Problemas durante o parto: _____

Idade gestacional: _____ RN pré-termo RN a termo RN pós-termo

Peso ao nascer: _____ Comprimento: _____ Apgar: _____

Problemas após o parto: _____

Conduta: _____

Nº de gestações _____ Nº de paridade _____ Abortos _____

Problemas em outras gestações: _____

2. Avaliação de Domínios

2.1 Promoção da Saúde

a) Mostra interesse em melhorar a saúde?

Sim Não

b) Segue o tratamento prescrito?

() Sim () Não

2.2 Nutrição

a) () Leite materno

b) () Dieta especial/suplementos: _____

c) Período de introdução dos suplementos: _____

d) Alergia: _____

e) Reação: _____

f) Apetite: () Normal () Aumentado () Diminuído

g) () Dificuldade para sucção: _____

h) () Dificuldade durante a mastigação: _____

i) () Dificuldade durante a deglutição: _____

j) Fontanela: () Plana () Deprimida () Abaulada () Fechada

k) Boca: _____

l) Lábios: _____

m) Gengivas: () Limpas () Placa branca () Lesões

n) Dentes: () Ausentes () Presentes

_____ () normais () anormais

o) Erupção dentária: () Sim () Não

p) Língua: _____

q) Palato: _____

r) Estado nutricional: () Desnutrido () Eutrófico () Obeso

2.3 Eliminação e Troca

a) Hábitos intestinais

Nº. de evacuações por dia: _____ Aspecto habitual das fezes: _____

b) Queixas relacionadas à evacuação:

() Diarréia () Constipação () Cólicas abdominais () Dor () Flatulência ()
outros

c) Hábitos urinários

Nº. de fraldas trocadas: _____ Aspecto habitual da urina: _____

d) Queixas relacionadas à micção:

() Disúria () Hematúria () Oligúria () Poliúria () Polaciúria () Outros

e) Abdômen: _____

Ruídos intestinais: () Presentes () Ausentes

2.4 Atividade/Repouso

a) Aparência geral: () Reativo () Sonolento () Agitado () Irritado () Ativo
() Sorridente () Choroso () Olhos arregalado () Outros

b) Horas dormidas por noite: _____

() Repouso pela manhã () Repouso à tarde () Sonolência excessiva diurna

() Desperta muito cedo () Sono interrompido () Sono ininterrupto

() outras alterações de sono _____

c) FR: _____

d) Tipo de respiração predominante: () Nasal () Oral

e) Qualidade/ritmo: () Normal () Curta () Rápido

() Laboriosa () Superficial () Profunda

f) Tosse: () Não () Sim Descrição: _____

g) Expectoração/secreção: _____

h) Ausculta: Lobo superior direito A/P: _____

Lobo superior esquerdo A/P: _____

Lobo inferior direito A/P: _____

Lobo inferior esquerdo: _____

i) Deformidade torácica: () Não () Sim _____

j) Expansão torácica: () Assimétrica () Simétrica

k) Musculatura acessória: () Não () Sim

l) Presença: () Infecção () Alergias

m) Formato das unhas: _____

PA: _____ FC: _____ Pulso: _____

Ausculda cardíaca: _____

Tempo de preenchimento capilar: () \leq 3 segundos () $>$ 3 segundos

Mobilidade física: _____

2.5 Percepção/Cognição

a) Acuidade auditiva

() Dentro dos limites normais () Prejudicada: ____ D ____ E

() Surdez: ____ D ____ E

b) Acuidade visual

() Dentro dos limites normais () Prejudicada: ____ D ____ E

() Cegueira: ____ D ____ E

c) Sistema Neurossensorial

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas

Fotorreagente: Esquerda: ____ Sim ____ Não Direita: ____ Sim ____ Não

Olhos: () Limpos () Secreção () Avermelhados

Temperatura corporal: _____

() Pele avermelhada () Calor ao toque

2.6 Papéis e Relacionamentos

a) Demonstra dificuldade com:

() Higiene pessoal () Tomar as Medicações () relacionamento com a equipe de saúde

Outros: _____

b) Sente alguma dor? _____ Onde? _____

Duração _____

c) Tem diabetes? _____ Tipo I ou II? _____

d) Tem alguma doença Cardiovascular?

Qual? _____

e) Ele interage com outras crianças? _____

Frequenta Brinquedoteca? _____

f) Os recursos financeiros são suficientes para o tratamento? _____

g) Quem está acompanhando nesse processo de hospitalização?

2.7 Enfrentamento/Tolerância ao estresse

a) Reação à hospitalização: () Aparência geral de infelicidade () Apetite indiferente

() Choro freqüente () Apatia () Respostas fracas aos estímulos () Sono

agitado () Aceleração do trânsito intestinal () Ansiedade () Tristeza

() Tranqüilidade () Retração () Isolamento () Outros:

2.8 Segurança/Proteção

a) Higiene pessoal:

() Higiene corporal adequada () Condição de higiene corporal deficitária

() Higiene oral adequada () Condição de higiene oral deficitária

b) História de problema de pele/cicatrização: _____

c) Pele e mucosas: _____

Cor: () Dentro do limite normal () Pálida () Ictérica

() Cianótica () Outros: _____

d) Turgor: () Normal () Diminuído

e) Edema: () Não () Sim. Local: _____

f) Lesões: _____

g) Quedas/traumas: _____

h) Hematomas: _____

i) Vermelhidão/prurido: _____

j) Alergia: _____

k) Reação: _____

l) Imunizações: _____

m) Complicações da imunização: _____

2.9 Conforto

a) Desconforto/dor: () Nenhuma () Aguda () Crônica

Descrição: _____

3.0 Crescimento/ desenvolvimento

Comprimento: _____ Peso: _____ IMC: _____ Circunferência abdominal: _____ Perímetro cefálico: _____ Perímetro torácico: _____

Reflexos: () Corneano () Olhos de boneca () Pupilar ()

Espirro e tosse () Sucção () Deglutição () Rotação ou busca ()

Extrusão () Bocejo () Preensão () Babinski () Tônico-

cervical () Moro () Marcha () Arrastar

Comportamento psicomotor apresentado: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Diagnóstico de enfermagem em crianças internadas em um hospital piauiense.

Pesquisador responsável: Luisa Helena de Oliveira Lima

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Curso de Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Telefone para contato: inclusive a cobrar: (89) 99253737

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. O (a) senhor(a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) senhor(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

Meu nome é Luisa Helena de Oliveira Lima, sou enfermeira e professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento, uma pesquisa sobre os diagnósticos de enfermagem em crianças hospitalizadas, cujos dados serão coletados por a acadêmica de enfermagem Juliana de Carvalho Moura

O processo de enfermagem se bem realizado é de grande relevância para chegar ao bem estar do paciente, podendo diminuir o tempo de permanência no hospital. Neste estudo, pretendo identificar os “problemas de enfermagem” (diagnósticos de enfermagem) presentes nas crianças internadas neste hospital. Caso aceite, a acadêmica Juliana de Carvalho Mouro, irá fazer uma série de perguntas e realizará o exame físico no seu filho, com ações tais como: pesar, medir a altura, escutar o coração, escutar o pulmão, examinar a pele, nariz e a boca, horas de sono, dieta, urina, evacuações, humor. Este exame físico não trará risco para a criança e o desconforto será o mínimo possível.

O(a) senhor(a) terá o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados na disciplina Seminário de Pesquisa I do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se o(a) senhor(a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,

RG _____

_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo diagnóstico de enfermagem em crianças hospitalizadas, como sujeito e permito a participação do meu filho. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo de diagnóstico de enfermagem em crianças

hospitalizadas. Eu discuti com o acadêmico _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação e do meu filho é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local _____ e _____ data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em

Participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, _____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep