

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
ANA MÁRCIA NÓBREGA DANTAS**

**VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA PEDIÁTRICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB**

**JOÃO PESSOA
2016**

ANA MÁRCIA NÓBREGA DANTAS

VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA PEDIÁTRICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem.

Projeto de pesquisa vinculado: Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as unidades clínicas do Hospital Universitário da UFPB.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

Coorientadora: Prof^a. Dra. Kenya de Lima Silva

JOÃO PESSOA
2016

D192v Dantas, Ana Márcia Nóbrega.
Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da UFPB / Ana Márcia Nóbrega Dantas.- João Pessoa, 2016.
128f. :il.
Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega
Coorientadora: Kenya de Lima Silva
Dissertação (Mestrado) -UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Processos de enfermagem. 3. Saúde da criança. 4. Diagnóstico de enfermagem. 5. Classificação da prática. 6. Estudo de validação.

UFPB/BC

CDU:616-083(043)

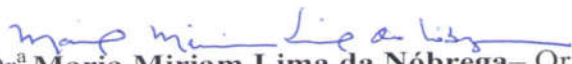
ANA MÁRCIA NÓBREGA DANTAS

VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB

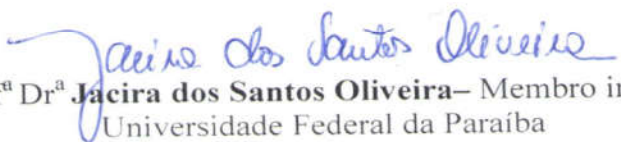
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para defesa do Mestrado em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: 14 de outubro de 2016

BANCA EXAMINADORA


Prof^a Dr^a **Maria Miriam Lima da Nóbrega** – Orientadora
Universidade Federal da Paraíba


Prof^a Dr^a **Kenya de Lima Silva** – Membro externo
Universidade Federal da Paraíba


Prof^a Dr^a **Jacira dos Santos Oliveira** – Membro interno
Universidade Federal da Paraíba


Prof^a Dr^a **Daniela Karina Antão Marques** – Membro externo suplente
Universidade Federal da Paraíba

Dedicatória

Dedico este trabalho às crianças da Clínica Pediátrica do HULW, em especial as que participaram do estudo. Desejo que meu trabalho possa contribuir para melhorar a assistência e tornar mais leve a hospitalização. Esta pesquisa é apenas um degrau da gigante escada que é o cuidado a vocês.

Agradecimentos

Primeiramente, à **Santíssima Trindade**, pela misericórdia e pelo amor derramado todos os dias, dando-me a graça de ingressar no Mestrado e na capacitação, com muita sabedoria, para enfrentar os obstáculos percorridos ao longo desses anos e alcançar a graça de realizar apenas um dos sonhos. Minha eterna gratidão.

À **Nossa Senhora**, minha mãezinha, por me cobrir com seu manto protetor, com seu amor de mãe, enxugando minhas lágrimas, ensinando e estando comigo nos momentos mais difíceis. Agradeço também, pela graça concebida de entrar no Mestrado, pelas suas inúmeras intercessões ao seu Filho. Nunca me esqueço daquela oração.

À **minha querida orientadora, Professora Dr^a. Miriam**, que me deu a oportunidade de realizar esse sonho e acreditou em mim. Eu cheguei com o currículo tão pobre (na verdade, eu só fui saber o que é currículo Lattes com a senhora), e sem experiência de pesquisa, mas, mesmo assim, sabia do meu sonho e me acolheu de braços abertos. Obrigada por ser esse anjo na minha vida, por ser essa mãe que sempre me compreendeu e ficou feliz com cada conquista, com cada artigo publicado; obrigada também por ser essa professora maravilhosa, que me ajudou bastante, enviando artigos, emprestando livros, para que eu pudesse aprender, corrigindo meus erros, que foram muitos, mas fundamentais para meu aperfeiçoamento. Lembro que, quando a senhora falou sobre a proposta do projeto, eu disse “sim” imediatamente, mas, dentro de mim, só havia medo, medo de errar, de decepcionar, de não preencher os requisitos para ser uma orientanda da Professora Miriam. Antes de começar os estudos de caso, perguntei: “A senhora acha que eu consigo, que tenho capacidade? E me respondeu: “Claro que tem, menina”! Não sei se conseguiria terminar sem seu incentivo, por isso, obrigada! Obrigada por cada abraço aconchegante. Acredito que consegui entrar nos requisitos de uma verdadeira orientanda, mesmo sendo tão atrapalhada. Agora, meu próximo passo é entrar nos requisitos para ser uma orientanda de Doutorado da Professora Miriam, e se Deus quiser, vou conseguir! Minha eterna gratidão.

À **minha coorientadora, a Prof^a. Dr^a. Kenya**, pela paciência de me ensinar e ter disponibilidade de orientar uma pessoa que chegou desorientada na prática e, ainda, atrapalhada. A senhora aceitou esse desafio e eu só tenho a agradecer! Deus não poderia

ter colocado coorientadora melhor, rezei tanto para ser um anjo! E olha que anjo lindo! Foram milhares de correções, tira diagnóstico, põe diagnóstico, coloca intervenções, tira intervenções, ajeita o planejamento, não é assim, refaz, e assim foi, corrigia, recorrigia, corrigia novamente. Foram muitas emoções e detalhes. Posso dizer que foi uma loucura engraçada, mas tudo isso foi essencial para o enriquecimento da dissertação. Obrigada por cada “Presta atenção”, por cada questionamento, por cada abraço, por cada sorriso, por acreditar em mim. Hoje eu saio com outra visão da assistência e com mais vontade de contribuir para o bem-estar das “nossas” crianças, de quem cuidamos com tanto amor. Minha eterna gratidão.

À **minha avó Diva**, que não está presente fisicamente, mas sempre estive no meu coração. Ela, que sonhou isso comigo, juntas, sempre me dizendo que tudo ia dar certo porque eu era uma menina muito especial. Minha eterna gratidão e muita saudade! Sempre fez de tudo, literalmente, para me ver feliz! Estamos sempre juntas ligadas pelo sentimento da saudade e amor, o que nos separa é o céu e a terra.

À **minha mãe, Maria Márcia**, que nunca mediu esforços para os estudos, se virou “nos 30 segundos” para não faltar nada. Obrigada por cada ensinamento, por ser sempre exemplo de Maria. Obrigada por todas as orações, sempre com terço na mão! Te amo e minha eterna gratidão!

Ao **meu pai José Dantas**, que me ajudou para que chegasse até aqui. Você é um exemplo de professor e pesquisador, acho que herdei esse sentimento de gostar de pesquisa e ensino. Obrigada por se preocupar com meus estudos.

Ao **meu irmão Thiago**, por estar comigo em todos os momentos. Obrigada por interpretar comigo todos os textos que tinham muitas histórias relacionadas à Enfermagem, e eu não entendia nada. Você é um exemplo para mim. Minha eterna gratidão.

À **minha prima-tia, Wilma**, pela força recebida diariamente. Você foi uma das pessoas que sempre acreditou na minha capacidade e que eu ia conseguir entrar no Mestrado. A caminhada não foi fácil, mas você não saía do meu lado. Obrigada por se preocupar e rezar por mim! Obrigada por ser essa tia-prima e, muitas vezes, mãe! Amo muito você! Minha eterna gratidão.

Aos **meus tios e tias**, que me acolheram como verdadeira filha. Obrigada por me orientar, aconselhar e me guiar sempre para o melhor caminho. Obrigada por todos os

ensinamentos e pelo suporte dado, colaborando para eu alcançar meus sonhos. Amo vocês. Minha eterna gratidão.

Aos **meus primos e primas**, que sempre se preocuparam comigo. Obrigada pela paciência de tirar minhas dúvidas e a disponibilidade de me atender na hora em que eu chamasse. Amo vocês demais. Obrigada pela torcida! Minha eterna gratidão.

Aos **amigos do Colégio João XXIII**, em especial, a Eloá, Camila, Tássia, Josette, Lídia, Priscila, Carol Peffer e Emilayne. São tantos anos de amizade! Mais de 12 anos, e vocês sempre comigo. Obrigada por cada conselho, conversa, força, abraço, sorriso, incentivo, cada “tenho orgulho de você”! Amo vocês! Obrigada por tudo. Minha eterna gratidão.

Aos **meus amigos da Faculdade Santa Emília**, que sempre estiveram tão presentes mesmo distantes. Minha eterna gratidão por cada conselho, dúvida, incentivo, por cada abraço e por acreditarem em mim. Vocês moram no meu coração!

À **minha amiga Gabriela**, que também foi uma mãe para mim e que, com sua sabedoria foi me orientando para que eu trilhasse o início do meu caminho, ouvindo-me, dando-me conselhos, corrigindo, alertando sobre meus erros. Obrigada por cada abraço, cada sorriso e por cada momento divertido, principalmente das nossas viagens, que foram as melhores. Minha eterna gratidão!!

À **minha amiga Carina**, que dividiu tantos momentos comigo, deixando meus dias de aula do Mestrado mais leves. Tantas conversas, risadas, compartilhamentos de “Isso acontece comigo também”. Obrigada por tudo, por cada abraço, conselhos, lanche, sorriso. Ganhei uma amiga! Minha eterna gratidão.

À **minha amiga Carol**, pela força e pela ajuda. Obrigada por cada conselho, abraço, risada, preocupação, pela companhia nas manhãs e no almoço. Tenha certeza de que meus dias foram mais felizes com sua amizade. Admiro muito você. Minha eterna gratidão.

À **minha amiga Lina**, que, com seu jeito “sem filtro” e com sua mania de organização, conquistou-me. Obrigada por cada ajuda, conselho, abraço, risada, pela companhia nas manhãs, por cada lanche às 9:30h. Foi um prazer ter conhecido você e ter ganhado sua amizade. Minha eterna gratidão.

A todos do laboratório de Cuidar em Enfermagem, em especial, a **Patrícia e**

Ana Cláudia. Obrigada por cada conversa, por todas as vezes em que vocês me ajudaram, esclareceram minhas dúvidas, pelos conselhos, pela companhia nos almoços, pelas risadas nas manhãs e pelas vezes em que foram psicólogas. Minha eterna gratidão.

Aos **meus amigos da turma do Mestrado 2014.1 e 2015.1**, que me ajudaram tanto. Foram tantas risadas, estresses, aflições, xerox, seminários, resenhas, leituras e a companhia de vocês, que deixaram tudo mais leve. Obrigada pelas vezes em que alguns de vocês foram meus psicólogos, aconselhando-me e encorajando-me, fazendo com que eu ficasse mais firme! Obrigada pela companhia nos lanches, nos almoços e nas viagens que fiz com alguns de vocês! Minha eterna gratidão.

A todos os **professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, por todos os ensinamentos, na sala de aula ou no dia a dia, que contribuíram para meu crescimento profissional e para o enriquecimento deste trabalho. Minha eterna gratidão.

Aos membros da banca examinadora, a **Profª. Dra. Jacira dos Santos Oliveira**, pelas valiosas contribuições, por ter me ensinado tanto e vibrado por cada conquista minha; a **Profª. Drª. Daniela Karina Antão Marques**, pelas valiosas contribuições e por sempre me responder, quando solicitada, e à **Profª. Drª. Jael Rúbia Figueiredo de Sá França**, por aceitar participar desse meu sonho.

A todos aqueles cujos nomes não citei, mas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta pesquisa. Obrigada por cada conselho, por cada oração e por cada abraço. Jamais esquecerei. Minha eterna gratidão.

Epígrafe

Menina, cuida,
Mas cuida bem,
Pacientes da Pediatria querem o seu amor também,

Menina, cuida,
Levanta essa cabeça,
Coleta os dados, planeja,
Mergulha na CIPE® e veja,
Tenha eixos, Foco principalmente,
Faz diagnóstico,
Cadê o pensamento crítico?

Menina, cuida,
Leva essa sua alegria,
Para a Pediatria,
Faz as intervenções,
Ameniza a dor,
Em suas mãos tem anjos e o amor,

Menina, cuida,
Não há mais tempo,
Chegou a hora,
A hora de relatar,
A hora de defender,
E fazer merecer,
As horas de estudo,
As horas de orientações,

Menina, verás no fim,
Que tudo isso,
É só o início.

(Ana Márcia Nóbrega Dantas)

RESUMO

DANTAS, Ana Márcia Nóbrega. **Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica pediátrica do Hospital universitário da UFPB**. 2016. 128fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: Na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB foi construída uma Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Constando, 126 diagnósticos e resultados de enfermagem e 576 intervenções de enfermagem. **Objetivo:** Desenvolver definições operacionais para os diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças de zero a cinco anos hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e validar clinicamente os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem para as crianças dessa faixa etária. **Método:** Pesquisa metodológica, desenvolvida em duas etapas: Definições operacionais dos enunciados de diagnósticos de enfermagem e Validação clínica dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Antes de sua execução, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB e recebeu o CAAE 43249415.0.0000.5183. **Resultados:** Na primeira etapa, foram elaboradas definições para os 126 diagnósticos de enfermagem, que foram submetidos à validação por consenso para confirmar a presença dos diagnósticos nas crianças de zero a cinco anos e se a definição apresentava os indicadores empíricos para sua identificação. Foram validados 70 diagnósticos, e 56 foram considerados não aplicáveis. Na segunda etapa, os diagnósticos, resultados e as intervenções de enfermagem foram validados clinicamente, por meio de seis de estudos de casos clínicos, utilizando as fases do processo de enfermagem, tendo como fundamentação teórica as Necessidades Humanas Básicas de Horta. Foram identificados 24,3% dos diagnósticos validados, e utilizadas 54,5% das intervenções de enfermagem constantes na Nomenclatura. **Conclusão:** O estudo mostrou a eficácia da Nomenclatura na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, por meio da validação de conteúdo e da validação clínica dos diagnósticos de enfermagem constantes, aprimorando o cuidar, permitindo a realização de uma assistência de qualidade.

Descritores: Enfermagem; Processos de Enfermagem; Saúde da Criança; Diagnóstico de enfermagem; Classificação da prática; Estudo de validação.

ABSTRACT

DANTAS, Ana Márcia Nóbrega. **Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica pediátrica do hospital universitário da UFPB.** 2016. 128fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: Common classification of nursing diagnoses, outcomes, and interventions were created in the Pediatric Clinic at the HULW/ UFPB. They are 126 nursing diagnoses and outcomes, and 576 nursing interventions. **Objective:** The aim of this study is to develop operational definitions for nursing diagnoses contained in the nomenclature of diagnoses, results, and nursing interventions for hospitalized children between zero and five years of age in the Pediatric Clinic at the HULW/ UFPB. Besides, clinical validation of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for kids in this age range. **Methodology:** Methodological research was used in two phases: operational definitions of statements of nursing diagnoses and clinical validation of nursing diagnoses, outcomes, and interventions. The study was submitted to the Research Ethics Committee of HULW / UFPB and received the CAAE 43249415.0.0000.5183 before it begins data collection. **Results:** In the first phase, we have been prepared 126 nursing diagnoses, which were submitted to validation by consensus to confirm nursing diagnoses for children between zero and five years of age, and notice if the definition has empirical indicators for its identification. Seventy nursing diagnoses were validated, and 56 of them were considered not applicable. In the second phase, nursing diagnoses, outcomes, and interventions have been clinically validated through 6 clinical case studies. The study used the nursing process based on the Horta's Basic Human Needs Theory. We identified that 24,3% of the validated nursing diagnoses and 54,5% of the nursing interventions were in the nomenclature. **Conclusion:** This study showed the effectiveness of the nomenclature in the Pediatric Clinic of HULW / UFPB through content and clinical validation of nursing diagnoses, improving and allowing a high quality of nursing care.

Descriptors: Nursing; Nursing process; Children's health; Nursing diagnosis; Practice classification; validation study.

RESUMEN

DANTAS, Ana Márcia Nóbrega. **Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica pediátrica do Hospital universitário da UFPB**. 2016. 128fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: En la Clínica Pediátrica de HULW / UFPB se construyó una nomenclatura común de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería. Que consiste, 126 diagnósticos y resultados de enfermería y 576 intervenciones de enfermería. **Objetivo:** Elaborar definiciones operativas para los diagnósticos de enfermería contenidas en la nomenclatura de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería para los niños desde el nacimiento hasta los cinco años hospitalizados en la Clínica Pediátrica de HULW / UFPB y clínicamente validar los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería para los niños este grupo de edad. **Método:** Metodológicos de investigación, desarrollada en dos etapas: definiciones operacionales de las declaraciones de los diagnósticos de enfermería y la validación clínica de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería. Antes de su ejecución, el proyecto fue presentado a la Comisión de Ética de Investigación de HULW / UFPB y recibió el CAAE 43249415.0.0000.5183. **Resultados:** En la primera etapa, las definiciones se han preparado para 126 diagnósticos de enfermería, los cuales fueron sometidos a validación por consenso para confirmar la presencia de los diagnósticos en niños de cero a cinco años y la definición presentada indicadores empíricos para su identificación. 70 diagnósticos fueron validados, y 56 fueron considerados no aplicable. En la segunda etapa, los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería han sido clínicamente validados a través de seis estudios de casos clínicos, el uso de las fases del proceso de enfermería, con la base teórica de las necesidades humanas básicas de Horta. 24.3% fueron identificados de diagnóstico validado y utilizado el 54,5% de las intervenciones de enfermería constante Nomenclatura. **Conclusión:** El estudio demostró la eficacia de la nomenclatura en la Clínica Pediátrica de HULW / UFPB a través de la validación de contenido y la validación clínica de los diagnósticos de enfermería constantes, mejorar la atención, lo que permite la realización de una atención de calidad.

Descriptores: Enfermería; Proceso de enfermería; Salud infantil; Diagnóstico de enfermería; Clasificación de la práctica; Estudio de validación.

LISTA DE QUADROS, TABELA E FIGURAS

Quadro 1	Relação dos diagnósticos/resultados de enfermagem considerados como aplicáveis a crianças de zero a cinco anos na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB validados e suas respectivas definições. João Pessoa- PB, 2016.....	43
Quadro 2	Distribuição dos estudos de casos realizados com Crianças de zero a cinco anos, segundo a idade, o histórico de internação e a procedência. João Pessoa-PB, 2016.....	54
Quadro 3	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 1. João Pessoa- PB, 2016.....	55
Quadro 4	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 2. João Pessoa- PB, 2016.....	59
Quadro 5	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 3. João Pessoa- PB, 2016.....	62
Quadro 6	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 4. João Pessoa- PB, 2016.....	66
Quadro 7	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 5. João Pessoa- PB, 2016.....	70
Quadro 8	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 6. João Pessoa- PB, 2016.....	73
Quadro 9	Intervenções de enfermagem planejadas e implementadas nos estudos de casos. João Pessoa-PB, 2016.....	77
Tabela 1	Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas, identificados nas crianças de zero a cinco anos na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB. João Pessoa-PB, 2016.....	76
Figura 1	Classificação das Necessidades Humanas Básicas de Horta. João Pessoa-PB, 2016.....	30
Figura 2	Fluxograma do desenvolvimento da pesquisa. João Pessoa-PB, 2016	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Objetivos.....	19
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1	Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	20
2.2	Sistematização da Assistência de Enfermagem dispensada à criança.....	22
2.3	Uso de sistemas de classificação na assistência de enfermagem.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1	Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta.....	26
3.2	Utilização da Teoria de Horta na prática de enfermagem direcionada às crianças de zero a cinco anos hospitalizadas.....	32
4	MÉTODO.....	35
4.1	Primeira etapa da pesquisa: definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem.....	36
4.2	Segunda etapa da pesquisa: validação clínica dos diagnósticos, dos resultados e das intervenções de enfermagem.....	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5.1	Definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem.....	42
5.2	Validação clínica dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem....	53
5.2.1	Estudos de casos e planejamento da assistência.....	53
5.2.2	Avaliação dos estudos de caso.....	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICES.....	101
	Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (validação por especialistas).....	101
	Apêndice B- Instrumento para validação por especialista dos diagnósticos de enfermagem para a Pediatria.....	102
	Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsável pela criança).....	111
	ANEXOS.....	112

Anexo 1 - Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem da Clínica Pediátrica do HULW/UFPB.....	112
Anexo 2 - Instrumento de coleta de dados- Crianças de zero a cinco anos.....	122
Anexo 3 - Parecer consubstanciado do CEP.....	125

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização desestabiliza qualquer indivíduo, principalmente a criança e sua família. Quando submetida a esse processo, a criança altera totalmente sua dinâmica social, e seu contato com os entes queridos e as atividades do cotidiano fica cada vez mais restrito (MARTINS; PADUAN, 2010). A repercussão da hospitalização nela dependerá de diversos fatores, dentre eles, a duração da internação, a gravidade da doença, os sintomas e o tipo de intervenção que a criança irá ser submetida (HOSTERT; MOTTA; EMUNO, 2015).

Na infância, a ansiedade da separação é uma das maiores causas de irritação decorrente da hospitalização. Porém, se essa separação for evitada, a criança terá mais facilidade de suportar outros estresses. Na faixa de um a três anos, a criança apresenta comportamentos diversos, como suplicar a presença dos pais, ficar aborrecida com a chegada ou a partida de quem descumprir a rotina diária. Muitas vezes, há um retrocesso em seu comportamento. Na fase escolar, como a criança já tem mais capacidade de entender, suporta mais a separação, apesar de o estresse e o retrocesso em relação aos comportamentos se acentuarem bem mais. No caso das crianças cuja fase escolar é média ou tardia, a causa do estresse da separação está mais relacionada às atividades do cotidiano e aos colegas do que aos pais ou familiares. Quando a criança se hospitaliza, o estresse por causa da separação pode se manifestar na admissão, durante o período de internação e depois da alta (MERCK; MCELFFRESH, 2014).

A hospitalização causa na criança vários sentimentos, gerando uma ansiedade tão forte, que seu estado emocional é afetado, e o sentimento de fragilidade se acentua (LAPA; SOUZA, 2011). A hospitalização pediátrica é um processo complicado e de difícil aceitação, porque a rotina da criança e o contato social são adequados às regras do próprio ambiente hospitalar (MARTINS, 2016), pode intervir em seu desenvolvimento (HOSTERT; MOTTA; EMUNO, 2015).

A doença e a hospitalização são consideradas os primeiros problemas que surgem na criança, principalmente nos primeiros anos de vida. A intensidade das reações a esses agravos está diretamente ligada ao seu desenvolvimento etário, à separação, à existência de experiências anteriores relacionadas à hospitalização, à seriedade da enfermidade e ao apoio recebido (LAPA; SOUZA, 2011). Inicialmente, a criança tem dificuldade de se adaptar ao meio, demonstra pouca interação social, não aceita brincar e apresenta poucos movimentos

visuais. Posteriormente, por meio de intervenções com brinquedos terapêuticos, elas começam a ter evoluções progressivas de comportamento (MARTINS; PADUAN, 2010) e começam a interagir mais com a equipe e a família.

A família também sofre para se adequar ao processo da internação da criança, já que há um rompimento em sua estrutura, o que a faz perder o domínio sobre ela e passa a depender da equipe de saúde (CÔA; PETTENGILL, 2011). O impacto da hospitalização causa na família sensações diversas, como tristeza, impotência, medo, culpa, além do desgaste físico e emocional devido ao grande período de internação. Esses acontecimentos contribuem para que a família e, principalmente, o/a acompanhante se sinta cada vez mais frágil, e isso reflete no processo de internação e afeta diretamente sua vida (SANTOS et al., 2013). Para reduzir a carga de sentimentos negativos, a assistência deve ser centrada tanto na criança quanto na família. Para isso, a equipe de enfermagem deve estar apta tanto para fazer os procedimentos técnicos quanto para facilitar as experiências hospitalares para a criança e a família. No entanto, essa forma do cuidar é um desafio para a Enfermagem, pois é preciso conhecer e compreender as necessidades da criança e de sua família e adaptá-las aos cuidados (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

Há que se ressaltar que o cuidado requer métodos de organização para sistematizar a assistência. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e o processo de enfermagem (PE) são meios para guiar, orientar e estruturar a qualificação e individualizar o cuidado para o paciente e sua família. Esses métodos foram disseminados no Brasil por Horta, no início da década de 1970, no entanto, apresentam, até os dias atuais, indagações e barreiras tanto no âmbito da prática quanto no ensino e podem ser considerados como práticas incipientes (DURAN; TOLEDO, 2011).

Dentre as dificuldades para a implementação dos métodos, destacam-se a carência dos recursos humanos, a excessiva carga de atividades para os enfermeiros, o déficit de conhecimento, a falta de envolvimento dos profissionais, o distanciamento da teoria com a prática e a implementação da SAE inadequada ao serviço, o que impossibilita o enfermeiro a realizar o cuidado necessário. Convém enfatizar que os métodos devem ser adaptados de acordo com cada ambiente hospitalar (BENEDT et al., 2016).

Na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), desenvolveram-se várias pesquisas, no sentido de instrumentalizar a SAE e de operacionalizar o processo de enfermagem, como a construção de histórico de enfermagem para crianças de zero a cinco anos, elaborado de acordo com as

necessidades humanas básicas apresentadas nos pressupostos teóricos de Horta, e validado na referida clínica (SILVA, 2004); o desenvolvimento e a validação de um instrumento contemplando todas as fases do processo de enfermagem para adolescentes hospitalizados (MARQUES, 2008); a identificação de termos nos prontuários das crianças para a construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem (LIMA, 2008); o desenvolvimento de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem utilizando o banco de termos da clínica e a CIPE® (NÓBREGA; GARCIA, 2010; LIMA DE SOUZA, 2011a); a realização de estudos de casos para confirmar a presença desses diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem nas crianças (BARROS, 2010; LIMA DE SOUZA, 2011b; PONCE DE LEON, 2011); a análise do conceito ansiedade da hospitalização em crianças (LIMA DE SOUZA, 2014); o desenvolvimento de um software para identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem (SILVA, 2014); construção e validação de um instrumento para implementação do processo de enfermagem em escolares hospitalizados (MARQUES, 2015).

O resultado de grande parte dessas pesquisas resultou na construção de uma Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, com a finalidade de contribuir com as ações assistenciais de enfermagem e a documentação da prática profissional, na perspectiva de assegurar uma assistência diferenciada e de boa qualidade para uma clientela tão especial (NÓBREGA, 2011).

O interesse em desenvolver esta pesquisa na Pediatria surgiu a partir da minha vivência acadêmica, no campo hospitalar e foi aprofundando-se e direcionando meu olhar para a saúde da criança, depois dos trabalhos desenvolvidos no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Fundamentos da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Centro de Ciências da Saúde/UFPB. Fui incluída no projeto de pesquisa *Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as unidades clínicas do hospital universitário da UFPB* e incumbida de validar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças com idades de 0 a 5 anos hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB.

A falta de uma nomenclatura validada dificulta a denominação e identificação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para os profissionais de Enfermagem porquanto há poucas experiências na prática clínica e pouca precisão do conhecimento científico em relação à prática assistencial. E também, aos acadêmicos de enfermagem. Isso prejudica o desenvolvimento de uma assistência individualizada, integral e qualificada para

cada criança.

Posto isso, questiona-se: Com base na literatura da área, podem ser desenvolvidas definições operacionais para os diagnósticos de enfermagem constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB? Que enunciados da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções e enfermagem dessa Nomenclatura podem ser validados clinicamente com as crianças de zero a cinco anos hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB?

A validação de conteúdo e a validação clínica dos elementos da prática constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, são etapas necessárias para verificar a eficácia dessa ferramenta na assistência de enfermagem para as crianças de zero a cinco anos hospitalizadas. O desenvolvimento da validação contribui para a prática de enfermagem, a pesquisa e o ensino em Enfermagem.

Diante do exposto, este estudo visou alcançar os seguintes objetivos:

1.1 Objetivos

Geral:

- Validar os diagnósticos constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB.

Específicos:

- Elaborar definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças de zero a cinco anos hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB;
- Realizar a validação clínica de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem constantes na referida Nomenclatura, para crianças de zero a cinco anos hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contribuiu para a organização do trabalho na Enfermagem e possibilita a operacionalização do processo de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2012a). Durante muito tempo, empregou-se a mesma definição para a sistematização da assistência de enfermagem e o processo de enfermagem, por serem métodos concomitantes e sinônimos. Porém, com a ampliação do envolvimento e das questões conceituais direcionadas a esses termos, foi-se descobrindo que eles têm significados diferentes. Sistematizar a assistência de enfermagem não significa, necessariamente, que se estão utilizando as cinco etapas do processo de enfermagem.

Para Oliveira et al. (2012b), a SAE é um método que organiza o cuidado, utilizando ferramentas para organizar, estruturar, projetar e potencializar sua qualidade. Sasso et al. (2013, p.243) definem o processo de enfermagem como “uma tecnologia do cuidado que orienta a sequência do raciocínio lógico e melhora a qualidade do cuidado por meio da sistematização da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem”. No Brasil, iniciou com Horta, na década de 1970, mas, só com a regulamentação da Lei nº7.498/86, a sistematização do cuidado começou a ter importância. Em 2002, entrou em vigor a Resolução COFEN 272/2002, que trata da sistematização da assistência de enfermagem e que foi revogada pela Resolução 358/2009. Na resolução mais atual, destaca-se a imprescindibilidade da existência da Sistematização de Enfermagem em todos os âmbitos onde haja cuidados de enfermagem (MANGUEIRA et al., 2012).

De acordo com a Resolução-COFEN 358/2009, a SAE estrutura o exercício profissional referente ao método, ao pessoal e aos instrumentos e possibilita a operacionalização do processo de enfermagem, que consiste de cinco etapas inter-relacionadas, recorrentes e interdependentes, a saber: coleta de dados (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem é estruturado em cinco etapas: 1- a de coleta de dados de enfermagem, conhecida, também, como histórico de enfermagem, um processo sistemático e contínuo, em que se usam medidas e técnicas para obter o máximo de informações do paciente ou da família; 2- a do diagnóstico de enfermagem, em que são armazenadas e agrupadas as respostas extraídas da coleta dos dados, os quais são interpretados e julgados para que o pesquisador possa tomar decisões precisas sobre os conceitos de diagnóstico; 3- a do planejamento de enfermagem, quando são determinados os resultados que se espera alcançar e se planejam as ações de enfermagem de acordo com as respostas obtidas na coleta dos dados; 4- a de implementação, que consiste em colocar em prática tudo o que foi feito no planejamento de enfermagem; e 5 – a de avaliação de enfermagem, que diz respeito a um processo sistemático e contínuo, em que se verifica se as ações de enfermagem atingiram os resultados esperados e se houve modificações nas respostas dos pacientes, de sua família ou coletividade (COFEN, 2009).

Para Silva et al. (2012), o histórico de enfermagem - primeira etapa do processo - ocorre quando se faz o primeiro contato com o paciente e é definido pela busca de informações, através da coleta dos dados. Nesse processo, o enfermeiro deverá recorrer à observação e ao exame clínico para obter o máximo de informações, na perspectiva de facilitar a continuidade da segunda etapa do processo – a do diagnóstico de enfermagem– que é feito com a extração dos sinais e dos sintomas existentes nas informações coletadas, as quais serão analisadas clinicamente, com julgamento crítico do enfermeiro, e que servirão de base para individualizar o cuidado, universalizar a linguagem de enfermagem e ser alicerce para as intervenções de enfermagem.

A etapa do planejamento envolve o plano de cuidado, em que o enfermeiro planeja as intervenções necessárias para cada diagnóstico, implementa-as em seguida, o que constitui a quarta etapa do processo de enfermagem. Por fim, a quinta etapa de enfermagem é o resultado da somatória de investigação, dos diagnósticos e da evolução de enfermagem. A partir da somatória, o enfermeiro deverá analisar e decidir por manter ou mudar os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem. Convém ressaltar que, apesar de o processo aparecer descrito de forma dividida, ocorre contínua e concomitantemente (SILVA et al., 2013).

2.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem dispensada à criança

Para sistematizar a assistência de enfermagem, na Pediatria, são utilizadas as cinco etapas do processo de enfermagem, cada uma com sua particularidade e todas registradas no prontuário de forma organizada, para simplificar o acompanhamento e os resultados obtidos por meio do cuidado prescrito. Para isso, o enfermeiro precisa ter um conhecimento teórico-filosófico a respeito da SAE e planejá-la pensando em uma assistência ao binômio mãe/cuidador – filho. Ademais, deverá ter um raciocínio crítico, clínico e individualizado para cada diagnóstico e analisando e discutindo os enfermeiros para determinar o melhor caminho a seguir (CASTRO; ALMEIDA, 2013).

Na clínica pediátrica, um dos objetivos do enfermeiro é de evitar que o filho e a mãe se separem, sobretudo as crianças menores de cinco anos. Em vista disso, os hospitais vêm desenvolvendo um sistema de cuidados centrados na família, que visa melhorar a assistência à criança e é parte fundamental do cuidado. O enfermeiro precisa estar atento aos comportamentos referentes à separação, observar o choro, se há distanciamento entre o filho e a mãe e tentar minimizar qualquer tipo de reação diferente do habitual (MERCK; MCELFRESH, 2014).

Outro aspecto a ser percebido e revertido pela equipe de enfermagem é a perda do controle. O enfermeiro deve ajudar a criança reduzindo essa perda, promovendo a liberdade dos movimentos, e mesmo que haja restrição física, ele deverá usar meios para a criança sentir um pouco dessa liberdade, sempre incitando sua independência. Além disso, a equipe precisa planejar o cuidado de maneira que mantenha relativamente a rotina da criança. É preciso, ainda, aplicar atividades que estimulem o desenvolvimento da criança e que seja correspondente à sua faixa etária e promover brincadeiras e atividades expressivas, como desenhar, pintar, interpretar desenhos, expressões musicais, entre outros (MERCK; MCELFRESH, 2014).

Para uma assistência de boa qualidade, o enfermeiro deve disponibilizar tempo para dar apoio aos membros da família e incentivá-los a participar da hospitalização da criança e dar informações sobre todo o processo da hospitalização e todos os procedimentos que irá realizar e empregar uma linguagem bem clara para dirimir as dúvidas dos pais e da criança.

Na Clínica Pediátrica do HULW, a sistematização da assistência de enfermagem foi inserida em 2003, por meio de debates para introduzir o processo de validação dos

instrumentos de coleta de dados da clínica. Depois de elaborar e validar o instrumento para crianças de zero a cinco anos, desenvolvido por Silva (2004) e baseado nas necessidades humanas básicas, para ser aplicado na prática clínica, notou-se a importância de inserir as etapas do processo de enfermagem, o que resultou na construção e na validação de um instrumento desenvolvido por Marques (2008), para sistematizar a assistência de enfermagem aos adolescentes hospitalizados, que abrange todas as etapas do processo de enfermagem e a construção e validação de um instrumento para implementar o processo de enfermagem em escolares hospitalizados (MARQUES, 2015).

2.3 Uso de sistemas de classificação na assistência de enfermagem

O processo de enfermagem exerce grande influência na saúde do paciente. Por essa razão, é importante que os enfermeiros usem uma linguagem padronizada para integralizar os termos e os conceitos da prática assistencial. No entanto, tornar isso possível é sempre um desafio vivido pela Enfermagem até os dias atuais.

Foram desenvolvidos diversos sistemas de classificações correlacionadas às etapas no processo de enfermagem, ou seja, aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, remodelando a forma do cuidar e o pensar dos enfermeiros ao atuar na prática profissional, beneficiando os avanços da Enfermagem (NÓBREGA, 2011), tais como, aperfeiçoamento da comunicação entre os profissionais de enfermagem, aprimoramento dos registros de enfermagem, facilitando maior compreensão para avaliar os resultados de enfermagem, acarretando na melhoria do serviço (MATA et al., 2012).

Os sistemas de classificação ou taxonomias são estruturados em grupos ou em classes, alicerçados em sua semelhança (MATA et al., 2012). Dentre os sistemas de enfermagem, os mais conhecidos são: a NANDA Internacional, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação dos Resultados Esperados (NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) (NÓBREGA, 2011).

A CIPE[®], terminologia utilizada neste estudo, é um sistema de linguagem padronizada aprovada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em 1989, cujo alicerce é a universalização da linguagem de enfermagem. Seu objetivo é de comparar dados, relatar os

cuidados de enfermagem direcionados ao cliente, à família e à comunidade, nos âmbitos institucionais e não institucionais, e esboçar ações para o tratamento e o diagnóstico do paciente (GARCIA et al., 2016).

Após a aprovação da necessidade de se desenvolver um sistema de linguagem, em 1991, houve uma busca na literatura das várias pesquisas para conhecer os sistemas de classificação dos diferentes países, com o intuito de identificar se seria necessário criar uma nova ferramenta para uma linguagem comum. Por conclusão, foi demonstrado pelos profissionais da Enfermagem de vários países que se valida a proposta de elaboração de um sistema com uma linguagem padronizada mundialmente. E assim, em 1993, o CIE divulgou, como resultado da pesquisa, um documento com todos os sistemas de classificação encontrados e a necessidade de construir um novo sistema de classificação (GARCIA et al., 2015).

A primeira versão da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem, publicada em 1996, foi a CIPE® versão Alfa, que engloba duas classificações: a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem. A primeira era monoaxial, e os termos estruturados de forma hierárquica. Já a Classificação das Intervenções de Enfermagem era multiaxial, e seus termos estruturados de acordo com os seguintes eixos: tipos de ação, objetos, abordagens, meios, local do corpo, tempo/lugar. Por seguinte, depois de feitas observações para o melhoramento, em 1999 e 2001, foram publicadas as versões Beta e Beta 2 (GARCIA et al., 2015).

Nessas duas versões, a Classificação de Intervenções de Enfermagem foi substituída e passou a ser chamada de Classificação de Ações de Enfermagem, por ser essa uma denominação mais abrangente. Na versão beta 2, a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem e a Classificação de Ações de Enfermagem passaram a ser multiaxiais, com oito eixos cada uma. Na Classificação dos Fenômenos de Enfermagem, os oito eixos são: foco da prática de enfermagem, julgamento, frequência, duração, topologia, local do corpo, probabilidade e portador; e os oito eixos da Classificação das Ações de Enfermagem são: tipo de ação, alvo, meios, tempo, topologia, localização, via e beneficiário (GARCIA et al., 2015).

Depois de aprimorada, em 2005, foi publicada a CIPE® Versão 1.0. Essa versão trouxe a possibilidade de se realizar o mapeamento cruzado, expandiu o vocabulário e unificou sua estrutura de classificação. Portanto, passou a ser denominado de Modelo de Sete Eixos. Os sete eixos são: Cliente, Foco, Julgamento, Meios, Ação, Tempo e Localização (GARCIA et al., 2015).

Posteriormente à CIPE[®] Versão 1.0, foi publicada a CIPE[®] Versão 1.1, no ano de 2008, a CIPE[®] Versão 2.0, em 2009, a CIPE[®] Versão 2011, no ano de 2011, e a Versão CIPE[®] 2013, publicada em 2013. Em 2015, foi publicada a CIPE[®] versão 2015, que continha 4.321 termos - 2.378 dos sete eixos, 805 conceitos diagnósticos, 1.019 conceitos de intervenção e 10 conceitos de resultados (ICN, 2015). Nessas versões, foi mantido o Modelo de Sete Eixos (GARCIA et al., 2015).

A CIPE[®] é uma terminologia que está sempre evoluindo e se aperfeiçoando, com medidas para atender à proposta de um sistema de informação com uma estrutura unificada e global, tendo como perspectiva uma assistência de enfermagem cada vez mais precisa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta

A Enfermagem se desenvolve continuamente, tanto no âmbito da Ciência quanto no da pesquisa, consequentemente, o desenvolvimento de seu conhecimento é observável de forma tridimensional: no âmbito da ontologia, da epistemologia e da metodologia. A epistemologia estuda a teoria do conhecimento e como se desenvolve; a ontologia trata do conhecimento do ser; e a metodologia refere-se ao meio do conhecimento de uma pesquisa (McEWEN; WILLS, 2016).

A partir da constante busca pelo conhecimento, em meados da década de 1950, surgiram as primeiras teorias de enfermagem, cujo propósito era de estabelecer relação entre os fatos e os atos. Entende-se por teoria um sistema de conceitos com definições e hipóteses elaboradas para esclarecer algum objetivo. A teoria indica o que poderá ser verificado sobre determinada ação (HORTA, 2011). Com o desenvolvimento das teorias específicas da Enfermagem, os enfermeiros da época começaram a elaborar e a definir conceitos para a disciplina, como relação interpessoal, necessidades humanas, autocuidado, holismo, adaptação, entre outros, que deram origem às teorias de enfermagem (HORTA, 2011).

A Enfermagem tem várias teorias e modelos de enfermagem, como por exemplo, as de Dorothy Johnson, Florence Nightingale, Virgínia Henderson, Dorothea E. Orem, Martha Rogers (McEWEN; WILLS, 2016) e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, entre outras. No Brasil, a mais utilizada é a Teoria das Necessidades Humanas Básicas da enfermeira Wanda de Aguiar Horta, que foi fundamentada na lei do equilíbrio, na lei da adaptação e na lei do holismo. Horta embasou-se também na Teoria da Motivação Humana, de Maslow, contudo, empregou a denominação de João Mohana para distribuir as necessidades humanas básicas (HORTA, 2011).

Horta procurou desenvolver essa teoria, ao perceber que os cuidados de enfermagem eram direcionados à doença, e não, ao indivíduo, que era considerado apenas um corpo experimental. Some-se a isso o fato de que a assistência não era sistematizada (HORTA, 2011; MARQUES et al., 2008). Por seguinte, ela classifica a Enfermagem em três seres: o

Ser-Paciente, o Ser-Enfermeiro e o Ser-Enfermagem. O Ser-Enfermeiro é o ser humano com todas as suas qualidades e limitações, porquanto só se desempenham funções de enfermagem se houver o Ser-Paciente, que corresponde ao paciente, à família ou à comunidade que estejam precisando de cuidados. O Ser-Enfermagem é um ser não concreto, que se manifesta pela interação do Ser-Enfermeiro com o Ser-Paciente (HORTA, 2011; MARQUES et al., 2008).

Além disso, a autora abordou e definiu os quatro conceitos centrais do metaparadigma da profissão, a saber: o ser humano, o meio ambiente, a saúde e a Enfermagem, que são embasados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. O ser humano é conceituado como um indivíduo, família ou comunidade, que é “[...] parte integrante do universo dinâmico, e como tal sujeito às leis que o regem, no tempo e no espaço [...]”. A autora define o ambiente como “[...] o universo dinâmico [...] no qual a pessoa está [...] sujeita a todas as leis que a regem no tempo e no espaço”. Assim, ter saúde significa “[...] estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço” (HORTA, 2011, p.29).

Horta descreve a Enfermagem como uma equipe de saúde que “implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e os reverte em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas” (HORTA, 2011, p.30). A Enfermagem é uma ciência e uma arte, que assiste o paciente e o auxilia a desempenhar o autocuidado, em alguns casos, fazendo por ele quando é incapaz de realizar por si só. Além do mais, o enfermeiro deve orientar e supervisionar os cuidados necessários (HORTA, 2011).

As necessidades humanas básicas são conceituadas como “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais” (HORTA, 2011, p.38). De acordo com a autora, poderão acometer qualquer tipo de paciente e variam de acordo com cada indivíduo e com o modo de manifestação e de satisfação. Além disso, correlacionam-se entre si, porque o homem é definido como resultado de um todo inseparável, e não, como um somatório de suas partes. Visto isso, elas sofrem mudanças quando quaisquer umas das necessidades apresentam modificações, porém o que vai diferenciar é a intensidade das mudanças que dependerá do estreitamento ou do distanciamento das outras necessidades com a que está em desequilíbrio (HORTA, 2011).

As necessidades são evidenciadas por sinais e sintomas, que na Enfermagem, nomeia-se de problemas de enfermagem, que são “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, da família e da comunidade e exigem, por sua vez, assistência de enfermagem” (HORTA, 2011, p.38).

Horta classificou as necessidades de acordo com a denominação utilizada por João Mohana para os instintos, em necessidade de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, apresentada na Figura 1 (HORTA, 2011; MOHANA, 1964).

O nível psicobiológico contém dezessete necessidades humanas, quais sejam: 1) necessidade de oxigenação, que o indivíduo sente “de obter o oxigênio por meio da ventilação, de difusão do oxigênio e do dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; transporte de oxigênio para os tecidos periféricos [...] e de regulação da respiração” (GARCIA, 2012, p.16); 2) necessidade de hidratação, que é “a necessidade do indivíduo de que os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, sejam mantidos em nível ótimo, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal” (GARCIA, 2012, p.21); 3) necessidade de nutrição, definida como uma necessidade que “[...] envolve os processos de ingestão, digestão de alimentos, absorção de nutrientes, captação dos mesmos e sua utilização no metabolismo celular” (GARCIA, 2012, p.24); 4) necessidade de eliminação é “a necessidade do indivíduo de eliminar substâncias orgânicas indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com objetivo de manter a homeostase corporal” (GARCIA, 2012, p.31); 5) necessidade de sono e repouso, a “necessidade do indivíduo de manter [...] o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas” (GARCIA, 2012, p.36); 6) necessidade de atividade física, que é a “necessidade do indivíduo de mover-se intencionalmente, sob determinadas circunstâncias, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares” (GARCIA, 2012, p.39); 7) necessidade de sexualidade e reprodução, a “necessidade do indivíduo de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo de relacionamento afetivo-sexual (GARCIA, 2012, p.44); 8) necessidade de segurança física e do meio ambiente, uma “necessidade que o indivíduo, a família ou a coletividade tem de proteger-se e de manter um meio ambiente livre de agentes agressores (GARCIA, 2012, p.47); 9) necessidades de cuidado corporal e ambiental, que se configura quando o indivíduo precisa “[...] realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal pessoal, [...] e para manter o ambiente domiciliar e entorno em condições que favoreçam a saúde” (GARCIA, 2012, p.57); 10) necessidade de integridade física “é a necessidade do indivíduo de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial” (GARCIA, 2012, p.61); 11) necessidade de regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional, conceituada como uma “necessidade do indivíduo de que o organismo mantenha a multiplicação celular e o crescimento tecidual” (GARCIA, 2012, p.71); 12) necessidade de regulação vascular é a “necessidade do indivíduo de que sejam

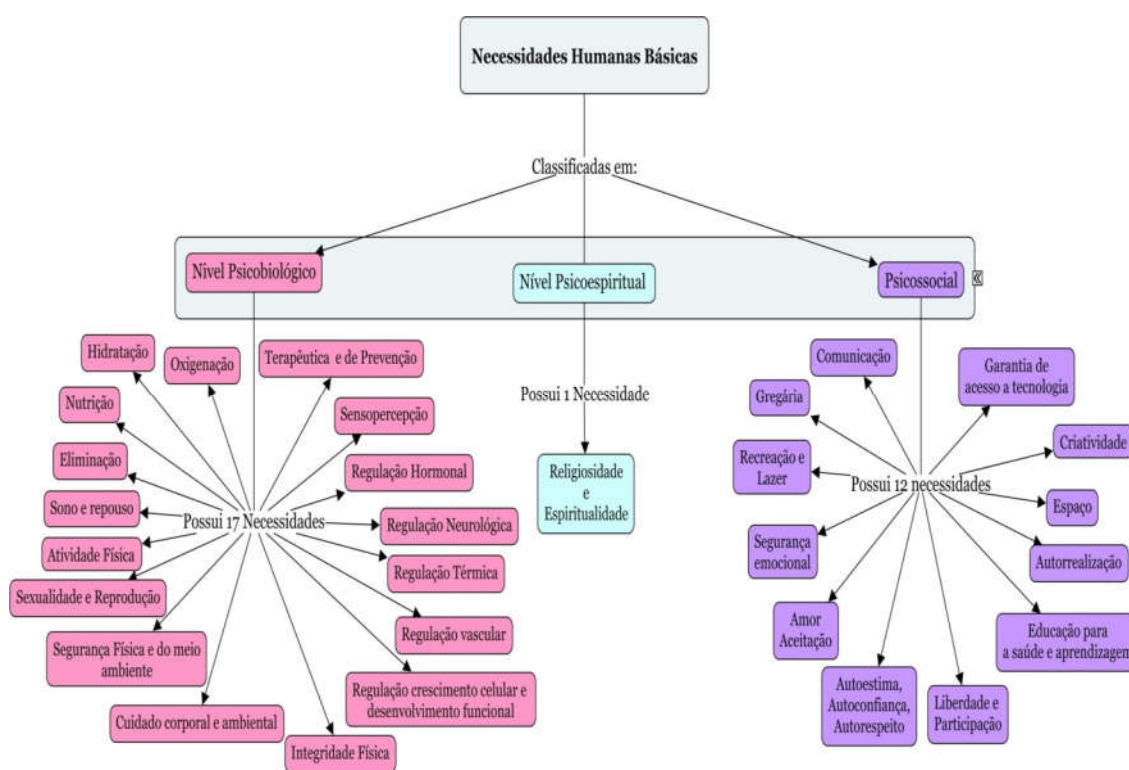
transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para o tecido e removidas substâncias desnecessárias” (GARCIA, 2012, p.74); 13) necessidade de regulação térmica, definida como uma “necessidade do indivíduo de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica” (GARCIA, 2012, p.79); 14) necessidade de regulação neurológica, que “é a necessidade do indivíduo de preservar ou estabelecer o funcionamento do sistema nervoso” (GARCIA, 2012, p.81); 15) necessidade de regulação hormonal, a “necessidade do indivíduo de preservar ou restabelecer a liberação e a ação de substâncias ou fatores que atuam na coordenação de atividades/funções específicas do corpo” (GARCIA, 2012, p.85); 16) necessidade de sensopercepção, é definida como “necessidade do indivíduo de perceber e interpretar os estímulos sensoriais” (GARCIA, 2012, p.87); e 17) necessidade terapêutica e de prevenção, que “é a necessidade do indivíduo de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde e doença” (GARCIA, 2012, p.92).

O nível psicossocial compreende doze necessidades humanas básicas: 1) necessidades de comunicação, definida como a “necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal [...] e não verbal” (GARCIA, 2012, p.101); 2) necessidade gregária, que “é a necessidade do indivíduo de viver em grupo [...], de interagir com os outros” (GARCIA, 2012, p.104); 3) necessidade de recreação e lazer, “é a necessidade do indivíduo de dispor de tempo livre [...], entretenimento, distração e diversão” (GARCIA, 2012, p.108); 4) necessidade de segurança emocional, caracterizada como uma “necessidade do indivíduo de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções e de confiar nos próprios sentimentos e emoções” (GARCIA, 2012, p.110); 5) necessidade de amor e aceitação, que é a “necessidade [...] de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral” (GARCIA, 2012, p.114); 6) necessidade de autoestima, autoconfiança, autorrespeito, que é a “necessidade do indivíduo sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito pelos outros, de se valorizar” (GARCIA, 2012, p.116); 7) necessidade de liberdade e participação, “a necessidade que o indivíduo tem de agir conforme a sua própria determinação” (GARCIA, 2012, p.119); 8) necessidade de educação para a saúde e a aprendizagem, que “é a necessidade do indivíduo de adquirir conhecimento e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras” (GARCIA, 2012, p.123); 9) necessidade de autorrealização, definida como “desenvolver suas atividades físicas, mentais, emocionais e sociais” (GARCIA, 2012, p.135); 10) necessidade de espaço, “é a necessidade do indivíduo de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retraindo-se” (GARCIA, 2012, p.137); 11) necessidade de criatividade, que é a “necessidade do indivíduo de ter ideias e produzir novas coisas” (GARCIA, 2012, p.139); e 12) necessidade de

garantia de acesso à tecnologia, que “é a necessidade do indivíduo, da família ou da comunidade de ter acesso a bens e serviços que melhoram ou prolongam a vida” (GARCIA,2012, p.141).

O nível psicoespiritual envolve a necessidade de religiosidade e espiritualidade, que é definida como uma “necessidade dos seres humanos de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior” (GARCIA, 2012, p.145).

Figura 1: Classificação das Necessidades Humanas Básicas de Horta. João Pessoa- PB, 2016.



Partindo dos conceitos apresentados em sua teoria, Horta introduziu os seguintes princípios de enfermagem: a Enfermagem dedica-se ao paciente; o cuidado está voltado para a promoção, a prevenção e a reabilitação do paciente; a Enfermagem certifica que o ser humano é uma parte integrativa de uma família e da comunidade; a Enfermagem identifica no ser humano um ser participativo do autocuidado. A autora destaca que o ser humano está susceptível a mudanças e a desequilíbrios, o que resulta em necessidades que, se não forem devidamente concedidas, poderão causar incômodo e doenças (HORTA, 2011; MARQUES et al., 2008).

Para que a Enfermagem possa prestar assistência ao indivíduo, devem-se estabelecer métodos de ações sistematizadas e inter-relacionadas, cuja dinâmica é denominada de processo de enfermagem. De acordo com Horta (2011), o processo de enfermagem é constituído de seis etapas inter-relacionadas, cujo eixo central é o indivíduo, a família ou a comunidade.

A primeira etapa é a do histórico de enfermagem, quando se coletam os dados e é feito um roteiro em que constam dados relevantes para o enfermeiro, a fim de verificar os problemas do paciente. Deve ser conciso, individualizado, claro e objetivo. O histórico de enfermagem é realizado no momento da admissão do paciente. Para isso, são utilizadas técnicas de observação e entrevistas informais, para explicar ao paciente o que será feito. No exame físico, aplicam-se os métodos propedêuticos, a inspeção, a palpação e a ausculta (HORTA, 2011).

O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do processo de enfermagem, na qual, os dados coletados passam por uma nova fase de análise e se identificam as necessidades básicas que estão em desequilíbrio e o nível de dependência do indivíduo sobre a enfermagem. O diagnóstico é flexível, varia de paciente para paciente, e a depender da evolução do paciente, poderá ser mudado rapidamente (HORTA, 2011).

Depois que o diagnóstico é analisado e avaliado, segue-se para a terceira etapa do processo de enfermagem, denominado de plano assistencial, em que se define a assistência de enfermagem que deverá ser aplicada no paciente (HORTA, 2011).

A quarta etapa do processo de enfermagem, segundo Horta (2011), é denominada de plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, que consiste em elaborar um roteiro diário das ações de enfermagem sobre o cuidado ao atendimento das necessidades básicas.

A quinta etapa é designada de evolução de enfermagem, em que se avalia a prescrição de enfermagem e se realizam os relatos diários ou por período, descrevendo as mudanças que ocorrem no paciente. A partir da evolução, os diagnósticos poderão ser modificados (HORTA, 2011).

A sexta etapa, denominada de prognóstico de enfermagem, é aquela em que se verificam todas as etapas do processo de enfermagem, para se chegar a uma conclusão, e observa-se se o paciente alcançou seu objetivo - que é de ser independente, ou seja, não necessita dos cuidados de enfermagem, e se os cuidados prestados atenderam às suas necessidades básicas afetadas (HORTA, 2011).

3.2 Utilização da Teoria de Horta na prática de enfermagem direcionada às crianças de zero a cinco anos hospitalizadas

A SAE, ao utilizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta na prática de enfermagem direcionada à criança de zero a cinco anos hospitalizada, deve se pautar nos seguintes conceitos: o ser humano, que, neste estudo, é a criança de zero a cinco anos hospitalizada na clínica pediátrica do HULW e seus responsáveis (mãe, pai ou responsável); o meio ambiente, cujo cenário é a Clínica Pediátrica do HULW; a saúde, que se refere à visão holística da assistência de enfermagem no binômio criança e responsáveis, e a Enfermagem, representada pelos profissionais da área de Enfermagem, técnicos e enfermeiros especialistas na Pediatria.

A aplicação do processo de enfermagem na Clínica Pediátrica do HULW ocorre com a realização das etapas de histórico e se utiliza um instrumento desenvolvido e validado para esse fim. Na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, foi desenvolvido e validado um instrumento de coleta de dados para as crianças com idades de zero a cinco anos, para facilitar a sistematização da assistência de enfermagem, especificamente para as crianças com idade até cinco anos. Nesse instrumento, constam a identificação da criança, a queixa principal de internação, as necessidades humanas básicas, a realização do exame físico e aglomera dados suficientes e precisos para auxiliar a construção do desenvolvimento da segunda etapa (SILVA, 2004) – a do diagnóstico de enfermagem – os quais são denominados a partir dos enunciados construídos e validados.

Na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, várias pesquisas foram realizadas com a finalidade de contribuir com a implementação do processo de enfermagem e com a SAE. Essas pesquisas são fundamentadas na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, tendo como foco uma assistência centrada nas necessidades afetadas da criança e da família. As pesquisas serviram de alicerce para melhorar e aprimorar a assistência de enfermagem pediátrica.

Dentre as pesquisas desenvolvidas, destacam-se: a pesquisa metodológica, cujo objetivo foi de construir e validar um instrumento para sistematizar a assistência de enfermagem para adolescentes hospitalizados. Nessa pesquisa, foi criado um instrumento de coleta de dados, além de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para adolescentes, o que culminou em um instrumento com diagnósticos,

resultados e intervenções de enfermagem para cada necessidade humana básica. O instrumento construído foi considerado relevante para a prática assistencial, por facilitar a comunicação e o registro da assistência de enfermagem mais efetiva e visível para a clientela e para os outros profissionais da equipe de saúde do hospital (MARQUES; NÓBREGA, 2009).

Outro estudo visou elaborar enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças, tendo como base o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica e a CIPE[®] versão 1.0 e validar os enunciados construídos. Foram validados 48 diagnósticos/resultados de enfermagem e validadas 270 intervenções de enfermagem (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011).

Outro estudo, que foi desenvolvido para aplicar o processo de enfermagem fundamentado na teoria das necessidades humanas básicas de Horta em uma criança portadora de osteogênese imperfeita, utilizou o instrumento de coleta de dados para crianças de com idades de zero a cinco anos. Os diagnósticos, as intervenções e os resultados foram denominados utilizando-se a NANDA-I, a NIC (Classificação de Intervenções de Enfermagem) e a NOC (Classificação de Resultados de Enfermagem). Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: conhecimento deficiente; mobilidade física prejudicada; nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; risco de volume de líquidos deficiente; troca de gases prejudicada; dor aguda e medo (SILVA et al., 2011).

Outro estudo foi desenvolvido com o objetivo de criar enunciados de diagnósticos de enfermagem a partir dos indicadores clínicos das necessidades humanas básicas identificadas em adolescentes hospitalizados, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE[®]. Foram encontradas 33 necessidades e identificados 484 indicadores empíricos para adolescentes hospitalizados, que foram validados e resultaram em 319 indicadores – 200, nas necessidades psicobiológicas; 116, nas necessidades psicossociais; e três, na necessidade psicoespiritual. Em seguida, foram validados 60 enunciados de diagnósticos de enfermagem utilizando-se a CIPE[®] (MARQUES; NÓBREGA; SILVA, 2012).

Foi desenvolvido um estudo com abordagem quantitativa com 37 crianças hospitalizadas, cujas idades variaram de zero a cinco anos, como objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia de NANDA-I, em crianças internadas, fundamentada pela teoria de Horta. Foram identificados 184 diagnósticos atribuídos a 36 conceitos diagnósticos, com uma média de 5,1 por criança. Os diagnósticos mais frequentes foram: Integridade da pele prejudicada, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio eletrolítico e

Dor aguda (LEON; NÓBREGA, 2012).

Um estudo observacional foi realizado para identificar as intervenções mais frequentes e o tempo gasto pelas enfermeiras no cuidado direto e indireto com crianças e adolescentes hospitalizados. Foram identificadas 153 intervenções, dentre as quais, destacam-se a documentação, a troca de informações e a segurança do paciente. As que obtiveram um percentual maior foram as intervenções de cuidado indireto (administrativas). Foi constatada a necessidade de desenvolver estratégias para operacionalizar a contento o gerenciamento do tempo da enfermeira (SILVA et al., 2014).

Estudo comparativo e descritivo foi desenvolvido com o objetivo de comparar o Conjunto Internacional de Dados Mínimos de Enfermagem (i-NMDS) com os dados contidos em históricos de enfermagem utilizados para aplicação do Processo de Enfermagem na área de Saúde da Criança e do Adolescente. Dos 16 elementos avaliados pertencentes à proposta do i-NMDS, o instrumento para adolescentes hospitalizados contemplou 12, e o instrumento para crianças de zero a cinco anos apresentou 7. Os autores concluíram que os históricos de enfermagem analisados não contemplam todos os dados do i-NMDS (MARQUES et al., 2014).

Estudo com abordagem qualitativa foi desenvolvido para descrever a sistematização da assistência de enfermagem a uma criança com a síndrome de Cornélia de Lange, utilizando o modelo conceitual de Horta. A coleta dos dados foi auxiliada pelo instrumento da clínica pediátrica, realizada por meio de entrevista com a genitora e exame físico da criança; os cuidados de enfermagem implementados focaram a redução de desconfortos e a monitorização de complicações potenciais, direcionadas, prioritariamente, às necessidades psicobiológicas afetadas. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: Padrão respiratório ineficaz, Nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais, Risco de aspiração, Hipertermia, Risco de Infecção, Atraso do crescimento e desenvolvimento e Conhecimento deficiente (OLIVEIRA et al., 2012c).

Os estudos apresentados anteriormente retratam as várias tentativas de se utilizar a Teoria de Horta na prática de enfermagem direcionada à criança hospitalizada na Clínica Pediátrica do HUWL/UFPB e, conseqüentemente, o envolvimento dos profissionais de saúde, dos enfermeiros e dos docentes, por uma assistência de enfermagem de boa qualidade embasada em um referencial teórico e utilizando os sistemas de classificação de enfermagem.

4 MÉTODO

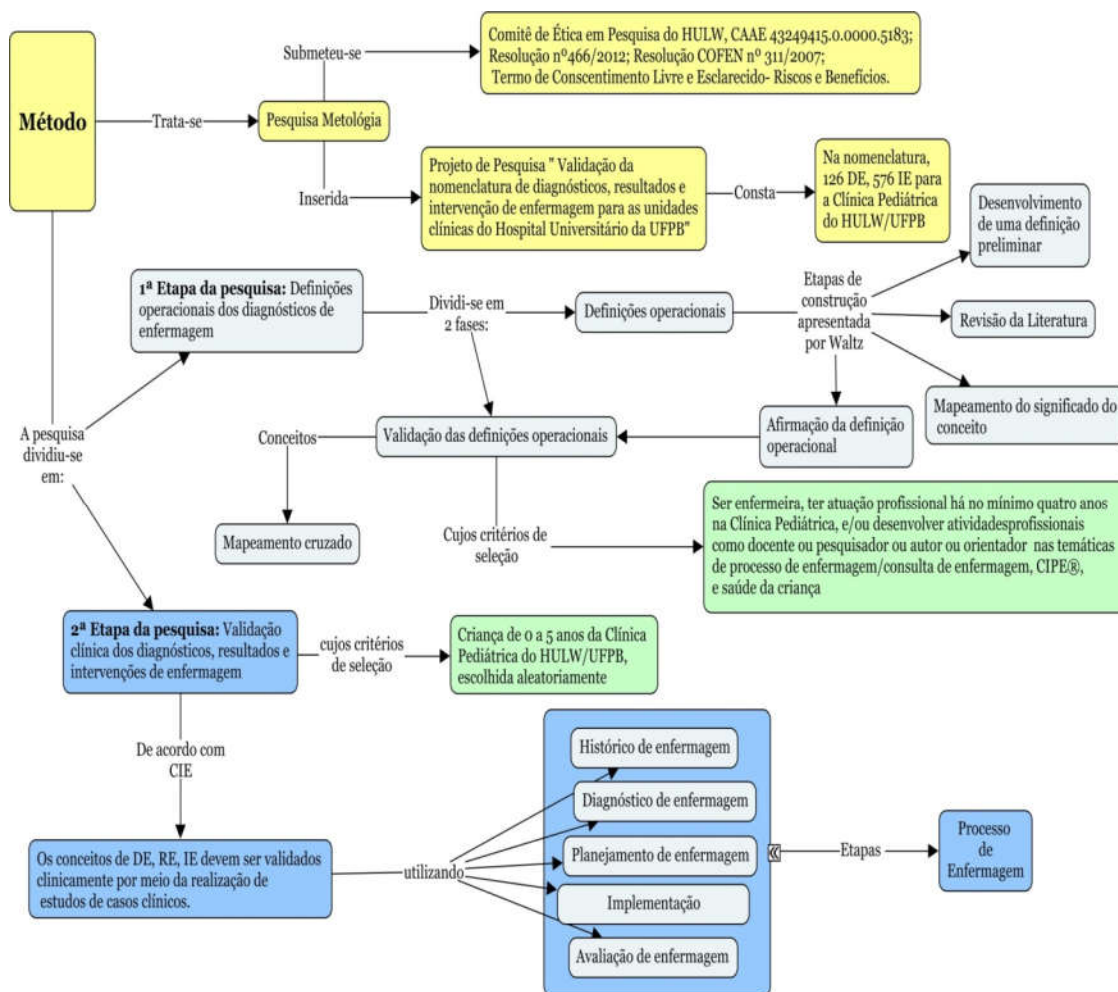
Esta pesquisa encontra-se inserida no projeto de pesquisa “*Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as unidades clínicas do hospital universitário da UFPB*”, que vem sendo desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Enfermagem dessa universidade. Na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as unidades clínicas do hospital universitário da UFPB, foram desenvolvidos para a Clínica Pediátrica 126 diagnósticos e resultados de enfermagem e 576 intervenções de enfermagem para crianças de zero a cinco anos e para adolescentes. Esses enunciados foram submetidos à apreciação de todos os colaboradores do estudo. Foram considerados validados os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que alcançaram um $IC \geq 0.6$ (NÓBREGA, 2011), apresentados no Anexo 1.

Antes de ser executado o projeto deste estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, recebeu o CAAE 43249415.0.0000.5183 (ANEXO 3) e obedeceu aos aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 446/2012, que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012), e pela Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007).

Trata-se de uma pesquisa metodológica, que “envolve investigações dos métodos de obtenção, organização de dados, [...] e tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa” (POLIT; BECK, 2011, p.330).

Para ser realizada, foi dividida em duas etapas, descritas na Figura 2: 1ª - Definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem, e a 2ª - Validação clínica dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Foram utilizados diferentes métodos ou técnicas de pesquisa para coletar, analisar, validar e interpretar dados, descritos em cada uma das etapas do estudo.

Figura 2: Fluxograma do desenvolvimento da pesquisa. João Pessoa-PB, 2016.



4.1 Primeira etapa da pesquisa: definições operacionais dos enunciados de diagnósticos de enfermagem

Trata-se de um estudo documental, cujo objetivo foi de elaborar e validar as definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB para a Clínica Pediátrica, que foram classificadas de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta. Essa etapa foi desenvolvida em duas fases: 1) definição operacional dos enunciados e 2) validação por especialista das definições construídas.

Para elaborar a definição operacional de diagnósticos de enfermagem, foram utilizadas estas etapas apresentadas por Waltz et al.(2010): 1) desenvolvimento de uma definição preliminar; 2) revisão da literatura; 3) mapeamento do significado do conceito; e 4) afirmação da definição operacional.

A fase de definição preliminar é muito útil para iniciar o desenvolvimento da definição teórica, incluindo ideias-chaves e sinônimos. As fontes da definição podem ser a observação, a experiência clínica e/ou a literatura. Essa etapa também é útil para indicar o objetivo para o qual o conceito está sendo definido e operacionalizado (WALTZ et al., 2010). Neste trabalho, a definição preliminar foi feita com a busca nas pesquisas realizadas no âmbito da Clínica Pediátrica que apresentavam os diagnósticos e suas respectivas definições. Para os diagnósticos de enfermagem que ainda não tinham definições, foram desenvolvidas tendo como base a literatura da área, as observações clínicas e a experiência da pesquisadora.

A etapa de revisão da literatura incluiu consulta a livros-texto, dicionários e artigos da área da Enfermagem Pediátrica e da Saúde. Waltz et al.(2010) recomendam que seja feita uma extensa revisão da literatura, a fim de dar suporte à seleção de resultados dos atributos definidores dos conceitos ou validá-la.

As autoras chamam a atenção para alguns pontos que devem ser considerados na revisão da literatura: 1) Devido à coincidência entre disciplinas científicas no uso de um dado conceito, a revisão deve ser incluída, mas não limitada para a revisão da literatura em Enfermagem. Frequentemente, a literatura relatada nas disciplinas é útil na definição do conceito e, algumas vezes, a literatura pode contribuir para a elaboração do conceito que, de fato, parece indistinta. A informação publicada na literatura de outras disciplinas deve ser interpretada com cuidado, para que se reconheçam as possíveis limitações na capacidade de uma informação para se entender o que está escrito; 2) a escolha da revisão de literatura deve ser guiada pelo objetivo para o qual o conceito está sendo desenvolvido e mensurado, a unidade de análise à qual ele é aplicado (ex. indivíduo, grupo, família, comunidade, sociedade) e a estrutura conceitual ou teórica que está sendo usada. O espaço de tempo da revisão não deve ser excessivamente limitado no âmbito da área, e a escolha da literatura não deve ser feita ao acaso nem de modo tangencial; 3) a revisão deve incluir publicações recentes, mas não ser limitada a elas. Frequentemente, é traçada uma evolução histórica do conceito, como estresse, e a literatura revela importante progresso do que tem sido feito em sua reformulação ou adiciona novas dimensões para o significado do conceito; 4) diversos autores de estrutura de análise de conceito recomendam que, na adição da revisão da

literatura, múltiplos tipos de casos ou exemplos sejam desenvolvidos para ajudar a identificar características das definições de conceitos.

Ainda de acordo com as autoras, existe um número de regras que podem ser empregadas para ajudar a elaborar a definição operacional, dentre elas, foram utilizadas: a) listar todas as definições do conceito; b) listar os sinônimos e suas definições, que são usados para diferenciar conceitos e identificar diferenças de significados; c) listar os exemplos do conceito identificado na literatura.

Para mapear o significado do conceito, foram listadas todas as características consideradas como potencialmente relevantes, ou seja, os atributos críticos do conceito. As autoras afirmam que o mapeamento é, essencialmente, um instrumento que organiza o significado do conceito usando uma estrutura e ajuda a identificar os elementos críticos, que devem ser incluídos na definição (WALTZ et al., 2010).

Finalmente, foi realizado o processo de construção da definição operacional, por meio do mapeamento conceitual, que envolveu o processo que é essencialmente o inverso da análise do conceito. A análise do conceito envolve a ruptura do conceito dentro dos elementos componentes, e a definição teórica representa uma integração e a síntese desses elementos no significado como um todo.

Foram elaboradas as definições operacionais para os diagnósticos de enfermagem, que representem o conceito na literatura e na realidade da prática profissional, na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba. Para a fase de validação por um especialista das definições construídas, foi empregada a técnica de validação por consenso elaborada por Carlson (2006), que consiste em formar um grupo particular de enfermeiros clínicos, considerando seu conhecimento e a experiência clínica, com o propósito de obter a opinião coletiva ou o consenso entre especialistas clínicos sobre determinado fenômeno. Segundo sua autora, essa técnica de validação por consenso deve seguir as seguintes etapas: identificar os objetivos do estudo, determinar os diagnósticos de enfermagem, identificar, no mínimo, três especialistas/peritos e obter recursos para o seu desenvolvimento.

O grupo de especialistas clínicos foi selecionado com base nos seguintes critérios: ser enfermeiro, ter atuado na profissão há, no mínimo, quatro anos na Clínica Pediátrica, e/ou desenvolver atividades profissionais como docente ou pesquisador ou autor ou orientador nas temáticas de processo de enfermagem/consulta de enfermagem, CIPE® e saúde da criança.

Para essa seleção, foi elaborada e encaminhada uma carta-convite, por meio do correio eletrônico, aos participantes pré-selecionados, em que se explicavam os objetivos e a natureza do estudo.

O grupo de especialistas foi constituído de duas enfermeiras assistenciais do HULW/UFPB, uma docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (DESC) e uma enfermeira pesquisadora envolvida no projeto-mãe deste estudo. Elas foram convidadas a participar do estudo e, depois de concordar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Para auxiliar a técnica de validação de consenso, foi criado um instrumento (Apêndice B), a respeito do qual houve discussões. O instrumento é estruturado com diagnósticos de enfermagem e suas respectivas definições, com colunas para os especialistas marcarem se concordavam ou não com a presença dos diagnósticos em sua prática clínica com crianças de zero a cinco anos e se as definições apresentadas para todos os diagnósticos permitiriam sua identificação na prática. Em caso de discordância, solicitou-se que fossem apresentadas, na quarta coluna, sugestões para adequá-lo à realidade da prática de enfermagem na unidade pediátrica do HULW/UFPB.

Esse instrumento foi enviado ao grupo de especialistas, que fizeram uma leitura prévia dele, com proposta de data para o primeiro encontro presencial para discussões e a obtenção da concordância de 100% dos especialistas, quanto à pertinência dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica com crianças de cujas idades foram de zero a cinco anos e suas respectivas definições. Nos casos de discordância dos diagnósticos de enfermagem e das definições, foram reformulados e discutidos até a obtenção consensual dos avaliadores. Caso não atingissem 100% de consenso, seria eliminado do estudo.

Ao término dessa etapa de validação por consenso, a Nomenclatura da Clínica Pediátrica para crianças de zero a cinco anos foi reorganizada de acordo com as Necessidades Humanas Básicas, contendo uma relação de conceitos de diagnósticos/resultados. Esses conceitos foram mapeados com os conceitos de diagnósticos/resultados da CIPE® Versão 2015, por meio da ferramenta *Access*®, o que resultou em conceitos constantes e não constantes. Os conceitos não constantes na CIPE® foram analisados quanto à similaridade e à abrangência em relação aos termos da CIPE®, segundo os seguintes critérios (LEAL, 2006): o conceito é considerado **similar** quando não existe concordância da grafia, mas seu significado é idêntico ao conceito existente na CIPE®; o conceito é considerado **mais abrangente** quando apresenta um significado maior do que o conceito existente na CIPE®; o termo é considerado

mais restrito quando apresenta um significado menor do que o conceito existente na CIPE®; o termo **não apresenta concordância** quando é totalmente diferente do conceito adotado pela CIPE®.

4.2 Segunda etapa da pesquisa: validação clínica dos diagnósticos, dos resultados e das intervenções de enfermagem

Conforme as orientações metodológicas do CIE, os conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem devem ser validados clinicamente com a realização de estudos de casos clínicos na respectiva área de atuação (CIE, 2011). Eles devem ser realizados utilizando-se as fases do processo de enfermagem: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação. Para esta pesquisa, o processo de enfermagem teve como fundamentação teórica o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 2011). Portanto, optou-se por desenvolver uma pesquisa aplicada, do tipo estudo de casos clínicos, por meio do qual o pesquisador pode adquirir conhecimento do fenômeno estudado com a exploração intensa de um único caso (VENTURA, 2007).

Os sujeitos da pesquisa são crianças com idades de zero a cinco anos, hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB. A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência, quando se utilizou o critério de dois meses para coletar os dados. Antecedendo a realização dos estudos clínicos, foram dadas informações aos responsáveis pela criança sobre o estudo e solicitada autorização para participar da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Os estudos foram desenvolvidos na referida clínica, utilizando-se as fases do processo de enfermagem. Na etapa de histórico de enfermagem (Anexo 2), utilizou-se o instrumento elaborado por Silva (2004), que é usado na Clínica Pediátrica e fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, a fim de coletar dados para identificar os diagnósticos de enfermagem.

Na etapa de diagnóstico de enfermagem, foram utilizadas as etapas do julgamento clínico (GORDON, 1994), em que constam a identificação e a interpretação dos dados obtidos

a partir do histórico de enfermagem e das observações da pesquisadora, e a denominação, que foi feita utilizando-se os enunciados validados e constantes na Nomenclatura da Clínica Pediátrica para crianças de zero a cinco anos. Quando era identificada uma nova situação para a qual ainda não existia um diagnóstico/resultado construído, utilizavam-se a CIPE® e suas diretrizes, ou seja, incluía-se, obrigatoriamente, um termo do eixo ‘Foco’ e um do eixo ‘Julgamento’. Conforme a necessidade, também se poderiam incluir termos adicionais dos eixos Foco, Julgamento, Cliente, Localização e Tempo.

Depois de identificar os diagnósticos de enfermagem, foram determinados os resultados esperados e as intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem avaliados pelas especialistas. Para isso, empregou-se como base empírica a Nomenclatura do HULW da Clínica Pediátrica para crianças com idades de zero a cinco anos. No caso de ser identificada uma nova situação para a qual ainda não existia um resultado de enfermagem, seriam utilizadas as mesmas diretrizes apontadas pelo CIE para a elaboração de um diagnóstico de enfermagem, tendo em vista que se utilizam os mesmos eixos da CIPE® - Foco e Julgamento - e o que determina a diferença entre eles é a avaliação do enfermeiro sobre se é uma decisão a respeito do estado do cliente, problemas e/ou necessidades (diagnóstico) ou se é a resposta dada depois da implementação das intervenções (resultado).

Se fosse constatada uma nova situação para a qual ainda não se tivesse elaborado uma intervenção de enfermagem, utilizavam-se a CIPE® e as diretrizes do CIE para construí-la, ou seja, incluía-se, obrigatoriamente, um termo do eixo Ação e um termo Alvo, considerados como termos de qualquer um dos eixos, com exceção do eixo Julgamento. De acordo com a necessidade, seriam incluídos termos adicionais, dos eixos Ação, Cliente, Foco, Localização, Meios e Tempo. As intervenções foram implementadas, e os resultados avaliados durante todo o desenvolvimento dos estudos clínicos.

Os resultados dos estudos de casos foram apresentados individualmente e analisados como caso único, enfatizando-se os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem identificados nas crianças com idades de zero a cinco anos que estavam hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem

Foram elaboradas as definições operacionais dos 126 diagnósticos/resultados de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB para a Clínica Pediátrica. Esses diagnósticos/resultados de enfermagem e suas respectivas definições foram submetidos a um grupo de especialistas para que avaliassem a presença dos diagnósticos na prática clínica com crianças de zero a cinco anos de idade. Para os diagnósticos/resultados de enfermagem confirmados para essa faixa etária, foram avaliadas definições, como forma de clarificar seu significado e sua identificação, por meio dos indicadores empíricos e do raciocínio clínico na prática de enfermagem.

Dos 126 diagnósticos/resultados de enfermagem e suas definições, 56 (44,4%) foram considerados como não aplicáveis a crianças com idades de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, e 70 (55,6%) foram validados e estão apresentados no quadro 1.

Alguns diagnósticos, como ‘Dor epigástrica’, ‘Dor aguda’, ‘Dor crônica’, ‘Falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento’ e ‘Atividades de recreação deficientes’ não foram validados pelo fato de estarem incluídos em outros diagnósticos, como: ‘Dor (especificar a intensidade e a localização)’, ‘Falta de conhecimento (especificar)’ e ‘Atividades de recreação interrompidas’, respectivamente. Os diagnósticos ‘Volume de líquidos aumentado’, ‘Volume de líquidos diminuído’ e ‘Marcha descoordenada’ não foram validados por serem semelhantes aos diagnósticos ‘Edema’, ‘Desidratação’ e ‘Deambulação prejudicada’, respectivamente, e por não terem uma definição tão característica para as crianças na faixa etária do estudo.

Outros motivos para que os diagnósticos não fossem validados foram: diagnósticos mais pertinentes para a mãe/responsável, como, por exemplo: ‘Manutenção da saúde prejudicada’; diagnósticos aplicados às crianças com mais de cinco anos, por exemplo, ‘Disúria’ e ‘Depressão’; diagnósticos que eram aplicados às crianças de zero a cinco anos, mas que não eram frequentes na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, como: ‘Risco de

comportamento desorganizado do lactente', e os diagnósticos que não se aplicavam às crianças de zero a cinco anos hospitalizadas na Clínica Pediátrica onde foi feito o estudo.

Quadro 1 - Relação dos diagnósticos/resultados de enfermagem considerados como aplicáveis a crianças de zero a cinco anos na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB validados e suas respectivas definições- João Pessoa- PB, 2016.

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições
1. Coriza - Inflamação da mucosa nasal, com secreções hialinas abundantes expelidas pelas narinas, que dificultam o padrão respiratório devido à obstrução e à congestão nasal, que causam desconforto na respiração; agitação, irritabilidade, indisposição, espirros, baixa concentração, sensação de noite mal dormida e sonolência diurna.
2. Dispneia (especificar o grau) - Insuficiência de oxigênio no sangue circulante, com aumento da frequência respiratória, utilização da musculatura acessória para respirar; dificuldade de se locomover e de se alimentar, sensação de opressão torácica, cansaço, agitação, noite mal dormida, ansiedade, batimento das asas do nariz, dificuldade de sugar o seio e de realizar atividades normais, episódios de vômito ao se alimentar, dificuldade de pronunciar palavras e presença de sibilos.
3. Expectoração insuficiente - Expulsão ineficaz de muco, escarros ou fluidos da traqueia, brônquios e pulmões pela tosse.
4. Respiração prejudicada - Processo de inspirar ou expirar proporcionando ventilação inadequada, o que acarreta em ventilação-minuto diminuída, alteração da frequência respiratória, do ritmo respiratório e da profundidade respiratória, batimentos das asas do nariz, dificuldade de sugar o seio, de se alimentar e de deglutir.
5. Tosse produtiva - Mecanismo de proteção das vias aéreas contra agentes e substâncias nocivas inaladas, com expulsão do ar dos pulmões para vias aéreas; pode ser aguda ou crônica e vir acompanhada de produções de secreções, que alteram o padrão respiratório, presença roncós, dificuldade de expectorar, episódios de vômito e irritabilidade.
6. Troca de gases prejudicada - Troca alveolar de oxigênio e dióxido de carbono prejudicada, como resultado da alteração na simetria do esforço respiratório; frequência respiratória alterada, batimento das asas do nariz, gases sanguíneos arteriais anormais, cianose, diaforese, sonolência, cor da pele anormal e agitação.
7. Ventilação espontânea prejudicada - Processo de movimentação do ar para dentro e fora dos pulmões, com diminuição da taxa de oxigênio, ritmo respiratório alterado, aumento da

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições	
	profundidade de inspiração e expiração, uso da musculatura acessória, saturação arterial de oxigênio diminuída, batimentos das asas do nariz e inquietação.
8.	Desidratação (especificar o grau) - Distúrbio hídrico e eletrolítico corporal, que ocorre quando a eliminação total de líquidos excede a ingestão total; apresenta níveis leve, moderado e grave, evidenciada pela perda de peso, alterações tegumentares, pele e membranas mucosas ressecadas, depressão das fontanelas, resposta reduzida a estímulos, preenchimento capilar prolongado, frequência cardíaca alterada, sinais de falha circulatória, perda de apetite, alterações nos hábitos de ingestão, globo ocular encovado, alterações na cor e na temperatura da pele, redução ou falta do lacrimejamento, salivação e diminuição da diurese, alteração na temperatura corporal, taquipneia, hiperpneia nos níveis mais graves, fraqueza e irritabilidade; pode progredir para letargia e, até mesmo, inconsciência.
9.	Edema (especificar o grau e a localização) - Excesso de líquidos corporais em espaços tissulares com entumescimento do tecido, com retenção de líquido, aumento da permeabilidade capilar, a diminuição da concentração de proteínas no sangue, aumento da pressão hidrostática, alterações na turgidez da pele, ganho de peso, oligúria, diminuição da flexibilidade dos locais edemaciados e irritabilidade.
10.	Hidratação da pele diminuída - Diminuição da quantidade de líquido na estrutura da pele, alterações no turgor e na pigmentação da pele, em consequência da diminuição da ingestão de líquido.
11.	Risco de desidratação - Vulnerabilidade do desequilíbrio de líquido evidenciado quando a eliminação total de líquidos excede a ingestão total, decorrente da pouca ingestão de líquidos, vômito e diarreia.
12.	Amamentação interrompida - Quebra da continuidade do oferecimento de leite a um lactente até seis meses, que compromete seu estado nutricional por causa da amamentação não exclusiva, cuja interrupção pode ser devido a doenças da mãe ou do lactente, contraindicações à amamentação, emprego materno, hospitalização da criança, necessidade de desmamar abruptamente o lactente, prematuridade, separação mãe-lactente, dificuldade do lactente de se adaptar.
13.	Apetite prejudicado - Sensação diminuída do desejo de satisfazer às necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos, em virtude da alteração nos hábitos de ingestão de alimentos, intolerância alimentar, resfriados, início e troca da dentição.
14.	Deglutição prejudicada - Funcionamento anormal do mecanismo da deglutição associado a doenças neurológicas ou déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica, devido à

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições	
	ação ineficaz da língua, à pega ineficaz e ao engasgo.
15.	Desnutrição (especificar o grau) - Estado de carência calórico-proteica e/ou proteica em virtude da escassa oferta de alimentos ou condições que impedem a aceitação da alimentação adequada, caracterizada pela perda corporal abaixo do ideal, deficiência de minerais e vitaminas, alterações no paladar, mucosas pálidas, ingestão de alimentos menor do que a porção diária recomendada, perda excessiva de pelos, fragilidade capilar, dor abdominal, sons intestinais hiperativos, fraqueza muscular, cansaço excessivo, dificuldade de concentração, irritabilidade e edema.
16.	Emagrecimento – Perda de peso, devido às alterações no padrão alimentar do lactente e da criança, apetite prejudicado, amamentação prejudicada, deglutição prejudicada, mastigação prejudicada, perda de peso, intolerância alimentar, ansiedade, episódio de aflição e medo.
17.	Intolerância alimentar - Alterações que ocorrem nos processos metabólicos de digestão e/ou absorção de determinado componente do alimento, geralmente devido a alguma deficiência enzimática, sem envolver o mecanismo imunológico, o que causa diarreia, cólica, dores abdominais, náusea, vômito, enjoo, fadiga, flatulência e/ou distensão abdominal e perda de peso.
18.	Obesidade - Condição em que o indivíduo acumula gordura anormal com mais de 20 % acima do peso ideal, de modo que o peso da curva de crescimento esteja com o $\geq$ percentil 97 e $\leq$ percentil 99,9, excedendo o sobrepeso, associado a excesso ou ingestão contínua de nutrientes, ganho de peso, aumento do apetite, hábitos alimentares inadequados, lactentes alimentados por fórmula ou alimentação mista, obesidade paterna ou materna, histórico de sobrepeso, tempo de sono reduzido e tabagismo materno.
19.	Sobrepeso - Condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva de modo que o peso da curva de crescimento esteja com o $\geq$ percentil 85 e $<$ percentil 97, evidenciado pelo aumento de peso, hábitos alimentares inadequados e desordenados, consumo de bebidas açucaradas, ingestão de outros alimentos, além do leite materno, antes dos cinco meses, sensação de fome constante, histórico de obesidade e obesidade materna/paterna.
20.	Constipação - Diminuição da frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação difícil ou incompleta de fezes ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas, o que altera o processo de eliminação intestinal; abdome distendido, dor abdominal, massa abdominal no quadrante inferior esquerdo palpável, macicez à percussão abdominal, ruídos intestinais hipoativos, dor ao evacuar, esforço para evacuar, redução da frequência e do volume das fezes.

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições	
21.	Diarreia - Eliminação de fezes, líquidas ou pastosas, com cólicas, dores abdominais, aumento dos ruídos intestinais, mais de três evacuações de fezes líquidas em 24 horas e urgência intestinal.
22.	Náusea - Sensação de enjoo, agravada pelo sabor ou pelo cheiro dos alimentos, com tendência a vomitar, e mal-estar.
23.	Retenção urinária - Enchimento da bexiga, associado à perda da função muscular e/ou do esfíncter vesical, que altera o hábito de eliminar a urina, acompanhada da sensação de bexiga cheia, distensão vesical, diminuição da frequência urinária, eliminação urinária ausente ou em pequena quantidade.
24.	Risco de constipação - Vulnerabilidade à diminuição da frequência normal de evacuação, associada aos hábitos irregulares de evacuação, ingestão insuficiente de fibra e de líquido.
25.	Vômito - Expulsão forçada do conteúdo gástrico através da boca, precedido ou não de náuseas, acompanhado de mal-estar, perda do apetite, salivação excessiva e refluxo.
26.	Dificuldade de adormecer - Período prolongado de tempo sem sono, com alteração em seu padrão, devido a fatores como agitação, inquietação, irritabilidade, mal-estar, sensibilidade à dor aumentada, terror noturno, medo, ambiente desfavorável, rotinas inadequadas para adormecer, fome, tosse e cólicas abdominais.
27.	Sono prejudicado - Interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e da qualidade do sono, decorrente de fatores externos e/ou internos, não se sentir descansado, dificuldade de adormecer, ambiente desfavorável, sensação de noite mal dormida, indisposição para fazer as atividades cotidianas e pesadelos.
28.	Sono preservado - Disposição para as atividades cotidianas, padrão de sono e repouso preservados, medidas de conforto adequadas, repouso em ambiente favorável, características do sono preservado de acordo com a faixa etária.
29.	Deambulação prejudicada - Mover de maneira descoordenada o corpo de um lugar para o outro, com o movimento das pernas, acompanhada ou não de dor, dificuldade de andar em declive ou a favor, sobre superfícies irregulares, de percorrer distâncias necessárias, o que pode causar medo de cair e prejudicar o equilíbrio.
30.	Mobilidade física prejudicada - Limitação dos movimentos físicos do corpo ou de uma ou mais extremidades, caracterizada por deambulação prejudicada, alterações na marcha, desconforto, dificuldade de se virar, instabilidade postural, movimentos lentos e redução das atividades motoras.
31.	Higiene corporal prejudicada - Higienização do corpo caracterizada pela falta do

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições	
	cuidado, com aparência suja, odor fétido, pediculose, crosta e caspas.
32.	Higiene corporal preservada – Higienização do corpo, apresentando aparência limpa, hidratação da pele preservada, higiene bucal satisfatória, ausência de halitose e de odor fétido.
33.	Higiene oral prejudicada – Ausência de hábitos de higienização bucal, caracterizada por halitose, cárie dentária, falta de cuidado bucal, presença de aftas e placas esbranquiçadas.
34.	Ferida infectada - Lesão de tecido, associada a trauma físico, mecânico ou imunológico, com drenagem de secreção, eritema de pele, edema local, hipertermia local ou generalizada, dor local, sensação de latejamento.
35.	Ferida limpa - Lesão de tecido, associada a trauma físico, mecânico ou imunológico, com condições assépticas, sem presença de micro-organismos, ausência de inflamação local, edemas e cicatrização em evolução.
36.	Icterícia neonatal - Fenômeno fisiológico transitório, que se manifesta depois de 24 horas de vida, ou patológico, como resultado da excessiva quantidade de bilirrubina acumulada no sangue; coloração amarelada da pele, da esclera, das unhas e das mucosas.
37.	Integridade da pele prejudicada - Epiderme e/ ou derme danificada devido à perfuração ou fricção da pele, imobilidade no leito, ferida cirúrgica, umidade, alterações no turgor e/ou na pigmentação, circulação prejudicada, prurido, eritema e lesões.
38.	Membrana da mucosa oral prejudicada - Lesão nos lábios, nos tecidos moles e na cavidade oral e/ou orofaringe, podendo apresentar amígdalas aumentadas, bolsas gengivais, capacidade de deglutir prejudicada, desconforto oral, dor oral, estomatite, halitose, palidez gengival e da mucosa gengival, pápula oral, placa esbranquiçada na boca, dificuldade de falar e de comer, sensação de gosto diminuída, sensação de gosto ruim na boca, língua saburrosa, língua geográfica e sangramento.
39.	Pele seca - Epiderme dura, escamada, com risco de fissuras, áspera, desidratada, sem brilho, com sensação de estar repuxada, alteração no turgore esbranquiçada ao coçar.
40.	Prurido (especificar a localização) - Sensação irritante, seguida de impulso para coçar a pele ou o couro cabeludo, com fissura, coloração avermelhada na pele afetada, risco de lesões.
41.	Temperatura corporal aumentada (Hipertermia) - Temperatura corporal central elevada acima de 37,5°C, caracterizada por pele avermelhada, seca e quente ao toque, vasodilatação periférica, taquicardia, taquipneia, sonolência, cefaleia, confusão mental, sudorese, postura anormal, letargia, coma e irritabilidade.
42.	Temperatura corporal diminuída (Hipotermia) - Temperatura corporal central abaixo de 36°C, que ocasiona frio, pele fria, seca e pálida, tremores, calafrios, preenchimento capilar

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições	
	lento, taquicardia, bradicardia, leito ungueal cianótico, hipertensão, piloereção associada à exposição prolongada ao frio, taquicardia, vasoconstrição periférica, hipóxia, aumento da taxa metabólica, redução no nível de glicose no sangue, agitação e choro.
43.	Débito cardíaco diminuído - Quantidade insuficiente de sangue do ventrículo esquerdo, por minuto, para atender às demandas metabólicas corporais, e que resulta na alteração da pressão arterial, da ausculta cardíaca e do ritmo cardíaco; apresenta bradicardia, palpitações cardíacas, taquicardia, distensão da veia jugular, edema, ganho de peso, alteração do ritmo cardíaco, alteração na coloração da pele, pele fria, úmida e pegajosa, alteração na frequência respiratória, pulsos periféricos diminuídos e tempo de preenchimento capilar prolongado.
44.	Pressão sanguínea elevada - Pressão exercida pelo sangue circulante nas paredes dos vasos do coração de acordo com os parâmetros por faixa etária: nas crianças com idades de zero a três meses, acima de 75/50mm Hg; nas de três a nove meses, acima de 85/65 mm Hg; de nove meses a um ano, acima de 90/70 mm Hg; nas de um a três anos, acima de 90/70 mm Hg; e nas de três a cinco anos, acima de 95/65mm Hg. Podem apresentar alteração no débito cardíaco e alteração no ritmo cardíaco.
45.	Risco de choque - Vulnerabilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos, relacionado a fatores como hipotensão, hipovolemia, hipoxemia, hipóxia, infecção, sepse e síndrome da resposta inflamatória sistêmica.
46.	Risco de sangramento - Vulnerabilidade à perda sanguínea relacionada à lesão de vasos sanguíneos, fatores de coagulação defeituosos, história de quedas e traumas.
47.	Convulsão - Distúrbio neurológico causado por descargas neuronais excessivas e descoordenadas no cérebro. As causas podem ser infecciosas, neurológicas, metabólicas ou traumáticas. Nos neonatos, os sinais podem ser um piscar de olhos rápido, sucessivos movimentos de repuxamento dos lábios ou até mesmo episódios de apneia. Em outras faixas etárias, podem apresentar alterações no nível de consciência, movimentos involuntários em alguma parte do corpo, comprometimento das sensações de paladar, olfato, visão, audição e da fala, alucinações, vertigens, delírios, olhar perdido, salivação abundante e espumosa, movimentos espasmódicos violentos, contração e relaxamento rítmico do tronco e das extremidades, amnésia do episódio, perda do tônus, sonolência ou sono depois da convulsão.
48.	Crescimento e desenvolvimento compatíveis com a idade - Processo de ações progressivas e regulares, com mudanças físicas distintas, habilidades da linguagem, motora, cognitiva e social, padrões satisfatórios do peso, da estatura e do gráfico do crescimento, desenvolvimento motor, inteligência cognitiva e desenvolvimento social compatíveis com a

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições

idade, caracterizados pelo predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa (um a dois meses); o bebê esboça um sorriso social, fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros (entre dois e quatro meses); em torno dos dois meses, visualiza e segue o objeto com o olhar, preensão voluntária das mãos (quatro meses); entre quatro e seis meses, vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro, engatinha e arrasta-se (entre seis e nove meses); a partir do sétimo mês, senta-se sozinho sem apoio; entre nove meses e um ano, engatinha ou anda com apoio, fica em pé sem apoio (em torno dos dez meses), anda sozinho (um ano a um ano e seis meses), sobe degraus baixos (um ano e seis meses a dois anos), diz o próprio nome e nomeia os objetos como seus (dois e três anos); entre três e quatro anos, veste-se com auxílio e conta ou inventa pequenas histórias (quatro e cinco anos).

49. **Crescimento e desenvolvimento incompatíveis com a idade** - Déficit no processo de ações progressivas e regulares, com mudanças físicas distintas, habilidades de linguagem, motora, cognitiva e social, padrões insatisfatórios do peso, da estatura e no gráfico do crescimento, desenvolvimento motor, inteligência cognitiva, desenvolvimento social incompatíveis com a idade.

50. **Alergia** - Resposta ou reação imunológica que se desenvolve com a exposição a um antígeno estranho, como um alimento, picada de animal, medicamento, látex, exposição a alérgeno ambiental ou a outras substâncias, caracterizado por eritemas, prurido, urticária, edema, lacrimejamento, desconforto generalizado, congestão nasal, rinorreia, dermatite atópica, broncoespasmo, sibilos e calor em todo o corpo.

51. **Calendário vacinal incompleto** - Documento de controle vacinal incompleto, evidenciado pela falta de vacinação no período estabelecido e de informações suficientes da mãe/responsável sobre a imunização.

52. **Risco de infecção** - Vulnerabilidade à invasão e à multiplicação de microrganismos patogênicos, decorrentes de lesões na pele, alteração no pH das secreções, diminuição de hemoglobina, imunossupressão, leucopenia, vacinação inadequada, desnutrição e procedimentos invasivos.

53. **Sistema imunológico prejudicado** - Limitações da defesa do organismo no combate a micro-organismos infecciosos e outros invasores, devido à falta de vacinação, alimentação pobres em vitaminas e minerais que fortalecem o sistema imunológico, exposição excessiva ao sol; crianças com obesidade, desnutrição e portadoras de imunodeficiência adquirida ou alterações imunológicas congênitas.

54. **Cólica** - Desconforto abdominal que acomete com mais frequência os recém-nascidos,

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições	
	manifestada por choro alto, forte, agudo, estridente e rubor facial; a criança vira a cabeça para os lados, retrai as pernas para cima, apresenta sinais de irritabilidade, e suas mãos ficam crispadas.
55.	Dor (especificar a intensidade e localização) - Sensação desagradável no corpo, produzida pela excitação de terminações nervosas sensíveis aos estímulos, com destaque para aprevalência de dores abdominais, cefaleia e dores nos membros, caracterizada por aparência abatida, comportamento disperso, caretas, agitação, choro, irritabilidade, diminuição do apetite, alteração no tônus muscular, comportamento retraído, comportamento autoprotetor, interação reduzida, procura posições para aliviar a dor, alteração no sono e repouso, mudanças em parâmetro fisiológico, como pressão sanguínea, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio.
56.	Risco de sufocação - Vulnerabilidade à interferência da entrada de ar nos pulmões, causado objeto pequeno nas vias aéreas, chupeta pendurada no pescoço da criança, dormir ou amamentação em posição inadequada, acúmulo de secreção na região orofaríngea por problemas respiratórios ou por refluxo gástrico.
57.	Adesão da mãe/responsável ao tratamento da criança - Aceitação de iniciar o tratamento de recuperação e reabilitação da criança, seguindo as orientações, a mudança de comportamento para que a criança se adapte e obediência às instruções relativas ao tratamento.
58.	Falta de adesão da mãe/responsável ao regime terapêutico - Ação iniciada pela família ou pela própria criança, que deixa de seguir corretamente ao regime terapêutico, não tomando os medicamentos no horário certo, dificultando assim sua recuperação e reabilitação, compromete o quadro, causa outros fatores de risco e compromete ainda mais a patologia apresentada.
59.	Recuperação cirúrgica adequada - recuperação pós-operatória satisfatória, no período estabelecido, definida por ausência de dor cirúrgica, mobilidade preservada, melhora das náuseas, apetite preservado, cicatrização satisfatória, capacidade de realizar as atividades do cotidiano, sono e repouso sem alteração.
60.	Recuperação cirúrgica prejudicada - Recuperação pós-operatória fora do período estabelecido; apresenta desconforto, evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica, mobilidade prejudicada, perda do apetite, sinais flogísticos, náusea, vômito, alteração no sono e no repouso, necessidade de ajuda para fazer as atividades do cotidiano, agitação, irritabilidade e mudança de humor.
61.	Ansiedade da hospitalização - Fenômeno multidimensional caracterizado por aspectos

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições	
	biológicos e psicológicos desencadeados frente a um processo estressante e ameaçador de inserção em ambiente hospitalar, caracterizado por estimulação simpática (vasoconstricção superficial, dilatação da pupila), taquicardia, tremor, alterações do apetite, dispnéia, insônia, medo/angústia, hiperatividade/impulsividade/agitação, insegurança, impaciência, sensação de culpa, dano corporal ou agressão, sensação de abandono/ solidão, tensão, nervosismo, preocupação, irritabilidade, tristeza, choro e falta de concentração.
62.	Medo (especificar) - Sentimento de estado de alerta percebida quando algo é reconhecido como um perigo, descrito por insegurança, inquietação, excitação, náusea, vômito, palidez, pupilas dilatadas, tensão aumentada, comportamento de ataque, frequência respiratória aumentada, transpiração aumentada, alteração no sono e repouso, pesadelos, sensação de pânico e identificação do objeto de medo.
63.	Maternidade/Paternidade prejudicada - Incapacidade do cuidador principal de promover um crescimento e desenvolvimento adequados para a criança, apresentando fracasso em melhorar, transtornos de comportamento, comportamento de apego insuficiente, ansiedade de separação diminuída, história de trauma, abandono, rejeição do filho, negligência com as necessidades da criança, incapacidade de satisfazer às necessidades da criança e história de abuso infantil.
64.	Risco de maternidade/paternidade prejudicada - Vulnerabilidade à incapacidade do cuidador principal promover um crescimento e desenvolvimento adequados para a criança, decorrente do atraso em seu desenvolvimento, criança de sexo indesejado, distúrbios comportamentais, nascimentos múltiplos, prematuridade, temperamento difícil, depressão, doença física, privação do sono, pouca idade dos pais, falta de conhecimento sobre a maternidade e manutenção da saúde da criança.
65.	Comunicação prejudicada - Capacidade diminuída de dar ou trocar informações, devido à ausência de contato visual, déficit visual parcial ou total, audição prejudicada, dificuldade de atenção e de formar palavras, gagueira, não fala, verbalização inadequada para a idade.
66.	Comunicação preservada - Dar ou trocar informações de maneira adequada, com contato visual satisfatório, audição preservada, verbalização adequada, ausência de problemas na fala e facilidade de se expressar verbalmente de acordo com a idade.
67.	Falta de conhecimento (especificar) – Deficiência de informação relacionada a algo, caracterizada pela falta de adesão para promoção, recuperação e reabilitação, conhecimento inadequado sobre a maternidade, a hospitalização da criança e o tratamento terapêutico, comportamentos inapropriados, distraído, dificuldade de aprender, baixa escolaridade e falta de

Diagnósticos/Resultados de enfermagem aplicáveis a crianças de zero a cinco anos para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e suas definições	
	vontade de aprender.
68.	Interação social prejudicada - Déficit nas relações sociais entre a criança e os profissionais de saúde/cuidador, caracterizado por antipatia pelos profissionais de saúde, verbalização inadequada, não aceita a internação, insegurança, atraso no desenvolvimento, timidez, comportamento retraído, afeto triste, sensação de desconforto, medo e insegurança.
69.	Atividades de recreação interrompidas - Interrupção no envolvimento em atividades recreativas, caracterizada pela falta de atividades no ambiente lúdico, mobilidade prejudicada, baixa imunidade, recuperação cirúrgica, dores intensas e fortes e interação social prejudicada.
70.	Angústia espiritual da mãe/responsável – Capacidade prejudicada de integrar significado e objeto à vida, conexão consigo, com Deus e com os outros ao seu redor, expressando isolamento, questiona sofrimento, mudança de comportamento, falta de coragem para fazer algo, falta de esperança, sentimento de culpa, recusa integrar com pessoas significativas, sensação de abandono, expressa raiva de Deus, falta de amor e desespero.

Depois do processo de validação dos diagnósticos de enfermagem e das definições dos diagnósticos, os 70 (100%) conceitos de diagnósticos validados foram mapeados com os conceitos pré-combinados de diagnósticos da CIPE[®], o que resultou em 35 (50,0%) considerados constantes, e 35 (50,0%) não constantes nessa classificação. Os não constantes foram classificados de acordo com a similaridade e a abrangência em relação aos termos da CIPE[®] versão 2015. Como resultado, cinco conceitos de diagnósticos – ‘Ansiedade da hospitalização’, ‘Ferida infectada’, ‘Ferida limpa’, ‘Sistema imunológico prejudicado’ e ‘Ventilação espontânea prejudicada’ – foram julgados como mais abrangentes, e os outros 30 conceitos foram considerados sem concordância, ou seja, são específicos da Nomenclatura da Clínica Pediátrica.

Vale ressaltar que, dos 30 conceitos, sete são termos do eixo foco da CIPE[®] Versão 2015: ‘Cólica’, ‘Desnutrição’, ‘Edema’, ‘Expectoração insuficiente’, ‘Obesidade’, ‘Pele seca’ e ‘Prurido’; e três são características específicas de outros termos: ‘Emagrecimento’, ‘Prurido’ e ‘Risco de choque’.

5.2 Validação clínica dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem

Os 70 conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da Clínica Pediátrica do HULW/PB foram validados clinicamente, por meio da realização de seis estudos de caso desenvolvidos na clínica, com crianças de zero a cinco anos acompanhadas de seus responsáveis legais.

5.2.1 Estudos de casos e planejamento da assistência

O estudo de caso é um método ou estratégia de pesquisa com investigações empíricas de um fenômeno contemporâneo, partindo do retrato contextual da situação real, descrita de forma profunda e detalhada para clarificar, analisar e buscar explicações sobre o fenômeno. Esse método requer um embasamento teórico e serve de suporte para nortear o investigador. Os estudos de caso da pesquisa são do tipo coletivo, exploratório, em que o investigador utiliza vários estudos de caso para investigar um fenômeno (FAVERO; RODRIGUES, 2015). No entanto, para a discussão, os estudos de caso serão apresentados como caso único, a fim de representar o fenômeno em estudo.

As crianças que participaram do estudo tinham idades entre 22 dias e quatro anos - cinco do sexo masculino e uma do sexo feminino. A estruturação e a análise dos casos seguiram as fases do processo de enfermagem: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação e foi fundamentada teoricamente no Modelo Conceitual das Necessidades Humanas Básicas.

O quadro 2 apresenta as características das crianças, participantes da pesquisa, segundo a idade, o histórico de internação e a procedência.

Quadro 2 –Distribuição dos estudos de caso feitos com crianças de zero a cinco anos de idade, segundo a idade, o histórico de internação e a procedência. João Pessoa-PB,2016.

Casos	Idade	Histórico de internação	Sexo	Procedência
01	Noves meses	Diarreia há três meses	Masculino	UPA de Guarabira
02	Dois anos	Dermatopolimiosite	Masculino	Solânea
03	Dois anos	Pneumonia (adquirida na comunidade)	Masculino	João Pessoa
04	Seis meses	Pneumonia aguda	Masculino	Cabedelo
05	22 dias	Desidratação+ convulsão por hiponatremia	Masculino	João Pessoa
06	Quatro anos	Síndrome Nefrótica	Feminino	Cuitegi

Caso 1:

L.G.N.L, nove meses, nasceu em 25/06/2015, é do sexo masculino, com hipótese diagnóstica de diarreia crônica e acompanhado por sua genitora, M.C.N.L., que é pedagoga, católica, procedente da UPA de Guarabira.A criança foi admitida no HULW/PB, no dia 13/04/2016, com queixa principal de diarreia com sangue há três meses. A genitora relatou que demorou a ir ao hospital, pois seus familiares diziam que a diarreia era devido à dentição. Quando notou que o filho perdia peso, decidiu procurar apoio médico. No referido hospital, foi diagnosticado com diarreia crônica e alergia ao leite. Ao exame no dia 19/04/2016: **Necessidades de oxigenação:** eupneico (R: 30ripm), com murmúrios vesiculares presentes; **Necessidade de regulação vascular:** perfusão periférica diminuída MMII, frequência cardíaca (FC):120bpm, ritmo cardíaco regular (RCR) em 2T; bulhas cardíacas normofonéticas (BCNF); **Necessidades de nutrição:** emagrecido (peso: 7.195kg), aceitação alimentar insuficiente, intolerância alimentar ao leite em pó, alimentando-se por via oral leite materno mais a fórmula complementar; **Necessidade de hidratação e Regulação hídrica e eletrolítica:** desidratado, fontanela deprimida, acesso venoso periférico MSD com hidratação de manutenção; **Necessidade de eliminação:** abdome globoso, som timpânico, vômito de aspecto líquido amarelada (SIC), fezes líquidas com frequência de mais sete trocas de fraldas por dia, com aspecto esverdeada com presença de sangue, urina com coloração normal, chora ao evacuar e chora à palpação superficial e profunda na região abdominal; **Necessidade de sono e repouso:** sono e repouso preservado; **Necessidade de exercício e atividade**

física/mecânica corporal/ motilidade: movimentar todos os membros do corpo; **Necessidade de cuidado Corporal:** higiene corporal preservada com frequência de uma vez por dia no turno da manhã, presença de dentes íntegro, couro cabeludo limpo; **Necessidade de integridade física e cutaneomucosa:** hiperemia na região perianal, coloração pálida na planta dos pés, nas palmas das mãos e nos lábios; **Necessidade de regulação térmica:** normotérmico (T: 37°C); **Necessidade neurológica:** consciente, orientado, respondendo aos estímulos sensitivos e verbais; **Necessidade de regulação imunológica:** calendário vacinal completo para a idade; **Necessidade de regulação do crescimento cuidar/locomção:** fica de pé com apoio; **Necessidade de percepção:** comportamento de dor não verbal; **Necessidade de segurança/amor e aceitação/gregária:** irritabilidade, medo na presença dos profissionais e choro.

Quadro 3 – Planejamento da assistência de enfermagem do Caso 1. João Pessoa-PB, 2016.

Diagnósticos de enfermagem	Resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Diarreia	Diarreia diminuída	Avaliar a frequência e as características das fezes; Avaliar a pele e as mucosas da região genital; Monitorar a pele perianal para detectar irritações e úlceras, diariamente; Manter a higiene íntima do lactente; Orientar a mãe quanto às trocas de fraldas; Orientar sobre a higienização das mamadeiras diariamente; Orientar sobre a higienização das mãos; Verificar o peso uma vez por semana;
Desidratação	Hidratação melhorada	Manter o acesso venoso periférico; Avaliar sinais e sintomas de desidratação (fontanela deprimida, pele ressecada); Estimular a ingestão de líquidos de 30 a 50 ml nos intervalos da dieta; Avaliar o volume de diurese (pesar as fraldas); Orientar a mãe sobre a importância da ingestão de líquidos;

Diagnósticos de enfermagem	Resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Intolerância Alimentar	Intolerância alimentar controlada	Orientar a mãe sobre a restrição de alimentos com lactose; Orientar a mãe sobre a importância da alimentação para a criança; Orientar a mãe a utilizar estratégias de aceitação do leite(fórmula infantil) (copinho, seringa); Contatar a nutricionista para avaliar a dieta da criança; Supervisionar a ingestão da dieta complementar; Orientar a equipe sobre a supervisão da dieta complementar;
Sono preservado	Sono preservado	Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório; Manter um ambiente calmo e seguro nas horas de repouso e do sono; Elogiar a mãe quanto aos cuidados com o sono da criança;
Higiene corporal preservada	Higiene corporal preservada	Avaliar os cuidados de higiene; Incentivar a mãe a continuar a higienização; Elogiar a mãe sobre os cuidados com a higienização;
Falta de conhecimento da mãe sobre a doença e o tratamento do lactente	Conhecimento da mãe sobre a doença e o tratamento do lactente melhorado	Orientar a mãe sobre a doença e o tratamento da criança, diariamente; Explicar os procedimentos a serem realizados; Realizar técnica de <i>feedback</i> quanto às orientações sobre o diagnóstico e o tratamento; Esclarecer as dúvidas que surgirem depois que a técnica for realizada.

Depois do processo de coleta dos dados,procedeu-se às seguintes intervenções com o binômio criança/mãe ou responsável:

1º dia:Orientado a mãe sobre a lavagem das mãos; explicada a importância da alimentação; avaliados sinais e sintomas de desidratação (fontanela deprimida, pele ressecada); avaliadas a

frequência e as características das fezes; avaliadas a pele e as mucosas da região genital; verificado o peso; explicados os procedimentos a serem realizados; orientado a mãe sobre a doença e o tratamento da criança; esclarecidas as dúvidas da mãe; elogiada a mãe sobre a higienização corporal do lactente; a equipe foi orientada a supervisionar a dieta complementar.

2º dia: Orientada a mãe sobre a importância da troca de fraldas; avaliadas a frequência e as características da pele na região perianal; mantido acesso venoso do lactente; explicado a mãe sobre a doença e o tratamento do lactente; orientada a mãe sobre a higienização das mamadeiras; orientada a mãe quanto à utilização de estratégias para aceitação do leite; orientada a mãe quanto à restrição de alimentos com lactose; elogiada a mãe quanto aos cuidados com o sono da criança.

3º dia: Estimulada ao lactente a ingestão de líquidos; avaliado o volume de diurese; contatada a nutricionista para avaliar a dieta complementar; incentivada a mãe/responsável sobre a continuidade da higienização; realizada a técnica de *feedback* em relação às orientações sobre o diagnóstico e o tratamento do lactente; esclarecidas as dúvidas identificadas após a técnica realizada; mantido um ambiente calmo e seguro durante a hora do repouso e do sono.

Avaliação: Após o planejamento e a implementação das intervenções de enfermagem, foi realizada a avaliação do estado de saúde do lactente: apresenta diarreia diminuída (quatro episódios), contudo segue com fezes pastosas amareladas e sem hiperemia na região perianal; apresenta hidratação melhorada, mas continua usando soro oral e apresentando fontanela normotensa; segue com o quadro de intolerância alimentar, porém, a mãe e a criança seguem com dieta restrita e sem lactose; Apesar do quadro, manteve o padrão do sono preservado; Higiene corporal satisfatória foi mantida; a mãe apresentou conhecimento melhorado sobre a doença e o tratamento do lactente e quanto aos cuidados com o lactente, no tocante à dieta e à restrição de lactose.

Caso 2:

K.S.S., dois anos, nasceu em 17/09/2013, é do sexo masculino, acompanhado de sua genitora, M.A.S.B, que cursou o Ensino fundamental incompleto; é católica e procedente do município de Solânea. A criança foi admitida no ambulatório do HULW/PB no dia 16/04/2016. De acordo com a mãe, ele sentia fraqueza muscular com frequência, e em outubro do ano passado

(2015), apareceram manchas avermelhadas nas pálpebras e machas brancas pelo corpo: nas mãos, nas axilas, no joelho e no terço superior da região posterior do antebraço. Algumas dessas manchas viraram lesões, mas negou prurido. Refere que durante esse período, de outubro de 2015 a março de 2016, a criança perdeu 3kg. Ao procurar ajuda médica em uma cidade próxima, prescreveu-se pomada, mas não melhorou. Ao ser atendido no HULW, foi diagnosticado com dermatopolimiosite. Ao exame no dia 28/04/2016: **Necessidades de oxigenação:** eupneico (FR: 30ripm), murmúrios vesiculares presentes em AHT; **Necessidade de regulação vascular:** FC: 130bpm, ritmo cardíaco regular(RCR) em 2T; bulhas cardíacas normofonéticas (BCNF); **Necessidades de nutrição:** estado nutricional normal (P: 12.900Kg), aceitação alimentar boa, mãe afirmou que a criança está “comendo pouco”, via administração oral; **Necessidade de hidratação e regulação hídrica e eletrolítica:** hidratado (puncionado acesso venoso periférico em MSD para iniciar a pulsoterapia (3ºdia de acompanhamento); **Necessidade de eliminação:** abdome globoso, som timpânico, vômito ausente, fezes normais com frequência de uma vez por dia (SIC) e urina com coloração normal, com frequência de cinco vezes por dia (SIC); **Necessidade de sono e repouso:** sono e repouso preservados; **Necessidade de regulação do crescimento celular/locomção:** movimenta todos os membros, tem dificuldade de sentar com as pernas fletidas e estendidas no leito, dores nas articulações (joelho), dificuldade de se locomover para longas distâncias (10m a 20m), fraqueza muscular nos MMII, dificuldade de subir degrau, dificuldade de se levantar sem auxílio; deambula sem apoio a curtas distâncias (2m a 3m); **Necessidade de cuidado corporal:** higiene corporal preservada, com frequência de banhos uma vez por dia, no turno da manhã; dentes íntegros, higienização bucal preservada e couro cabeludo limpo; **Necessidade de integridade física e cutaneomucosa:** pápulas de Gottron nas mãos, lesão ulcerativa na axila direita, lesão em crosta na região torácica anterior e na região posterior da coxa, heliotropo (manchas avermelhadas) na região das pálpebras, manchas esbranquiçadas nos MSD (antebraço) e MMII (joelhos e pernas); **Necessidade de regulação térmica:** normotérmica (37°C); **Necessidade de regulação neurológica:** consciente, orientado; **Necessidade de regulação imunológica:** calendário vacinal incompleto, sem a tríplice viral (SIC) (a criança não estava com o cartão de vacina); **Necessidade de percepção:** comportamento não verbal de dor; **Necessidade de segurança/ amor e aceitação/gregária:** agressividade no contato inicial, irritabilidade, medo, verbaliza falta de familiares (pai).

Medicação: Criança usando metilpredisolona para a pulsoterapia.

Observação da enfermeira: Mãe relata não ter conhecimento sobre a doença.

Observação quanto à vacina: uso de imunossupressor

Quadro 4 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 2 - João Pessoa-PB, 2016.

Diagnósticos de enfermagem	Resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Mobilidade física prejudicada	Mobilidade física da criança melhorada	Avaliar as limitações atuais e a gravidade do déficit, considerando as atividades diárias da criança; Incentivar a deambulação dentro dos limites da criança; Detectar os fatores que contribuem para prejudicar a mobilidade;
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	Estimular a hidratação, oferecendo copos com 100 ml de água; Supervisionar o cuidado com a pele; Orientar a mãe sobre os cuidados com as lesões; Orientar a mãe sobre a lavagem das mãos e a manutenção da higiene corporal e oral da criança; Manter a pele limpa e seca; Avaliar as características das lesões diariamente; Administrar AGE (ácidos graxos essenciais) nos locais das lesões com crostas e na cicatrização das lesões; Administrar pomada (mupirocina) no local das lesões abertas;
Risco de infecção	Infecção ausente	Ensinar à mãe medidas protetoras para minimizar o risco de infecção; Instruir sobre os cuidados necessários com o local da punção para evitar infecção; Realizar punção utilizando técnica asséptica; Avaliar o local do acesso venoso periférico diariamente; Orientar a equipe sobre os cuidados com as técnicas assépticas;

Diagnósticos de enfermagem	Resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem
		Verificar a PA antes, durante e depois da infusão de metilpredisolona; Instalar a medicação para infundir em 2h;
Falta de conhecimento da mãe/responsável sobre a doença e o tratamento do lactente	Conhecimento da mãe/responsável sobre a doença e o tratamento do lactente melhorado	Orientar a mãe a respeito da doença e do tratamento da criança; Esclarecer as dúvidas da mãe sobre a doença e o tratamento da criança; Explicar os procedimentos a serem realizados; Avaliar a capacidade de aprendizagem da mãe; Realizar técnica de <i>feedback</i> quanto às orientações sobre o diagnóstico e o tratamento.

Depois que os dados foram coletados, foram realizadas as seguintes intervenções com o binômio criança/mãe ou responsável:

1º dia: Realizada a avaliação das limitações atuais e a gravidade do déficit, considerando as atividades diárias da criança; orientada a mãe sobre a doença e o tratamento da criança; estimulada a hidratação, oferecendo copos de 100 ml de água; supervisionado o cuidado com a pele; orientada a lavagem das mãos; orientada a mãe sobre os cuidados com as lesões; avaliado o local do acesso venoso periférico, diariamente.

2º dia: Orientada a mãe sobre a doença e tratamento da criança; orientada a mãe sobre os cuidados com as lesões; incentivada a deambulação dentro dos limites da criança; orientada a mãe sobre a importância da lavagem das mãos e a manutenção da higiene corporal da criança; realizado prevenção utilizando técnica antisséptica; administrado AGE (ácidos graxos essenciais) nos locais das lesões com crostas e nas cicatrizações das lesões; administrada a pomada mupirocina, no local das lesões abertas.

3º dia: esclarecidas as dúvidas da mãe; explicados os procedimentos a serem realizados; detectados fatores contribuintes para a mobilidade física prejudicada; ensinadas as medidas protetoras para minimizar o risco de infecção; instruída a mãe/responsável sobre os cuidados necessários com o local de punção, para evitar infecção; orientada a mãe sobre higienização corporal e oral; mantida a pele limpa e seca; orientada a equipe quanto aos cuidados com técnicas assépticas.

Avaliação: Depois de feito o planejamento e de implementadas as intervenções de enfermagem, foi avaliado o estado de saúde da criança, cuja mobilidade física havia melhorado, estava conseguindo deambular a longas distâncias (10m), não apresentou desconforto e alterações na marcha, apesar de ter algumas dificuldades, por exemplo, virar ou levantar sem auxílio, continuava com movimentos lentos e apresentava força muscular melhorada; a integridade da pele estava melhorada, e as lesões estavam cicatrizando; a mãe apresentou conhecimento sobre a doença e o tratamento da criança melhorado, declarou que estava compreendendo a doença, o tratamento e os cuidados que deverão ser realizados; a criança não teve infecção até a finalização da coleta dos dados nem apresentou sinais flogísticos no local, flebite ou quadro febril.

Caso 3:

A.A.S.S, dois anos, nasceu no dia 28/03/2014, do sexo masculino, acompanhado de sua genitora, A.S.B, que cursou o Ensino Médio completo, cristã, procedente de um hospital pediátrico de João Pessoa, admitido no HULW/PB no dia 02/05/2016 e diagnosticado com pneumonia (adquirida na comunidade). Segundo a mãe, no dia 26 de abril, a criança apresentou febre de 38,5°C; levado para o hospital foi medicado, voltou para casa e passou quatro dias sem febre, mas, no dia 1º de maio, apresentou febre de 39,5°C. Novamente foi levado para o hospital e submetido a todos os procedimentos, mas a febre não cedeu, e ele foi transferido para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB. Ao exame no dia 04/05/2016, apresenta: **Necessidade de oxigenação:** eupneico (R: 45 ripm), tosse cheia sem expectoração, presença de ronos na ausculta pulmonar em ambos os hemitórax (AHT); apresentou vários episódios de espirro, segue com obstrução nasal e secreção nas narinas; **Necessidade de regulação vascular:** frequência cardíaca (FC):120bpm, ritmo cardíaco regular (RCR) em 2T; bulhas cardíacas normofonéticas (BCNF); **Necessidade de nutrição:** aceitação alimentar insuficiente, nega intolerância alimentar, via administração dos alimentos oral; **Necessidade de hidratação e regulação hídrica e eletrolítica:** hidratado, acesso venoso em MSD com hidratação de manutenção em BIC, desde a admissão até a finalização da coleta; **Necessidades de eliminação:** abdome flácido, globoso, som timpânico, fezes ressecadas, com frequência de uma vez ao dia (SIC), urina com odor característico e com aspecto amarelo claro; troca de fraldas três vezes ao dia (SIC); **Necessidade de sono e repouso:** dificuldade de dormir (SIC), devido a obstrução nasal; **Necessidade de exercício e atividade física/mecânica corporal/motilidade:** movimenta todos os membros, e sua força muscular é

adequada para a idade; **Necessidade de cuidado corporal:** higiene corporal satisfatória, com frequência de um banho por dia, no período diurno, às vezes, no noturno (SIC); couro cabeludo limpo, presença de dentes e halitose. A mãe referiu que, desde que chegou, a criança não escovava os dentes; **Necessidade de integridade física e cutaneomucosa:** pele normocorada, com hiperemia na face devido a hipertermia; **Necessidade de regulação térmica:** hipertermia (38°C); **Necessidade de regulação neurológica:** orientado e consciente; **Necessidade imunológica:** calendário vacinal completo; **Necessidade de regulação do crescimento celular/locomoção:** deambula sem apoio, apresenta crescimento e desenvolvimento adequado para a idade; **Necessidade de segurança/amor e aceitação:** agressivo, irritado, dá gritos e chora na presença dos profissionais, não é cooperativo e verbaliza a falta do pai e do irmão; **Necessidade de comunicação /recreação e lazer:** não participa das atividades de recreação devido ao acesso venoso (SIC).

Observação durante a coleta: Ao ligar o ventilador, a criança apresenta episódios de espirros.

Quadro 5 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 3 - João Pessoa-PB, 2016.

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Hipertermia	Temperatura normal	Arejar o ambiente; Verificar a temperatura 30 minutos depois da administração de antitérmico; Administrar compressas frias, se a temperatura não ceder; Orientar a mãe quanto aos possíveis alterações de consciência;
Respiração Prejudicada	Respiração melhorada	Administrar nebulização; Realizar lavagem nasal com soro fisiológico a 0,9% antes da nebulização; Orientar a mãe para fazer a higienização nasal da criança; Avaliar a área da mucosa nasal diariamente; Elevar a cabeceira do leito; Estimular a ingestão de líquidos, oferecendo copos de

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
		50-100ml; Orientar a mãe a manter a criança com roupa; Contatar a fisioterapeuta para discutir sobre os cuidados com a criança;
Apetite Prejudicado	Apetite melhorado	Contatar a nutricionista para avaliar a dieta da criança; Orientar a mãe sobre a importância da dieta para recuperar o estado de saúde da criança; Orientar a mãe para que as refeições não ocorram logo depois um procedimento desagradável (punção venosa ou seções de fisioterapia); Orientar a mãe a utilizar estratégias que facilitem a alimentação (contar histórias);
Sono prejudicado	Sono melhorado	Orientar a mãe sobre medidas para melhorar sono, por exemplo, elevando a cabeceira; Incentivar atividades recreativas durante o dia; Avaliar o quadro clínico, como desconforto e obstrução das vias aéreas diariamente; Proporcionar um ambiente calmo e seguro;
Higiene oral prejudicada	Higiene oral melhorada	Ensinar à mãe os princípios de boa higiene oral; Realizar higiene bucal com água bicarbonatada; Elogiar a mãe em relação à continuidade do cuidado com a higiene oral da criança; Avaliar a região bucal após a realização da higiene oral; Orientar quanto à necessidade de escovar os dentes; Avaliar as características do odor bucal;
Risco de infecção	Ausência de infecção	Ensinar medidas protetoras para minimizar o risco de infecção; Instruir sobre os cuidados necessários com o local da punção para evitar infecção; Avaliar a realização de higiene pessoal da criança; Realizar punção utilizando técnica asséptica; Avaliar o local do acesso venoso periférico diariamente;

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
		Orientar a equipe quanto aos cuidados com técnicas assépticas;
Atividades de recreação interrompida	Atividades de recreação eficaz	Avaliar a capacidade de participação da criança nas atividades disponíveis; Estimular a participação nas atividades recreativas oferecidas, pelo menos, duas vezes ao dia; Orientar a mãe sobre a importância da participação da criança na recreação para minimizar os estresses que ela apresenta; Orientar a equipe a deixar a criança brincar nos intervalos das fases do soro;

Após a coleta dos dados, procedeu-se às seguintes intervenções para o binômio criança/mãe ou responsável:

1º dia: Orientada a mãe sobre a importância da dieta para a recuperação do estado de saúde da criança; orientada a mãe para que as refeições não ocorram logo depois de um procedimento desagradável (punção venosa ou sessões de fisioterapia); orientada a mãe a utilizar estratégias que facilitem a alimentação (contar histórias); orientada a mãe sobre medidas para melhorar do sono, exemplo: elevação da cabeceira; elevada a cabeceira do leito; incentivada a ingestão de líquido; ensinados os princípios de boa higiene oral; verificada a temperatura 30 minutos após a administração de antitérmico; administrada nebulização; realizada lavagem nasal com soro fisiológico a 0,9% antes da nebulização; avaliada a capacidade de participação da criança nas atividades disponíveis.

2º dia: Orientada a mãe para a higienização nasal da criança; orientada a mãe a manter a criança com roupa; avaliada a pele da mucosa nasal diariamente; arejado o ambiente; administradas compressas frias (temperatura não ceder); ensinadas as medidas protetoras para minimizar o risco de infecção; instruído sobre os cuidados necessários com o local da punção para evitar infecção; avaliada a realização de higiene pessoal da criança; orientada a mãe sobre a importância da participação da criança na recreação para minimizar os estresses que a criança apresenta; incentivadas atividades recreativas durante o dia; ensinados princípios de boa higiene oral; realizada higiene bucal com água bicarbonatada; realizado elogios a mãe quanto a continuidade do cuidado com a higiene oral da criança.

3º dia: contatada a nutricionista para avaliar a dieta da criança; contatado o fisioterapeuta para discutir sobre os cuidados com a criança; avaliado o quadro clínico, como desconforto e obstrução das vias aéreas diariamente; proporcionado um ambiente calmo e seguro; orientada a mãe para identificar as possíveis alterações de consciência; avaliada a região bucal após a realização da higiene oral; avaliadas as características de odor bucal; avaliado o local do acesso venoso periférico diariamente; estimulada a participação nas atividades recreativas oferecidas pelo menos duas vezes ao dia; orientada a equipe a deixar a criança brincar nos intervalos das fases do sono; orientada a equipe quanto aos cuidados com técnicas assépticas.

Avaliação: Após o planejamento e a implementação das intervenções de enfermagem, procedeu-se à avaliação do estado de saúde da criança: apresenta temperatura normotérmica (T: 36,2°C); Respiração melhorada, com diminuição da tosse, melhora da coriza, apenas uma narina com obstrução nasal; Apetite melhorado, sentindo vontade de se alimentar e comendo de maneira satisfatória; Sono melhorado - a mãe referiu que a criança está dormindo melhor; higiene oral satisfatória, com ausência de halitose. Segundo a mãe, ela está escovando os dentes da criança e está consciente da importância de uma boa higiene oral; risco de infecção ausente, sem sinais flogísticos no local da punção; atividade de recreação eficaz; a criança se mostra menos agressiva, estressada e irritada, mais cooperativa e vai diariamente à brinquedoteca.

Caso 4:

D.P.S, seis meses, nasceu no dia 17/10/2015, é do sexo masculino; acompanhado de sua genitora, A.P.S, que é evangélica, cursou o Ensino Médio incompleto; veio de um hospital do município de Cabedelo. A criança foi admitida no HULW/PB no dia 06/05/2016. Apresentava tosse, cansaço e febre há cinco dias. Foi encaminhado para o hospital de Cabedelo e, depois de três dias de internação, não melhorou e foi transferido para o HULW/PB. Foi diagnosticado com pneumonia aguda. Ao exame no dia 11/05/2016: **Necessidade de oxigenação:** eupneico (R: 38rpm), com tosse seca, obstrução nasal; a ausculta pulmonar constatou presença de roncos em AHT; **Necessidade de regulação vascular:** frequência cardíaca (FC): 130bpm, ritmo cardíaco regular (RCR) em 2T; bulhas cardíacas normofonéticas (BCNF); **Necessidade de nutrição:** aceitação alimentar regular –o lactente iniciou alimentação mista; no momento, segue aceitando apenas leite materno; **Necessidade de hidratação e regulação hídrica e eletrolítica:** fontanela deprimida, infusão venosa em MSE para hidratação de manutenção; **Necessidade de eliminação:** abdome flácido, globoso,

vômito com frequência de duas vezes (SIC), fezes pastosas, amareladas, com frequência de troca de fralda quatro vezes ao dia (SIC); urina com coloração normal e odor característico, com frequência de troca de fralda cinco vezes ao dia (SIC); **Necessidade de sono e repouso:** dificuldade de dormir, dorme de boca aberta e ronca (SIC); **Necessidade de exercícios e atividades físicas/mecânicas corporais/ motilidade:** movimenta todos os membros sua força muscular é adequada para a idade; **Necessidade de cuidado corporal:** higiene corporal satisfatória, com frequência de um banho por dia, no período diurno, presença de dentes e o couro cabeludo limpo; **Necessidade de integridade física e cutaneomucosa:** equimose em MSD, hiperemia na região perianal; **Necessidade de regulação térmica:** normotérmica (36,3°C); **Necessidade neurológica:** consciente, com reflexo de Babinski e de preensão plantar e palmar; **Necessidade de regulação imunológica:** alergia a poeira e a perfume (SIC); calendário vacinal completo; **Necessidade de regulação do crescimento celular/locomoção:** senta-se sem apoio, e seu crescimento e desenvolvimento são adequados para a idade; **Necessidade de segurança/amor e aceitação/gregária:** agressivo, irritado e sente medo na presença dos profissionais.

Quadro 6 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 4 - João Pessoa-PB, 2016.

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Respiração prejudicada	Respiração melhorada	Avaliar ausculta respiratória diariamente; Elevar a cabeceira do leito; Verificar os sinais vitais de 6/6h; Administrar nebulização com soro fisiológico 0.9% nos intervalos da nebulização com medicamento; Realizar lavagem nasal com soro fisiológico a 0,9%;
Desidratação	Desidratação melhorada	Manter o acesso venoso periférico; Orientar a mãe sobre a manutenção do aleitamento materno em livre demanda; Estimular a ingestão de líquidos de 20 ml no intervalo de cada mamada; Orientar a mãe sobre a importância de a criança ingerir líquidos; Avaliar os sinais de desidratação (pele ressecada, diminuição da diurese, fontanela deprimida);

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
		Atentar para o controle da infusão venosa; Avaliar o controle da diurese (pesar fraldas);
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	Manter a pele limpa e seca; Supervisionar o cuidado com a pele; Avaliar a região afetada diariamente; Orientar a mãe quanto à higiene corporal da criança; Orientar sobre a prevenção de assaduras; Orientar sobre os cuidados com a aplicação e a remoção da pomada na região perianal;
Sono prejudicado	Sono melhorado	Orientar sobre medidas para melhorar o sono, como elevando a cabeceira; Incentivar atividades recreativas durante o dia; Observar o quadro clínico (desconforto e obstrução das vias aéreas); Proporcionar um ambiente calmo e seguro; Orientar a equipe de enfermagem e a mãe para realização da lavagem nasal sempre que as narinas tiverem obstruídas e antes de dormir;
Risco de infecção	Ausência de infecção	Ensinar as medidas protetoras para minimizar o risco de infecção; Instruir sobre os cuidados necessários, como o local da punção para evitar infecção; Realizar punção utilizando técnica asséptica; Avaliar o local do acesso venoso periférico diariamente; Orientar a equipe sobre os cuidados com as técnicas assépticas.

Depois que os dados foram coletados, procedeu-se às seguintes intervenções dirigidas ao binômio criança/mãe ou responsável:

1º dia: Orientada a mãe para manter a pele limpa e seca; orientada a mãe sobre as medidas para melhorar o sono, elevando a cabeceira, por exemplo; incentivadas atividades recreativas durante o dia; avaliada a ausculta respiratória diariamente; administrada a nebulização;

realizada lavagem nasal com soro fisiológico a 0,9% antes da nebulização; ensinadas as medidas protetoras para minimizar o risco de infecção; instruído sobre os cuidados necessários, como o local da punção para evitar infecção; estimulada a ingestão de líquidos de 20 ml no intervalo da mamada; avaliados os sinais de desidratação (pele ressecada, diminuição da diurese, fontanela deprimida); orientada a mãe para manter o aleitamento materno em livre demanda.

2ºdia: Supervisionado o cuidado com a pele; avaliada a região afetada diariamente; proporcionado um ambiente calmo e seguro; avaliada a realização de higiene pessoal da criança; orientado sobre os cuidados com aplicação e remoção da pomada na região perianal; orientada a equipe de enfermagem e a mãe para fazer a lavagem nasal sempre que as narinas estiverem obstruídas e antes de dormir; administrada nebulização com soro fisiológico 0,9% nos intervalos da nebulização com medicação.

3ºdia: Avaliado o local do acesso venoso periférico diariamente; mantido acesso venoso; orientada a mãe sobre a importância de ingestão de líquidos; verificados os sinais vitais; orientada a mãe quanto à higiene corporal da criança; observado o quadro clínico, como desconforto e obstrução das vias aéreas; orientada a equipe quanto aos cuidados com técnicas assépticas.

Avaliação: Depois de feito o planejamento e de serem implementadas as intervenções de enfermagem, foi avaliado o estado de saúde do lactente: Lactente segue com respiração melhorada, poucos episódios de tosse e melhora da coriza; Desidratação melhorada, segue apresentando fontanela normotensa; Integridade da pele melhorada com redução da hiperemia na região perianal, mas permanece com equimose em mão direita; Sono melhorado: segundo a mãe, o lactente não está mais roncando e encontra-se mais disposto durante o dia; Infecção venoso periférico ausente, permanece sem febre sinais flogísticos.

Caso 5:

P.L.S.N. nasceu no dia 27/04/2016, 17 dias de nascido, é do sexo masculino; veio acompanhado de sua genitora D.S.P.M, que é evangélica e cursou o Ensino médio incompleto; procedente de um hospital do município de João Pessoa, foi admitido no HULW/UFPB no dia 14/05/2016. Segundo contou a mãe, o filho estava com diarreia há 10 dias, com fezes líquidas e amareladas, mas não se preocupou, pois, de acordo com sua pesquisa na internet, estava

tudo normal. O marido, ela e a sogra também apresentaram diarreia nesse período, e ela chegou a trocar fraldas do recém-nascido mais de dez vezes por dia. Dias depois, o recém-nascido começou a apresentar “tremores rápidos no lado direito”, e sem saber do que se tratava, levou-o para o hospital. Durante o internamento no outro serviço, o recém-nascido se engasgou quando estava mamando, em seguida, teve uma parada cardiorrespiratória e foi imediatamente atendido pelos profissionais de saúde para os primeiros socorros (SIC). Foi encaminhado para o HULW com quadro de hipocalemia e hiponatremia e diagnosticado com desidratação e convulsão por hiponatremia. Ao exame, com 22 dias, apresentou: **Necessidade de oxigenação:** eupneico (40ipm), tosse seca, murmúrios vesiculares presentes, em ambos os tórax (AHT); **Necessidade de regulação vascular:** perfusão periférica preservada, FC: 160bpm, ritmo cardíaco regular (RCR) em 2T; bulhas cardíacas normofonéticas (BCNF); **Necessidade de nutrição:** estado nutricional normal (P:3.620kg), aleitamento materno exclusivo, não apresentava “boa pega”, mamilo materno com fissuras; **Necessidade de hidratação e regulação hídrica e eletrolítica:**fontanela deprimida, acesso venoso em MSE com hidratação de manutenção; **Necessidade de eliminação:** abdome flácido, regurgitamento depois de cada mamada (SIC), fezes líquidas, troca de fralda mais de seis vezes por dia (SIC), urina com coloração normal; **Necessidade de sono e repouso:** dorme bem (SIC); **Necessidade de exercício e atividade física/mecânica corporal/motilidade:**movimenta todos os membros, força muscular adequada para a idade; **necessidade de cuidado corporal:** higiene corporal preservada, com frequência de um banho no período diurno e asseios sempre que necessário; **Necessidade de integridade física e cutaneomucosa:** hiperemia na região perianal; **Necessidade de regulação térmica:** normotérmica (37°C); **Necessidade de regulação neurológica:**reflexos de sucção,busca, Babinsk, moro, preensão plantar e palmar e marcha adequados para a idade; **Necessidade de regulação imunológica:** calendário vacinal completo para a idade; **Necessidade de segurança/amor e aceitação/gregária:**mãe demonstra apego e cuidados com o recém-nascido.

Quadro 7 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 5 - João Pessoa-PB, 2016.

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Diarreia	Diarreia diminuída	Manter a higiene íntima do recém-nascido; Orientar a mãe sobre as trocas de fraldas; Monitorar a pele perianal para detectar irritações, diariamente; Orientar sobre a higienização das mãos; Avaliar a pele e as mucosas da região genital; Avaliar a frequência e as características das fezes; Avaliar a região afetada, quanto ao aspecto e à coloração diariamente; Orientar a mãe para realizar a higienização com água e sabão, e não, com lenço umedecido; Orientar a mãe sobre os cuidados antes e depois das evacuações; Administrar pomada (vits.A e D) na região afetada; Manter a pele limpa e seca; Supervisionar o cuidado com a pele;
Desidratação	Hidratação melhorada	Realizar o controle do volume líquido infundido; Manter o acesso venoso periférico; Avaliar sinais e sintomas de desidratação (fontanela deprimida, pele ressecada); Avaliar o volume de diurese(pesar fraldas);
Risco de infecção	Ausência de infecção	Orientar medidas protetoras para minimizar o risco de infecção; Monitorar os sinais vitais; Orientar a mãe sobre a importância de lavar as mãos e manter a higiene corporal; Realizar procedimentos utilizando técnica asséptica; Orientar a equipe quanto aos cuidados com técnicas assépticas; Atentar para o controle do volume infundido;
Falta de conhecimento da	Conhecimento da mãe sobre a doença	Orientar a mãe, diariamente, sobre a doença e o tratamento do recém-nascido;

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
mãe sobre a doença e o tratamento	e o tratamento do recém-nascido melhorado	Explicar os procedimentos a serem realizados; Realizar técnica de <i>feedback</i> quanto às orientações sobre o diagnóstico e o tratamento; Esclarecer as dúvidas que surgirem depois da técnica realizada; Orientar a mãe sobre os cuidados com a pega e o posicionamento do RN na amamentação; Orientar a mãe quanto aos sinais indicativos de convulsão; Orientar a mãe quanto aos cuidados com os mamilos.

Depois de coletados os dados, foram realizadas as seguintes intervenções com o binômio criança/mãe ou responsável:

1º dia: Orientada a mãe sobre os cuidados com a pega e o posicionamento do recém-nascido para a amamentação; orientada a mãe para fazer a higienização com água e sabão, e não, com lenço umedecido; orientada a mãe sobre as medidas protetoras para minimizar o risco de infecção; sobre a doença e o tratamento; avaliadas a frequência e as características das fezes; orientada a mãe sobre os cuidados que deveria tomar antes e depois das evacuações; administrada pomada na região afetada; mantido acesso venoso periférico.

2º dia: Avaliado a região afetada com hiperemia quanto ao aspecto e à coloração; monitorados os sinais vitais; explicado a mãe quanto aos procedimentos a serem realizados; orientado para manter a pele limpa e seca; avaliadas as características de desidratação (fontanela deprimida, presença de diurese); realizados procedimentos utilizando a técnica asséptica; orientado a mãe quanto aos sinais indicativos de convulsão; avaliado os sintomas de desidratação (fontanela deprimida, pele ressecada).

3º dia: Supervisionado o cuidado com a pele; orientado a mãe sobre a importância de lavar as mãos e manter a higiene corporal; realizado técnica de *feedback* quanto as orientações sobre diagnóstico e tratamento; esclarecido as dúvidas identificadas após técnica realizada; monitorado a pele perianal para detectar irritações; orientado a equipe quanto aos cuidados com técnicas assépticas.

Avaliação: Depois de feito o planejamento e de implementadas as intervenções de enfermagem, avaliou-se o estado de saúde do recém-nascido, que havia apresentado melhora da diarreia, as fezes estavam pastosas e com frequência normal para a idade, e a hiperemia na região perianal havia sido reduzida; apresenta hidratação melhorada, com fontanela normotensa; sem infecção e sem sinais flogísticos ou flebite no local da punção; o conhecimento da mãe sobre a doença e o tratamento do recém-nascido havia melhorado, e ela falou que estava consciente sobre os cuidados com a pega, os sinais que podem indicar convulsão e as técnicas que devem ser realizadas em caso de engasgo.

Caso 6:

A.B.C.M. nasceu no dia 03.10.2011, tem quatro anos e sete meses, é do sexo feminino e foi para o hospitala acompanhada de sua genitora, M.G.S.C, que cursou até o 2ª ano do Ensino Fundamental, é católica, procedente de um sítio localizado no município de Cuitegi. A criança foi admitida no HU no dia 31/05/2016. Segundo relato da mãe, a filha estava doente há um ano. Começou com uma amigdalite e depois “inchaço no rosto, na barriga e nas pernas”. Ficou sem evacuar durante cinco dias e com pouca diurese, seguida de mal-estar (SIC); foi hospitalizada, apresentou melhora no quadro e retornou para casa. Seis meses depois, surgiram os mesmos sintomas, agora acompanhado de coceira e lesões perto da pálpebra inferior e do nariz. A criança foi internada novamente no hospital em Cuitegi. Passados alguns meses sem sintomas, vinte dias antes da admissão no HULW, ela apresentou quadro de anasarca e surgiram lesões de pele nos membros inferiores, nas nádegas e no couro cabeludo, além de oligúria. Foi encaminhada para o hospital do município de Guarabira com pressão elevada (SIC) e, em seguida, transferida para o HULW/UFPB, diagnosticada com síndrome nefrótica. Ao exame no dia 06/06/2016, apresenta: **Necessidade de oxigenação:** eupneico (FR: 26rpm), murmúrios vesiculares presente em AHT; **Necessidade de regulação vascular:** frequência cardíaca:100 bpm; ritmo cardíaco regular em 2T; bulhas cardíacas normofonéticas; pressão arterial: 100x60 mmHg; edema presente em MMII, sinal de cacifo positivo; **Necessidade de nutrição:** peso (P:17.350kg); boa aceitação alimentar; intolerância alimentar a lactose (SIC); **Necessidade de hidratação e regulação hídrica e eletrolítica:** hidratada, sem acesso venoso periférico; **Necessidade de eliminação:** abdome distendido, globoso; fezes ressecadas com frequência de uma vez por dia (SIC); urina amarelada, “puxado para laranja”(SIC), débito de 250 ml (registro da evolução diurna); **Necessidade de**

sono e repouso: a criança dorme bem (SIC); **Necessidade de exercício e atividade física/mecânica corporal/motilidade:** movimenta todos os membros; força muscular adequada para a idade; segundo a mãe, ela se queixa de “cansaço nas pernas”; **Necessidade de cuidado corporal:** higiene corporal preservada, com frequência de dois banhos diariamente; higiene bucal insatisfatória, com halitose e cáries; **Necessidade de integridade física e cutaneomucosa:** lesões cutâneas nas nádegas, coxas; **Necessidade de regulação térmica:** normotérmica (T: 36°C); **Necessidade de regulação hormonal:** mãe nega doença endócrina; **Necessidade de regulação imunológica:** alergia a poeira e a mofo; calendário vacinal completo para a idade; **Necessidade de regulação do crescimento celular/locomoção:** deambulação sem apoio; **Necessidade de percepção:** criança verbaliza dor “na cabeça, no dente e na barriga”; refere dor ao toque da escova no dente, gritos de dor a palpação do abdome. Depois de uma conversa e de esclarecimentos sobre o procedimento, a criança permitiu a palpação; ela queixou-se de dor na palpação da região inferior do abdome; **Necessidade de segurança/amor e aceitação/gregária:** criança calada, verbalizando falta de familiares, tia, avó e pai; **Necessidade de comunicação/recreação e lazer:** participa das atividades de recreação, quando se sente disposta.

Observação da enfermeira: Mãe relata não ter conhecimento sobre a doença.

Quadro 8 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 6 - João Pessoa-PB, 2016.

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Dor	Dor diminuída	Avaliar a dor, quanto à localização, à frequência e à duração; Ajudar a criança a ficar em posições confortáveis; Avaliar a necessidade de usar analgésico;
Edema	Edema melhorado	Orientar a mãe para coletar urina nas 24h; Verificar o volume de urina sempre que a mãe solicitar; Avaliar o edema diariamente; Atentar para o volume <100ml nas 24h; Orientar a mãe quanto à restrição hídrica (500ml em 24h);

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
		Registrar o volume urinário das últimas 24h; Controlar a PA de 6/6h;
Higiene oral prejudicada	Higiene oral melhorada	Ensinar à criança e à mãe os princípios de uma boa higiene oral; Elogiar a criança ou a mãe em relação à continuidade do cuidado com a higiene oral; Avaliar a higiene oral diariamente; Contatar a dentista para o tratamento das cáries;
Falta de conhecimento da mãe/responsável sobre a doença e o tratamento da criança	Conhecimento da mãe/responsável melhorado sobre a doença e o tratamento da criança	Avaliar a capacidade de aprendizagem da mãe; Orientar a mãe a respeito da doença e do tratamento da criança; Realizar técnica de <i>feedback</i> quanto às orientações sobre diagnóstico e tratamento; Esclarecer as dúvidas da mãe durante o tratamento da criança; Explicar os procedimentos a serem realizados.

Após a coleta de dados foram realizadas as seguintes intervenções junto ao binômio criança/mãe ou responsável:

1º dia: Orientada a mãe a respeito da doença, tratamento da criança; orientada a mãe para coletar a urina nas 24h; avaliada a dor, quanto à localização, à frequência e à duração; avaliada a higiene oral diariamente; avaliado o edema; orientada a mãe quanto ao coletor de urina; realizada a técnica de *feedback* quanto às orientações sobre diagnóstico e tratamento.

2º dia: Orientada a mãe sobre a restrição hídrica (500 ml em 24h); avaliada a necessidade do uso de analgésico; ensinados à criança e à mãe os princípios de uma boa higiene oral; esclarecidas as dúvidas da mãe durante o tratamento da criança; explicados os procedimentos a serem realizados; orientada a mãe para ficar atenta, caso o volume esteja <100ml nas 24h; registrado o volume urinário das últimas 24h (400ml); realizado o controle da PA de 6/6h (100x60 mmHg).

3º dia: Avaliada a capacidade de aprendizagem da mãe durante o tratamento da criança; auxiliado a criança para ficar em posições confortáveis; realizado elogios a criança ou a mãe

em relação à continuidade do cuidado com a higiene oral; verificado volume de urina sempre que a mãe solicitar; contatada a dentista para o tratamento das cáries.

Avaliação: Depois de feito o planejamento e implementadas as intervenções de enfermagem, foi avaliado o estado de saúde da criança: dor diminuída. Relatou que a dor “some e volta” na região abdominal, mas “a da cabeça passou”; edema reduzido; a criança está urinando normal, apesar de a urina continuar com coloração escura, alaranjada/marrom; a pressão arterial normalizou, em média, 90x60mmHg; Criança apresenta higiene oral melhorada, com ausência de halitose, mas segue com dor no dente devido à cárie; Conhecimento da mãe melhorado sobre a doença e o tratamento da criança: ela afirma que compreende o que é a doença, os motivos do surgimento de alguns sintomas e os cuidados que deverão ser tomados.

5.2.2 Avaliação dos estudos de casos

Foram identificados dezessete diagnósticos de enfermagem, o que corresponde a 24,3% dos que foram validados, dos quais, quatorze são negativos (‘Diarreia’, ‘Desidratação’, ‘Intolerância alimentar’, ‘Falta de conhecimento’ (especificar), ‘Mobilidade física prejudicada’, ‘Integridade da pele prejudicada’, ‘Apetite prejudicado’, ‘Respiração prejudicada’, ‘Sono prejudicado’, ‘Hipertermia’, ‘Higiene oral prejudicada’, ‘Atividades de recreação interrompida’, ‘Dor’, ‘Edema’), dois diagnósticos positivos (‘Higiene corporal preservada’, ‘Sono preservado’) e um diagnóstico de risco (‘Risco de infecção’). A partir dos diagnósticos, elaborou-se um planejamento dos cuidados de enfermagem para a realização das intervenções de enfermagem. Para cada diagnóstico, foi elencado um resultado esperado.

Considerando a relação entre os diagnósticos de enfermagem identificados e as Necessidades Humanas Básicas, observou-se que o maior número é referente ao nível psicobiológico, com 15 diagnósticos, que foram identificados nas Necessidades de oxigenação (‘Respiração prejudicada’ (33,3%)), Hidratação (‘Desidratação’ (50,0%), ‘Edema’ (16,7%)), Nutrição (‘Apetite prejudicado’ (16,7%), Intolerância alimentar (16,7%), Eliminação (‘Diarreia’ (33,3%)), Sono e repouso (‘Sono prejudicado’ (33,3%), ‘Sono preservado’ (16,7%)), Exercício e atividade física/mecânica corporal/motilidade (‘Mobilidade física prejudicada’ (16,7%)), Cuidado corporal (‘Higiene oral prejudicada’ (33,3%), ‘Higiene corporal preservada’ (16,7%)), Integridade física e cutaneomucosa (‘Integridade da pele

prejudicada' (33,3%)), Regulação térmica ('Hipertermia' (16,7%)), Regulação imunológica ('Risco de infecção' (66,7%)) e Percepção ('Dor' (16,7%)), seguido de dois diagnósticos no nível psicossocial, detectados nas Necessidades de educação para a saúde/aprendizagem ('Falta de conhecimento da mãe/responsável sobre a doença e o tratamento' (66,6%))e Recreação e lazer, Criatividade ('Atividades de recreação interrompida' (16,7%)).

Tabela 1: Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas identificadas nas crianças de zero a cinco anos na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB - João Pessoa-PB, 2016.

Necessidades humanas básicas	Diagnósticos de enfermagem	F	%
Necessidades psicobiológicas			
Oxigenação	Respiração prejudicada	2	33,3%
Hidratação	Desidratação	3	50,0%
	Edema	1	16,7%
Nutrição	Apetite prejudicado	1	16,7%
	Intolerância alimentar	1	16,7%
Eliminação	Diarreia	2	33,3%
Sono e repouso	Sono prejudicado	2	33,3%
	Sono preservado	1	16,7%
Exercício e atividade física/mecânica corporal/motilidade	Mobilidade Física prejudicada	1	16,7%
Cuidado corporal	Higiene oral prejudicada	2	33,3%
	Higiene corporal preservada	1	16,7%
Integridade física e cutaneomucosa	Integridade da pele prejudicada	2	33,3%
Regulação térmica	Hipertermia	1	16,7%
Regulação imunológica	Risco de infecção	4	66,7%

Necessidades humanas básicas	Diagnósticos de enfermagem	F	%
Percepção	Dor	1	16,7%
Necessidade psicossocial			
Educação para a saúde/aprendizagem	Falta de conhecimento da mãe/responsável sobre a doença e o tratamento	4	66,7%
Recreação e lazer, criatividade	Atividades de recreação interrompida	1	16,7%

Importante ressaltar que não foram encontrados diagnósticos de enfermagem no nível psicoespiritual, pelo fato de as crianças com idades de zero a cinco anos não apresentarem grau significativo de assimilação da religiosidade/espiritualidade, tendo em vista que apenas foram iniciadas em uma educação religiosa. Nessa perspectiva, a capacidade avaliativa do enfermeiro deverá ser voltada para a mãe/responsável. Nos estudos de caso apresentados, o estado geral das crianças era estável, portanto não foi possível identificar nenhum indicador relativo a essa necessidade nem diagnóstico nesse nível. Para que isso seja possível, é necessário estabelecer uma relação mais prolongada com o acompanhante.

Para esses diagnósticos, prescreveram-se 164 intervenções de enfermagem. Foram descartadas as que se repetiram e restaram 113, com uma média de 6.6 intervenções por conceito diagnóstico, das quais 61 intervenções, o que corresponde a 54,5%, fazem parte da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB para a Clínica Pediátrica.

Quadro 9: Intervenções de enfermagem planejadas e implementadas nos estudos de casos. João Pessoa-PB, 2016.

Intervenções de enfermagem	F
Administrar pomada (mupirocina) no local da lesão abertas;	1
Administrar AGE (ácidos graxos essenciais) nos locais das lesões com crostas e na cicatrização das lesões;	1
Administrar compressas frias, se a temperatura não ceder;	1
Administrar nebulização com soro fisiológico nos intervalos da nebulização com	1

medicamento;	
Administrar nebulização;	1
Administrar pomada (Vits.A e D) na região afetada;	1
Ajudar a criança a ficar em posições confortáveis;	1
Arejar o ambiente;	1
Atentar para o volume<100ml nas 24h;	1
Atentar para o controle da infusão venosa;	1
Atentar para o controle do volume infundido;	1
Avaliar a capacidade de aprendizagem da mãe;	2
Avaliar a capacidade de participação da criança nas atividades disponíveis;	1
Avaliar a dor, quanto à localização, à frequência e à duração;	1
Avaliar a higiene oral diariamente;	1
Avaliar a necessidade do uso de analgésico;	1
Avaliar a realização de higiene pessoal da criança;	1
Avaliar a região afetada, diariamente;	1
Avaliar a região afetada, quanto ao aspecto e à coloração, diariamente;	1
Avaliar após a realização da higiene oral;	1
Avaliar as características das lesões, diariamente;	1
Avaliar as características do odor bucal;	1
Avaliar as limitações atuais e a gravidade do déficit, considerando as atividades diárias da criança;	1
Avaliar a ausculta respiratória diariamente;	1
Avaliar a frequência e as características das fezes;	2
Avaliar o edema diariamente;	1
Avaliar o local do acesso venoso periférico diariamente;	3
Avaliar o volume de diurese(pesar fraldas).	3
Avaliar os cuidados de higiene.	1
Avaliar os sinais de desidratação (pele ressecada, diminuição da diurese, fontanela deprimida).	1
Avaliar a pele da mucosa nasal, diariamente.	1
Avaliar a pele e as mucosas da região genital.	2
Avaliar quadro o clínico, como desconforto e obstrução das vias aéreas, diariamente.	1
Avaliar sinais e sintomas de desidratação (fontanela deprimida, pele ressecada).	2
Contatar a dentista para o tratamento das cáries.	1
Contatar a fisioterapeuta para discutir sobre os cuidados com a criança.	1

Contatar a nutricionista para avaliar a dieta da criança.	2
Controlar a pressão arterial de 6/6h.	1
Detectar os fatores que contribuem para prejudicar a mobilidade;	1
Elevar a cabeceira do leito;	2
Elogiar a criança ou a mãe em relação à continuidade do cuidado com a higiene oral;	1
Elogiar a mãe sobre os cuidados com a higienização;	1
Elogiar a mãesobre aos cuidados com o sono da criança;	1
Ensinar à criança e à mãe os princípios de uma boa higiene oral;	2
Ensinar à mãe medidas protetoras para minimizar o risco de infecção;	4
Esclarecer as dúvidas da mãe durante o tratamento da criança;	2
Esclarecer as dúvidas identificadas após técnica realizada;	2
Estimular a hidratação, oferecendo copos com 100 ml de água;	1
Estimular a ingestão de líquidos de 20 ml no intervalo de cada mamada;	1
Estimular a ingestão de líquidos de 30 a 50 ml nos intervalos da dieta;	1
Estimular a ingestão de líquidos, oferecendo copos de 50-100ml;	1
Estimular a participação nas atividades recreativas oferecidas, pelo menos, duas vezes ao dia;	1
Explicar os procedimentos a serem realizados;	4
Incentivar a deambulação dentro dos limites da criança;	1
Incentivar a mãe a continuar a higienização;	1
Incentivar atividades recreativas durante o dia;	2
Instalar a medicação para infundir em 2h;	1
Instruir sobre os cuidados necessários com o local da punção para evitar infecção;	3
Manter a higiene íntima do lactente;	2
Manter a pele limpa e seca;	3
Manter acesso venoso periférico;	3
Manter um ambiente calmo e seguro durante o repouso e do sono;	1
Monitorar a pele perianal para detectar irritações e úlceras, diariamente;	2
Monitorar os sinais vitais;	1
Observar quadro clínico (desconforto e obstrução das vias aéreas);	1
Orientar a equipe a deixar a criança brincar nos intervalos das fases do soro;	1
Orientar a equipe sobre a supervisão da dieta complementar;	1
Orientar a equipe de enfermagem e a mãe para realização da lavagem nasal sempre que as narinas estiverem obstruídas e antes de dormir;	1
Orientar a equipe quanto aos cuidados com técnicas assépticas;	4

Orientar a mãe a identificar quanto aos possíveis alterações de consciência;	1
Orientar a mãe a manter a criança com roupa;	1
Orientar a mãe a respeito da doença e do tratamento da criança;	4
Orientar a mãe a utilizar estratégias de aceitação do leite (fórmula infantil) (copinho, seringa);	1
Orientar a mãe a utilizar estratégias que facilitem a alimentação (contar histórias);	1
Orientar a mãe sobre as medidas para melhorar o sono, exemplo: elevação da cabeceira;	2
Orientar a mãe sobre os cuidados com a pega e o posicionamento do RN para amamentação;	1
Orientar a mãe para a higienização nasal da criança;	1
Orientar a mãe para coletar urina nas 24h;	1
Orientar a mãe para que as refeições não ocorram logo depois de um procedimento desagradável (punção venosa ou seções de fisioterapia);	1
Orientar a mãe para realizar a higienização com água e sabão, e não, com lenço umedecido;	1
Orientar a mãe quanto a higiene corporal da criança;	1
Orientar a mãe quanto a restrição de alimentos com lactose;	1
Orientar a mãe quanto a restrição hídrica (500ml em 24h);	1
Orientar a mãe quanto aos cuidados com os mamilos;	1
Orientar a mãe quanto aos sinais indicativos de convulsão;	1
Orientar a mãe sobre a importância da dieta para a recuperação do estado de saúde da criança;	2
Orientar a mãe sobre a importância da ingestão de líquidos;	2
Orientar a mãe sobre a lavagem das mãos e a manutenção da higiene corporal e oral da criança;	2
Orientar a mãe sobre a manutenção do aleitamento materno em livre demanda;	1
Orientar a mãe sobre os cuidados com as lesões;	2
Orientar quanto à necessidade de escovação dos dentes;	1
Orientar quanto aos cuidados antes e depois das evacuações;	1
Orientar a mãe quanto às trocas de fraldas;	2
Orientar sobre a higienização das mamadeiras, diariamente;	1
Orientar sobre a higienização das mãos;	2
Orientar sobre a importância da alimentação para a criança;	1
Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório;	1
Orientar sobre os cuidados com a aplicação e remoção da pomada na região perianal;	1
Orientar sobre a prevenção de assaduras;	1

Proporcionar um ambiente calmo e seguro;	2
Realizar higiene bucal com água bicarbonatada;	1
Realizar lavagem nasal com soro fisiológico a 0,9%, antes da nebulização;	2
Realizar procedimentos utilizando técnica asséptica;	4
Realizar o controle do volume de líquido infundido;	1
Realizar técnica de <i>feedback</i> quanto às orientações sobre o diagnóstico e o tratamento;	4
Registrar o volume urinário das últimas 24h;	1
Supervisionar a ingestão da dieta complementar;	1
Supervisionar o cuidado com a pele;	3
Verificar a temperatura 30 minutos depois da administração de antitérmico;	1
Verificar o peso uma vez por semana;	1
Verificar os sinais vitais de 6/6h;	1
Verificar PA antes, durante e depois da infusão de metilpredisolona;	1
Verificar o volume de urina sempre que a mãe solicitar;	1

Um dos diagnósticos mais frequentes nos estudos de caso foi o **Risco de infecção**, que se caracteriza por vulnerabilidade à invasão e à multiplicação de microrganismos patogênicos, decorrente de lesões na pele, alteração no pH das secreções, diminuição de hemoglobina, imunossupressão, leucopenia, vacinação inadequada, desnutrição e procedimentos invasivos.

Quando em processo de hospitalização, a criança fica mais vulnerável aos riscos de infecções, devido aos procedimentos invasivos para o tratamento terapêutico (SILVA et al., 2014), e a punção venosa periférica é o procedimento mais comum e mais complexo e aumenta as chances do risco de infecção (MODES et al., 2011) e a entrada de agentes infecciosos na corrente sanguínea. Nos recém-nascidos, o grau do risco aumenta por apresentarem fragilidade nas barreiras de proteção, como a pele e a mucosa, assim como do sistema imunológico, que, na faixa etária de zero a cinco anos não está completo (DINIZ; FIGUEREDO, 2014).

Nos estudos de caso apresentados nesta pesquisa, o risco de infecção está relacionado à infecção de corrente ou sanguíneo, mas não foi possível denominar de forma específica por não ser um diagnóstico validado da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB para a Clínica Pediátrica. Por essa razão, sugere-se que, no diagnóstico de “risco de infecção”, seja incluído o termo “especificar”, visto que a criança pode apresentar vários riscos de infecção. Então, especificar esse diagnóstico é necessário para direcionar a assistência de enfermagem.

Para esse diagnóstico, foram planejadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: atentar para o controle do volume infundido; avaliar a realização de higiene pessoal da criança; avaliar o local do acesso venoso periférico diariamente; ensinar as medidas protetoras para minimizar o risco de infecção; instalar a medicação para infundir em 2h; instruir sobre os cuidados necessários, como o local da punção, para evitar infecção; monitorar os sinais vitais; orientar a equipe quanto aos cuidados com técnicas assépticas; orientar a mãe sobre a importância de lavar as mãos e manter a higiene corporal; realizar procedimentos utilizando técnica asséptica; fazer punção utilizando técnica asséptica e verificar a PA antes, durante e depois da infusão de metilpredisolona. Observou-se que as crianças que apresentavam risco de infecção, até o final do estudo, não apresentaram sinais ou sintomas de infecção.

O diagnóstico de enfermagem **Falta de conhecimento da mãe sobre a doença e o tratamento**, definido como deficiência de informação relacionada a algo, caracterizado pela falta de adesão para promover, recuperar e reabilitar a saúde do paciente, conhecimento inadequado sobre maternidade, hospitalização da criança e tratamento terapêutico, comportamentos inapropriados, como de distração, dificuldade de aprender, baixa escolaridade e falta de vontade de aprender, foi um dos mais constantes nos estudos de caso.

A falta de informações precisas e pertinentes sobre o estado de saúde da criança é uma das questões que mais afligem as mães e eleva o grau de ansiedade e de estresse (FIGUEIREDO et al., 2013). Apesar das mudanças do cotidiano no cuidado de enfermagem nas unidades pediátricas, depois que a família é inserida (MIRANDA et al., 2015) no contexto hospitalar, a assistência a ela ainda é pouco executada (SAMPAIO; ANGELO, 2015).

A mãe/responsável deve compreender o significado da doença do filho, os procedimentos que serão realizados, sua progressão clínica e as condutas para ajudar à equipe com o intuito de melhorar a saúde da criança. No entanto, elas relatam que muitos profissionais não estão completamente disponíveis para escutar e esclarecer suas dúvidas (FIGUEREDO et al., 2013). O estudo de Silva, Santos e Cintra (2009) reafirma que os profissionais que dão mais informações são os médicos (53,2%), e somente 29,9% da equipe de enfermagem informam as mães sobre o estado de saúde da criança. Esse quantitativo da equipe de enfermagem mostrou-se preocupante, porque a Enfermagem deve ter um cuidado direto com o binômio mãe e filho.

Nos estudos de caso, a falta de conhecimento da mãe sobre a doença e o tratamento também estava associada a outros fatores, como a baixa escolaridade e o fator

socioeconômico. Somente uma concluiu o ensino superior, três cursaram o ensino médio incompleto, uma concluiu o ensino médio, e outra cursou a 2º ano do ensino fundamental.

Para esse diagnóstico, foram planejadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: avaliar a capacidade de aprendizagem da mãe; esclarecer as dúvidas da mãe sobre a doença e o tratamento da criança; esclarecer as dúvidas que surgirem depois da técnica realizada; explicar os procedimentos a serem realizados; orientar a mãe sobre os cuidados com a pega e o posicionamento do RN para a amamentação; orientar a mãe quanto aos cuidados com os mamilos; orientar a mãe sobre os sinais indicativos de convulsão; orientar a mãe sobre a doença e o tratamento da criança; empregar a técnica de *feedback* quanto às orientações sobre o diagnóstico e o tratamento. Após a implementação, as mães apresentaram conhecimento melhorado sobre a doença e o tratamento da criança e demonstraram que compreenderam a doença, o tratamento, os cuidados e os procedimentos a serem realizados.

O diagnóstico de enfermagem **Desidratação** foi um dos mais frequentes nos estudos de caso. Trata-se de um distúrbio hídrico e eletrolítico corporal que ocorre quando a eliminação total de líquidos excede a ingestão total, apresenta níveis leve, moderado e grave. Manifesta-se com a perda de peso, alterações tegumentares, pele e membranas mucosas ressecadas, depressão das fontanelas, resposta reduzida a estímulos, preenchimento capilar prolongado, frequência cardíaca alterada, sinais de falha circulatória, perda de apetite, alterações nos hábitos de ingestão, globo ocular encovado, alterações na cor e na temperatura da pele, redução ou falta de lacrimejamento, salivação e diminuição da diurese, alteração na temperatura corporal, taquipneia, hiperpneia nos níveis mais graves, fraqueza, irritabilidade, que progride para letargia e, até mesmo, inconsciência.

As crianças, principalmente os recém-nascidos e os lactentes, apresentam mais suscetibilidade de ser acometidas pelo desequilíbrio hidroeletrolítico, pelo fato de apresentarem uma porção de líquido extracelular maior em relação ao líquido intracelular, o que favorece a imediata perda de fluido corporal (COLLET et al., 2010). A desidratação nas crianças, na maioria das vezes, provém, de diarreia, vômitos, cetoacidose diabética ou queimaduras (LAMMERT; WILSON; WILSON, 2014).

Para o referido diagnóstico, foram planejadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: controlar o volume de líquido infundido; atentar para o controle da infusão venosa; avaliar o controle da diurese (pesar fraldas); avaliar os sinais de desidratação (pele ressecada, diminuição da diurese, fontanela deprimida); avaliar sinais e

sintomas de desidratação (fontanela deprimida, pele ressecada); estimular a ingestão de líquidos de 20 ml no intervalo de cada mamada; estimular a ingestão de líquidos de 30 a 50 ml nos intervalos da dieta; manter o acesso venoso periférico; orientar a mãe sobre a importância de ingestão de líquidos; orientar a mãe sobre a manutenção do aleitamento materno em livre demanda. Depois dessas intervenções, todas as crianças apresentaram hidratação melhorada, apenas uma continuou usando hidratação oral.

O diagnóstico de **Diarreia** tem como características específicas a eliminação de fezes, líquidas ou pastosas, acompanhada de cólicas, dores abdominais, aumento dos ruídos intestinais, mais de três evacuações de fezes líquidas em 24 horas e urgência intestinal. É uma das principais causas de internações hospitalares em crianças, especialmente nos países em desenvolvimento, e é mais prevalente nas crianças com menos de cinco anos. Nas com menos de um ano, aparece como fator contribuinte do índice de mortalidade (MASUKAWA et al., 2015). Em razão do sistema imunológico em desenvolvimento, as crianças dessa faixa etária apresentam menos resistência aos elementos patogênicos da diarreia (SOUSA et al., 2013). Conforme a Organização Mundial de Saúde, a diarreia é a segunda maior causa de óbito na infância, o que corresponde a 1,5 milhões de óbitos infantis de até cinco anos de idade (UNICEF; HOW, 2009), e considerada um grande problema de saúde pública.

Esse diagnóstico é resultado de alterações no equilíbrio hidroeletrólítico intestinal (LAMMERT; WILSON; WILSON, 2014), evidenciado pelo aumento repentino de evacuações e alterações na consistência e na cor das fezes e pode ser acompanhada de muco ou sangue. Na maioria dos casos, apresentam-se sintomas de dor abdominal, febre e vômito (SOUZA et al., 2013). Seu aparecimento pode estar relacionado ao nível socioeconômico dos pais, às situações de saneamento básico e de moradia, às estações do ano e às regiões brasileiras (OJEDA et al., 2013). É mais frequente no Nordeste e no Norte, condições de higiene ou alimentos contaminados.

Foram planejadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem para esse diagnóstico: administrar pomada (vits.A e D) na região afetada; avaliar a região afetada, quanto ao aspecto e a coloração diariamente; avaliar a frequência e as características das fezes; avaliar a pele e as mucosas da região genital; manter a higiene íntima do lactente/recém-nascido; manter a pele limpa e seca; monitorar a pele perianal para detectar irritações e úlceras, diariamente; orientar a mãe para fazer a higienização com água e sabão, e não, com lenço umedecido; orientar sobre os cuidados antes e depois das evacuações; orientar quanto às trocas de fraldas; orientar sobre a higienização das mamadeiras diariamente; orientar sobre a

higienização das mãos; supervisionar o cuidado com a pele e verificar o peso uma vez por semana. Depois da implementação, as crianças com esse diagnóstico apresentaram uma melhora da diarreia, contudo as fezes continuaram pastosas e com frequência normal para a idade. No outro caso, diarreia diminuída, de sete para quatro episódios, também seguindo com fezes pastosas.

O diagnóstico **Integridade da pele prejudicada**, que ocorre quando a epiderme e/ ou a derme se danifica devido a perfuração ou fricção da pele, imobilidade no leito, ferida cirúrgica, umidade, alterações no turgor e/ou na pigmentação da pele, circulação prejudicada, prurido, eritema e lesões na pele, também foi identificado nos estudos de caso.

Sabe-se que a pele, principalmente a dos recém-nascidos, é mais delicada e aponta imaturidade em suas camadas, o que contribui para que haja mais riscos de manifestação de agentes patogênicos (DINIZ; FIGUEREDO, 2014). As lesões por dermatite de fralda são mais comuns nas crianças menores de dois anos, período em que elas usam fralda quase todo o tempo. Observa-se que a demora da troca de fraldas e o contato da urina com a pele intensificam as ações dos agentes irritantes, que são causadores das alterações na pele (AQUINO; CHIANCA; BRITO, 2012).

Foram planejadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem para esse diagnóstico: administrar AGE (ácidos graxos essenciais) nos locais das lesões com crostas e nas áreas em cicatrização; administrar pomada prescrita no local da lesão aberta; avaliar a região afetada diariamente; avaliar as características das lesões diariamente; estimular a hidratação, oferecendo copos com 100 ml de água; manter a pele limpa e seca; orientar a mãe quanto à higiene corporal da criança; orientar a mãe sobre a lavagem das mãos e a manutenção da higiene corporal e oral da criança; orientar a mãe sobre os cuidados com as lesões; orientar sobre os cuidados com aplicação e remoção da pomada na região perianal; orientar sobre a prevenção de assaduras e supervisionar o cuidado com a pele. Depois de feitas as intervenções, as crianças apresentaram integridade da pele melhorada.

O diagnóstico de enfermagem **Higiene oral prejudicada**, definido como ausência de hábitos de higienização bucal, caracterizada por halitose, presença de cárie dentária, falta de cuidado bucal, presença de aftas e placas esbranquiçadas, também foi identificado no estudo de caso.

O processo de internação modifica toda a estrutura da criança, e as alterações nos hábitos rotineiros desfavorecem a higiene oral. O ambiente hospitalar, juntamente com as

modificações nos horários de alimentação, alterações nos costumes e nos modos alimentares, a inserção medicamentosa e os incômodos causados pela doença são fatores que contribuem para que a higiene oral não seja reconhecida como um cuidado prioritário (LIMA et al., 2016).

Nas crianças com idades de zero a cinco anos, os responsáveis por manter a higienização satisfatória são seus cuidadores ou familiares. Por essa razão, é fundamental que entendam a importância e os cuidados necessários para uma boa higienização (DEMARI et al., 2016), visto que, nessa idade, a criança não tem uma visão de autocuidado eficiente. Apesar disso, uma parte delas tende a querer fazer a própria higienização oral, por se considerar independentes.

Em um estudo dos casos, a criança de quatro anos e sete meses fazia sua higienização oral, porque a mãe não tinha consciência da importância do cuidado bucal. Como consequência, ela apresentava cáries nos dentes e halitose. Segundo estudo de Demari et al. (2016), 50,9% dos responsáveis pela criança demonstravam não saber o valor e a relevância de uma boa higienização oral por falta de aproximação dos profissionais de saúde, e 32,7% disseram que as crianças escovavam os dentes sozinhas. É essencial que os profissionais de saúde se comuniquem com a família, porquanto uma higienização eficaz mantém o controle microbiológico na região da boca e minimiza o surgimento de placas bacterianas (BUSANELLO et al., 2015).

Para esse diagnóstico, foram planejadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: avaliar a higiene oral diariamente; avaliar depois da higiene oral; avaliar as características de odor bucal; contatar o/a dentista para o tratamento das cáries; elogiar a criança ou a mãe em relação à continuidade do cuidado com a higiene oral; ensinar à criança e à mãe os princípios de uma boa higiene oral; orientar sobre a necessidade de escovar os dentes e fazer a higiene bucal com água bicarbonatada. Depois de feitos esses procedimentos, as crianças apresentaram higiene oral melhorada, com ausência de halitose, e as mães relataram conhecimento sobre os cuidados de higienização.

Outro diagnóstico identificado neste estudo de caso foi o **Sono prejudicado**, definido como interrupções limitadas pelo tempo da quantidade e da qualidade do sono decorrente de fatores externos/ou internos, como não se sentir descansado, dificuldade de adormecer, ambiente desfavorável, sensação de noite mal dormida, indisposição para as atividades cotidianas e pesadelos.

O processo de hospitalização provoca na criança situações inesperadas, como insegurança, medo e alterações na alimentação e no sono. Nas crianças em situações mais graves, a desordem do sono habitual pode favorecer mais complicações. As mudanças no sono das crianças hospitalizadas afetam o processo de crescimento e desenvolvimento, favorece a falta de concentração no aprendizado e de memorização e, conseqüentemente, interfere em sua saúde (SOUZA; VIVIANI, 2014).

O ambiente hospitalar também pode comprometer o padrão de sono regular da criança devido aos ruídos hospitalares, às luzes acesas, aos desconfortos, à ansiedade, entre outros (COSTA; CEOLIM, 2013). Os cuidados de enfermagem e os procedimentos realizados com a criança, no momento do sono, são outros fatores que prejudicam a qualidade do sono e dificultam o adormecer da criança, depois que são realizados, e a irritam. Por isso, recomenda-se que a equipe espere que ela acorde para efetivar as devidas intervenções (SOUZA; VIVIANI, 2014).

Para esse diagnóstico, foram planejadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: incentivar atividades recreativas durante o dia; proporcionar um ambiente calmo e seguro; orientar a equipe de enfermagem e a mãe para fazer a lavagem nasal sempre que as narinas tiverem obstruídas e antes de dormir; orientar a mãe sobre as medidas para melhorar o sono, por exemplo: elevar a cabeceira; incentivar atividades recreativas durante o dia; avaliar o quadro clínico, para verificar se há desconforto e obstrução das vias aéreas diariamente; proporcionar um ambiente calmo e seguro. Depois de feitas as intervenções de enfermagem, o sono das crianças melhorou, e uma das mães relatou que a criança ficou mais disposta durante o dia.

O diagnóstico de enfermagem **Respiração prejudicada** tem como características específicas o processo de inspirar ou expirar que proporciona ventilação inadequada e resulta em ventilação-minuto diminuída, alteração da frequência respiratória, do ritmo respiratório e da profundidade respiratória, batimentos das asas do nariz, dificuldade de sugar o seio, de se alimentar e de deglutir, também foi encontrado nos estudos de caso. A obstrução nasal, característica encontrada nas crianças do estudo, dificulta a entrada e/ou a saída normal do ar pelas vias aéreas, que passa a acontecer por via oral, e modifica toda a mecânica respiratória.

As crianças com menos de cinco são muito vulneráveis a desenvolver problemas respiratórios, visto que esse sistema ainda está em processo de desenvolvimento. Em razão disso, os problemas respiratórios são considerados frequentes na infância e aumentam a morbimortalidade nessa faixa etária (PASCOAL et al., 2015). Os diagnósticos referentes ao

sistema respiratório necessitam de atenção e de cautela nos cuidados prestados, por que requerem a necessidade de oxigenação, que é indispensável para a vida (ANDRADE et al., 2012).

Para esse diagnóstico, foram planejadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: administrar nebulização com soro fisiológico nos intervalos da nebulização com medicamento; administrar nebulização; avaliar a ausculta respiratória diariamente; contatar a fisioterapeuta para discutir sobre os cuidados com a criança; elevar a cabeceira do leito; estimular a ingestão de líquidos, oferecendo copos de 50-100 ml; orientar a mãe a manter a criança com roupa; orientar a mãe sobre a higienização nasal da criança; realizar lavagem nasal com soro fisiológico a 0,9%, antes da nebulização; verificar os sinais vitais de 6/6h. Depois que as intervenções de enfermagem foram executadas, a respiração das crianças melhorou.

Os estudos de casos para a validação dos diagnósticos/ resultados de enfermagem e suas definições, baseados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, contribuíram para se aprimorar o processo de enfermagem aplicado a crianças na faixa etária de zero a cinco anos, na Clínica Pediátrica, e para auxiliar o planejamento da assistência de enfermagem de forma mais precisa, clara e fácil, individualizando o cuidado. Com esses casos, também foi possível direcionar os problemas de enfermagem de acordo com as necessidades básicas de cada criança, elencar os diagnósticos visando compreender seu significado, elaborar o planejamento das intervenções, implementar tais intervenções de acordo com as necessidades diárias de cada binômio, na perspectiva de promover um cuidado eficiente e eficaz, avaliar o binômio e verificar se os resultados esperados foram alcançados.

O desenvolvimento dos estudos de casos colabora para melhorar o processo de qualificação assistencial da equipe de enfermagem e enriquece o conhecimento científico, por meio da prática assistencial e efetiva da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da Clínica Pediátrica, que é sobremaneira importante para uma assistência individualizada e integral ao binômio mãe/responsável-filho durante o processo de hospitalização, em especial, para as crianças de zero a cinco anos. Contribui, ainda, para documentar a prática de enfermagem na assistência à criança, utilizando uma linguagem padronizada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de hospitalização vem passando por constantes mudanças para se adaptar à criança, com o objetivo de aprimorar o cuidado e de melhorar a qualidade assistencial e promover bem-estar a essa clientela. O cuidado dispensado à criança era centrado na doença, porém, atualmente, seus conceitos teóricos são direcionados ao cuidado integral, ou seja, a assistência à criança visa necessidades biopsicossociais e espirituais e ao núcleo familiar. Apesar disso, ainda há lacunas e barreiras que dificultam essa ideia. Dentre os obstáculos para esse cuidado integral, destaca-se a aplicação do processo de enfermagem de forma correta e efetiva, a qual é considerada como um método para nortear um cuidado satisfatório.

Estudos foram e ainda são realizados para clarificar e simplificar a aplicabilidade do processo e a assistência de enfermagem, no entanto, poucos são empregados na realidade prática. Nesse contexto, surge a necessidade de validar esses estudos para que sejam aplicados na prática com segurança, na perspectiva de aperfeiçoar o cuidar e a linguagem, para que os profissionais da área de Enfermagem possam compreendê-los com mais facilidade. Vale ressaltar que, na Enfermagem, a validação de estudos está em constante crescimento, visando inserir a prática das pesquisas desenvolvidas.

Nessa perspectiva, foram realizados na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e em outras clínicas do serviço vários estudos, com o objetivo de contribuir para operacionalizar o processo de enfermagem e implementar a assistência de enfermagem. A junção de alguns desses estudos culminou com a criação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem para as Unidades Clínicas do Hospital Universitário da UFPB. Contudo, era preciso tornar esses enunciados de diagnósticos de enfermagem de fácil compreensão para elaborar o processo de raciocínio diagnóstico. Assim, validar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na faixa etária de zero a cinco anos, hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, passou a ser uma necessidade para contribuir bem mais com a SAE. Para tanto, inicialmente, foram desenvolvidas definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura e, em seguida, feita a validação clínica da Nomenclatura, fundamentada nos pressupostos teóricos das Necessidades Humanas Básicas, a qual contribui com o olhar da integralidade do cuidado voltado para a criança.

Os objetivos propostos na pesquisa foram alcançados. Contudo, houve limitações para o estudo, como o tempo da coleta, a greve, a reforma da Pediatria, a mudança de local da clínica pediátrica, a limitação de leitos, a redução da quantidade de crianças com idades de zero a cinco anos no tempo da coleta e a não aceitação de algumas mães para participar do estudo. No primeiro momento, procedeu-se à validação do conteúdo, elaborando as definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura. Quando os diagnósticos de enfermagem passaram pelo processo de validação do tipo consenso, constatou-se que 55,6% deles foram validados. No segundo momento, foi feita a validação clínica da Nomenclatura, por meio de seis estudos de caso que seguiu as fases do processo de enfermagem, e identificou-se que 24,3% dos diagnósticos foram validados. O estudo revelou, ainda, que 54,5% das intervenções de enfermagem utilizadas nos estudos de caso fazem parte das intervenções presentes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB para a Clínica Pediátrica.

Os quantitativos identificados na pesquisa são relevantes para o estudo, porquanto retratam que mais da metade dos conceitos de diagnósticos presentes na Nomenclatura foram validados, e quando testados na prática de enfermagem, provam que são aplicáveis às crianças com idades de zero a cinco anos atendidas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB. Quanto às intervenções, os dados apontaram que grande parte das intervenções de enfermagem da Nomenclatura é utilizada na prática, e isso contribui para que o cuidado com a criança seja eficaz, seguro e de boa qualidade.

Os estudos de caso trouxeram consideráveis contribuições para a Enfermagem, visto que colaboram para aprimorar o processo de enfermagem em crianças de zero a cinco anos, dando visibilidade às etapas do processo de enfermagem quando aplicado de forma correta. A validação da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da Clínica Pediátrica para as crianças de zero a cinco anos alicerça a aplicação da CIPE® na prática assistencial, contribui para a utilização de uma linguagem padronizada com definições de enunciados de diagnósticos de enfermagem relacionados à prática assistencial e facilita o processo de raciocínio diagnóstico do profissional enfermeiro, porque os conceitos são avaliados considerando-se a realidade da assistência. Por conseguinte, o estudo também colabora com a documentação da prática de enfermagem na assistência à criança, visto que propõe uma linguagem padronizada, que os profissionais da Enfermagem podem compreender, para que seu entendimento e sua utilização sejam universais.

Assim, considerando todos os aspectos abordados neste estudo, entende-se que ele deve ser aplicado na Clínica Pediátrica do HULW/PB, poderá dar continuidade a outras pesquisas, com as outras faixas etárias da criança e adolescente, a fim de estar em constante refinamento para proporcionar a essa clientela uma assistência de boa qualidade. Além do mais, poderá servir como modelo para outros estudos de validação.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.Z.C.; CHAVES, D.B.R.; BELTRÃO, B.A.; LOPES, M.V.O. Diagnósticos de enfermagem respiratórios para crianças com infecção respiratória aguda. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.2, p. 713-720, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500011&script=sci_arttext>. Acesso em 23 ago. 2016.
- AQUINO, A.L.; CHIANCA, T.C.M.; BRITO, R.C.S. Integridade da pele prejudicada, evidenciada por dermatite da área das fraldas: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14,n.2, p.414-24, abril/jun, 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a22.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2016.
- BARROS, M.E.S. **Perfil de diagnósticos de enfermagem em crianças internadas em clínica pediátrica**. 2010.Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem Geral) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.
- BENEDET, S.A.; GELBCKE, F.L.; AMANTE, L.N; PADILHA, M.I.S.; PIRES, D.P. Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. **J.res.: fundam. care online** 2016,v.8, n.3, 4780-4788, julho-setembro, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237/pdf_1>. Acesso em: 15 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução n.º 466/12.**Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2016
- BUSANELLO, J.; PINTO, D.M.; SCHONS, E.S.; BAUMGART, D.; POLL, M.A. Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.5, n.4, p. 597-606, out/dez, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16310/pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2016
- CARLSON, J. Consensus validation process: a standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC, and NOC terms for local populations. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v.17, n.1, p.23-24, 2006.Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijnt.2006.17.issue-1/issuetoc>>. Acesso em: 05 mar. 2016.
- CASTRO, A.V.R.; ALMEIDA, A.P. Sistematização da assistência de enfermagem pediátrica.In: FONSECA, A.S.(org). **Enfermagem Pediátrica**. São Paulo: Martinari,2013.
- CÔA,T.F.; PETTENGILL, M.A.M. The vulnerability experienced by the family of

children hospitalized in a pediatric intensive care unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.4, p. 825-832, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a05.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2015.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G.; VIEIRA, C.S.; SILVA, K.L. Desidratação. In: COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G.; VIEIRA, C.S. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 15 jun. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311/2007. **Dispõe sobre a aprovação da reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 17 set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 25 ago. 2014.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. CIPE® versão 2: **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0**. São Paulo: Argol Editora, 2011.

COSTA, S.V.; CEOLIM, M.F. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p. 46-52, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a06v47n1.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

DEMARI, S.; MARQUES, C.; PEREIRA, J.T.; OLIVEIRA, R.S.; WERLE, S.B. Avaliação do conhecimento sobre higiene bucal dos responsáveis por crianças de 0-6 anos de idade. **FOL: Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v.26, n.1, p. 11-18, jan/jun, 2016. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/view/2777/1740>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

DINIZ, L.M.O.; FIGUEIREDO, B.C.G. O sistema imunológico do recém-nascido. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.24, n.2, p.233-240, 2014. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1604>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

DURAN, E.C.M.; TOLEDO, V.P. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.2, p.234-240. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200004>. Acesso em: 10 jun. 2015.

FAVERO, L.; RODRIGUES, J.A.P. Pesquisa estudo de caso. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

FIGUEREDO, S.V.; GOMES, I.L.V.; PENNAFORT, V.P.S.; MONTEIRO, A.R.M.; FIGUEREDO, J.V. Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e Mães acompanhantes durante a hospitalização do filho. **Escola Anna Nery**, v.17,n.4,p. 690-697, out/dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0690.pdf>> .Acesso em: 16 ago. 2016.

GARCIA, T.R.(org). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE®**: versão 2015. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GARCIA, T.R.(org). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE®**: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GARCIA, T.R.; CUBAS,M.R.(org). **Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem**: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GORDON, M. **Nursing diagnosis**: process and application. 3. ed. St Louis: Mosby, 1994. 421p

HORTA, W.A.**Processo de enfermagem**.Rio de Janeiro:Guanabara Koogan,2011.

HOSTERT, P.C.C.P.;MOTTA, A.B.;EMUNO,S.R.F. Coping with hospitalization in children with cancer: The importance of the hospital school. **Estudo. Psicologia** (Campinas),v.32,n.4,p.627- 639, out/dez. 2015.Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v32n4/en_0103-166X-estpsi-32-04-00627.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

LAMMERT, D.S.; WILSON, K.D.; WILSON, D. A criança com disfunção gastrointestinal. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. **Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica**.9ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

LAPA, D.F.; SOUZA, T.V. Scholars' perception about hospitalization: contributions for nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.4, p. 811-917, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a03.pdf> .Acesso em: 02nov.2015.

LEAL,M.T.**A CIPE® e a visibilidade da enfermagem**: mitos e realidade. Lisboa: Lusociência; 2006.

LEON, P.A.P.; NÓBREGA, M.M.L. Nursing diagnosis in hospitalized children nursing

NANDA-I: a case study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.11, n.1, abril 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3553>>. Acesso em: 10 maio 2016.

LIMA DE SOUZA, G.L. **Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual**. 2014. 86p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2014.

LIMA DE SOUZA, G.L. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB**. 2011a. Iniciação científica- (Graduação em Enfermagem Geral) – Universidade Federal da Paraíba.

LIMA DE SOUZA, G.L. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB**. 2011b. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem Geral) – Universidade Federal da Paraíba.

LIMA, M.C.N. **Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica do WULW/UFPB**. 2008. 65f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa.

LIMA, M.C.P.S.; LOBO, I.N.R.; LEITE, K.V.M.; MUNIZ, G.R.L.; STEINHAUSER, H.C.; MAIA, P.R.M. Condição de saúde bucal de crianças internadas no Hospital Municipal Infantil de Imperatriz – Maranhão. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v.73, n.1, p.24-29, jan/mar, 2016. Disponível em: <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/607/477>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

MANGUEIRA, S.O.; LIMA, J.T.S.; COSTA, S.L.A.; NÓBREGA, M.M.L., LOPES M.V.O. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.3, p.135-138, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/298/160>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

MARQUES, D.K.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. Construção e validação de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para adolescentes hospitalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.3, p.626-633, jul/set. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a20.htm>>. Acesso em: 10 maio 2016.

MARQUES, D.K.A. **Construção e Validação de um Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem para adolescentes hospitalizados**. 2008. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2008.

MARQUES, D.K.A.; LIMA DE SOUZA, G.L.; SILVA, A.B.; SILVA, A.F.; NÓBREGA, M.M.L. Conjunto Internacional de Dados Mínimos de Enfermagem:

estudo comparativo com instrumentos de uma clínica pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.4, p.588-593, ju/ago. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400588>.
Acesso em: 10 maio 2016.

MARQUES, D.K.A.; MOREIRA, G.A.C.; NÓBREGA, M.M.L. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v.2, n.4, p.410-416, 2008. Disponível em:
<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/336/0>>.
Acesso em: 10 maio 2016.

MARQUES, D.K.A.; NÓBREGA, M.M.L. Instrumento de sistematização da assistência de enfermagem para adolescentes hospitalizados. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.13, n.3, p.372-380, jul/set. 2009. Disponível em:
<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/202>>. Acesso em: 10 maio 2016.

MARQUES, D.K.A. **Construção e validação de um instrumento para a implementação do processo de enfermagem em escolares hospitalizados**. 2015. 135p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2015.

MARTINS, A.K.L.; SILVA, R.G.; FERNANDES, C.L.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Effects of clown therapy in the child's hospitalization process. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online**, v.8, n.1, p.3968-3978, jan/mar. 2016. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4206/pdf_1819>
. Acesso em: 15 mar. 2016.

MARTINS, S.T.F.; PADUAN, V.C. A equipe de saúde como mediadora no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n.1, p.45-54, mar.2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov.2015.

MASUKAWA, M.L.T.; MORIWAKI, A.M.; SANTANA, R.G.; UCHIMURA, N.S.; UCHIMURA, T.T. Impacto da vacina oral de rotavírus Humano nas taxas de hospitalizações em crianças. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.3, p. 243-249, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0243.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

MATA, L.R.F.; SOUZA, C.C.; CHIANCA, T.C.M.; CARVALHO, E.C. Creating diagnoses and intervention under the auspices of different nursing classification systems. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.6, p.1512-1518, dec.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_31.pdf> . Acesso em: 25 nov. 2015.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MERCK, T.; MCELFFRESH, P. Cuidados à criança centrados na família durante a doença e a hospitalização. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. **Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

MIRANDA, A.R.; OLIVEIRA, A.R.; TOIA, L.M.; STUCCHI, H.K.O. A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à Criança hospitalizada nos últimos trinta anos: do modelo Centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. **Revista Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 1, p. 5 - 9, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/12890/pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

MODES, P.S.S.A.; GAÍVA, M.A.M.; ROSA, M.K.O.; GRANJERO, C.F. Cuidados de enfermagem nas complicações da punção venosa periférica em recém-nascidos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.12, n.2, p.324-32, abr/jun, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_html_site/a14v12n2.htm>. Acesso em: 14 de ago. 2016.

MOHANA, J. O mundo e eu. 2ºed. Rio de Janeiro: Agir, 1964.

NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia; 2011.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. **Banco de Termos da linguagem especial de enfermagem e catálogos da CIPE® para área de especialidade clínica e da atenção básica em saúde**. [Relatório Técnico]. João Pessoa: DESPP/UFPB, 2010.

NÓBREGA, R.V.; NOBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.3, p.501-510, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2015.

OJEDA, A.T.A.; ROSA, A.M.; ALMEIDA, D.R.; CAMPOS, F.M.C. Morbidade por doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos no estado de mato grosso. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.4, p.1314-1325, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/615/pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

OLIVEIRA, B.R.G.; VIEIRA, C.S.; FURTADO, M.C.C.; MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G. Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.4, p.586-5893, ago. 2012a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2015.

OLIVEIRA, C.M.; CARVALHO, D.V.; PEIXOTO, E.R.M.; CAMELO, L.V.; SALVIANO, M.E.M. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do

processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.2, p.258-2563, 2012b. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/527>> Acesso em: 02 fev. 2016.

OLIVEIRA, D.S.T.; VALE, R.M.; SILVA, A.F.; MARQUES, D.K.A.; NÓBREGA, M.M.L. Nursing care to children with cornelia de Lange syndrome. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v.6, n.10, p.2497-2504, oct., 2012c. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2769/4523>>. Acesso em: 02 fev. 2106.

PASCOAL, L.M.; LOPES, M.V.O.; CHAVES, D.B.R.; BELTRÃO, B.A.; SILVA, V.M.; MONTEIRO, F.P.M. Troca de gases prejudicada: acurácia das características definidoras em crianças com infecção respiratória aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n. 3, p. 491-499, maio/junho, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015005092581&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 23 ago. 2016.

PEREIRA, J.S.; PINHO, A.S.D.S.; COSTA, M.S.; LIRA, A.L.B.C. Saberes de enfermeiros acerca do processo de enfermagem à luz do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental online**, v.4, n.2, p.2437-2447, abr/jun. 2012. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3972097> Acesso em: 05 mar. 2016.

POLLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONCE DE LEON, P.A. **Diagnóstico de enfermagem em crianças hospitalizadas utilizando a Taxonomia II da Nanda-I**. João Pessoa, 2011. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2011.

QUIRINO, D.; COLLET, N.; NEVES, A.F.G.B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.2, p.300-306, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2015.

SAMPAIO, P.S.S.; ANGELO, M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.15, n.2, p 85-92, dez. 2015. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n2/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SANTOS, L.F.; OLIVEIRA, L.M.A.C.; BARBOSA, M.A.; SIQUEIRA, K.M.; PEIXOTO, M.K.A.V. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.4, p.473-478, jul/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a02>> Acesso em: 15 mar. 2016.

SASSO, G.T.M.D.; BARRA, D.C.C.; PAESE, F.; ALMEIDA, S.R.W.; RIOS, G.C.; MARINHO, M.M.; DEBÉTIO, M.G. Computerized nursing process: methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p.242-249, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a31v47n1.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2015.

SILVA, A.B.; MARQUES, D.K.A.; SILVA, K.L.; NÓBREGA, M.M.L. Aplicação do processo de enfermagem no cuidado de uma criança com osteogênese imperfeita. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, v.5, n.7, p.1701-1709, set. 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1702>>. Acesso em: 10 maio 2016.

SILVA, E.C.; SILVA, K.L.; COLLET, N.; NÓBREGA, M.M.L.; MARQUES, D.K.A. Managing the time of nursing actions in caring for hospitalized children and adolescents. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v. 8, n.11, p.3920-3928, nov. 2014. Disponível: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5871/10798>>. Acesso em: 10 maio 2016.

SILVA, G.A.P.L.; SANTOS, J.M.; CINTRA, S.M.P. A assistência prestada ao acompanhante de crianças hospitalizadas em uma unidade de internação infantil: a opinião do acompanhante, contribuindo para a assistência de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v.9, n.1, p.13-18, jul. 2009. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol9-n1/v.9_n.1-art2.pesq-a-assistencia-prestada-ao-aompanhante-de-criancas.pdf>. Acesso em: 16 ago.2016.

SILVA, K.L. **Construção e validação de instrumento de coleta de dados para crianças de 0-5 anos**. 2004.124p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2004. SILVA, M.M.; CURTY, B.I.C.; DUARTE, S.C.M.; ZEPEDA, K.G.M. Gestão de segurança de enfermagem em enfermarias de onco hematologia pediátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.6, p.915-924, nov/dez. 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1755/pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

SILVA, R.S.; PEREIRA, A.; RIBEIRO, A.G.; MARINHO, C.M.S.; CARVALHO, I.A.; RIBEIRO, R. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.267-273, abr/jun. 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a21.pdf>>. Acesso em 16 ago. 2016.

SILVA, K.L. **Desenvolvimento de um Software para o Apoio à Tomada de Decisão na Identificação de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem**. 2014. 215p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014.

SILVA, V.G.; CAVALCANTI, A.C.D.; GUIMARÃES, T.C.F.; PEREIRA, J.M.V.; VERAS, R.C.C.; SOUZA, R.O. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para uma criança com cardiopatia congênita: revisão de literatura. **Journal of research: Fundamental Care Online**, v.6,n.3,p.1276-1287,jul/set.2013. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2654/pdf_1393>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SOUSA, G.R.S.; OLIVEIRA, E.A.R.; LIMA, L.H.O., SILVA, A.K.A.; FORMIGA, L.M.F.; ROCHA, S.S. Perfil das crianças internadas com diarreia em hospital público. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, n.2, p.34-39, abril/jun, 2013. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1049/pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

SOUZA, R.P.; VIVIANI, A.G. Qualidade do sono em crianças hospitalizadas. **Pediatria Moderna**, v.50, n. 3, março, 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5739>. Acesso em: 22 ago. 2016.

UNICEF- United Nations Children's Fund; WHO- World Health Organization. **Diarrhea: why children are still dying and what can be done**. Geneva; New York; 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44174/1/9789241598415_eng.pdf>. Acesso em 19 ago 2016.

VENTURA,M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da SOCERJ**,v.20,n.5, p.383-386, set/out. 2007. Disponível em: <http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2016.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing and health research**.4.ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2010. 504p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Validação por especialistas)

Esta pesquisa, intitulada 'Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB', está sendo realizada por docentes e alunas do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba. Sua finalidade é de elaborar definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças de zero a cinco anos hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, como forma de clarificar seu significado e sua identificação, por meio dos indicadores empíricos e do raciocínio clínico na prática de enfermagem.

Sua participação na pesquisa é **voluntária**, portanto, você não é obrigado/a a dar as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar da pesquisa ou, se posteriormente, desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Esclarecemos que não haverá riscos previsíveis com sua participação e que o TCLC deverá ser assinado nas duas vias - uma fica com o pesquisador, e a outra com, o participante do estudo. Solicitamos, também, 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 será mantido em sigilo.

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

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Maria Miriam Lima da Nóbrega. Endereço (Setor de Trabalho): Laboratório de Cuidar em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58059-900.
Telefones: (83) 3216.7109 ou (83) 9985.3769.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa: Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB
☎ Fone (83) 32167302, FAX (083) 32167522 CNPJ: 24098477/007-05
E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA A PEDIATRIA

Prezadas colegas,

Esta pesquisa intitula-se ‘Validação da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para a Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da UFPB, e está sendo realizada por docentes e alunas do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba. Sua finalidade é de elaborar as definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças de zero a cinco anos hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, como forma de clarificar o significado deles e a sua identificação, por meio dos indicadores empíricos e do raciocínio clínico na prática de enfermagem.

Gostaríamos de contar com sua participação nesta pesquisa, como especialista. Na segunda coluna do instrumento, assinale se concorda ou discorda da **presença deste diagnóstico em sua prática clínica com crianças de zero a cinco anos**. Caso responda **NÃO**, passe para o outro diagnóstico, e se responder **SIM** a esta primeira questão, assinale na terceira coluna se concorda ou discorda da **definição** apresentada para os diagnósticos que você marcou. Caso e discorde da definição, solicitamos que sejam apresentadas, na quarta coluna, sugestões para o aprimoramento das referidas definições.

Estamos a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Atenciosamente,

Ana Márcia Nóbrega Dantas – Pesquisadora

Maria Miriam Lima da Nóbrega – Orientadora

Kenya de Lima Silva – Coorientadora

Relação dos Diagnósticos de enfermagem	Concorda com a presença do DE		Concorda com a definição do DE		Sugestões para a definição
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
1. Coriza - Inflamação da mucosa nasal com edema da mucosa, secreções hialinas ou purulentas abundantes expelidas pelas narinas, dificultando o padrão respiratório devido à obstrução e congestão nasal, causando desconforto na respiração, agitação, irritabilidade, indisposição, espirros, baixa concentração, sensação de noite mal dormida, sonolência diurna.					

Relação dos Diagnósticos de enfermagem	Concorda com a presença do DE		Concorda com a definição do DE		Sugestões para a definição
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
2. Dispneia (especificar o grau) - Insuficiência de oxigênio no sangue circulante, aumento da frequência respiratória, utilização da musculatura acessória para respirar, dificuldade de locomoção, dificuldade para alimentação, sensação de opressão torácica, cansaço, agitação, noite mal dormida, ansiedade, batimento das asas do nariz, dificuldade de sucção ao seio, dificuldade de realizar atividades normais, episódios de vômitos ao se alimentar, dificuldade de pronunciar palavras, presença de sibilos nos graus mais elevados da dispneia.					
3. Expectoração insuficiente - Expulsão de muco, escarros ou fluidos da traqueia, brônquios e pulmões, pela tosse ou expectoração ineficaz.					
4. Respiração prejudicada - Processo de inspirar ou expirar proporcionando ventilação inadequada, acarretando na ventilação-minuto diminuída, alteração da frequência respiratória, do ritmo respiratório e da profundidade respiratória, bradipneia, taquipneia, dispneia, ortopneia, batimentos das asas do nariz, uso da musculatura acessória para respirar, fase de expiração prolongada, sensação de opressão torácica ansiedade, alteração da postura corporal, dificuldade de sucção ao seio agitação, fadiga, dificuldade de realizar atividades do cotidiano, dificuldade ao alimentar-se e ao deglutir, dificuldade de pronunciar palavras, sensação de noite mal dormida, sensação de medo.					
5. Tosse produtiva - Mecanismo de proteção das vias aéreas contra agentes e substâncias nocivas inaladas, com expulsão do ar dos pulmões para vias aéreas, podendo ser aguda ou crônica e vir acompanhada de produções de secreções, alterando o padrão respiratório, presença de sibilos, sensação de opressão torácica, dificuldade de expectorar, episódio de vômitos, irritabilidade, ansiedade, diminuição do apetite, sensação de noite mal dormida.					
6. Troca de gases prejudicada - Troca alveolar de oxigênio e dióxido de carbono prejudicado, como resultado pela alteração na simetria do esforço respiratório, frequência respiratória, agitação, batimento das asas do nariz, gases sanguíneos arteriais anormais, cianose, diaforese, sonolência, cor da pele anormal.					
7. Ventilação espontânea prejudicada - Processo de movimentação do ar para dentro e fora dos pulmões com diminuição da taxa, ritmo respiratório, profundidade de inspiração e expiração, uso da musculatura acessória, pressão parcial de dióxido de carbono aumentada, pressão parcial de oxigênio diminuída, saturação arterial de oxigênio diminuída, batimentos das asas do nariz, dispneia, inquietação, ansiedade, apreensão, sensação de medo.					
8. Desequilíbrio de líquidos e eletrólitos - Instabilidade nos níveis de eletrólitos séricos e do volume de líquido com risco de perda ou retenção do mesmo, edemas, turgidez da pele, alteração no turgor da pele, pele seca, diminuição na ingestão de líquidos, disfunção renal, vômitos, diarreia, calor excessivo, fadiga.					
9. Desidratação (especificar o grau) - Distúrbio hídrico corporal que ocorre quando a eliminação total de líquidos excede a ingestão total, apresentando níveis leve, moderada e grave, evidenciado pela perda de peso, alterações tegumentares, abaullamento das fontanelas, resposta reduzida a estímulos, preenchimento capilar prolongado, frequência cardíaca elevada, pele e membranas mucosas secas, sinais de falha circulatória, perda de apetite, alterações nos hábitos de ingestão, globo ocular encovados, alterações na cor e temperatura da pele, alteração do lacrimejamento e salivação, alteração na temperatura corporal, taquipneia, hiperpneia nos níveis mais graves, fraqueza, irritabilidade progredindo para letargia e, até mesmo, inconsciência.					
10. Edema (especificar o grau e a localização) - Excesso de líquidos corporais em espaços tissulares com inchaço do tecido, ocorrendo a retenção de líquido, aumento da permeabilidade capilar, diminuição da concentração de proteínas no sangue, aumento na pressão hidrostática, alterações na turgidez da pele, ganho de peso, sensação de peso, oligúria, diminuição da flexibilidade dos locais edemaciados, variação do hábito de ingestão de líquido, irritabilidade.					
11. Hidratação da pele diminuída - Diminuição da hidratação da pele, apresentando pele seca, alterações da integridade da pele, alterações no turgor da pele, alterações na pigmentação da pele, circulação prejudicada, prurido, diminuição da ingestão de líquido.					
12. Risco de desequilíbrio de líquidos e eletrólitos - Condição de vulnerabilidade a mudanças nos níveis de eletrólitos séricos e de líquido com a perda ou retenção do mesmo, capaz de comprometer a saúde, caracterizada pela disfunção renal, disfunção reguladora endócrina, diarreia, mecanismo regulador comprometido, êmeze.					
13. Risco de desidratação - Vulnerabilidade do desequilíbrio de líquido evidenciado quando a eliminação total de líquidos excede a ingesta total, decorrente da pouca ingestão de líquidos, vômito, diarreia, diminuição do débito urinário, urina concentrada, diminuição do turgor da pele, mucosas secas, fraqueza, medicamentos, perda de líquido por cateteres, falha nos mecanismos reguladores, perda de peso.					
14. Volume de líquidos aumentado - Aumento do volume de líquidos isotônicos ocasionando a retenção do mesmo, alterando a turgidez da pele, mudanças de hábitos de ingestão, ingestão maior que a eliminação de líquidos, edema, ganho de peso em curto período, dispneia, ortopneia, desequilíbrio eletrolítico, oligúria, ansiedade, inquietação, medo.					
15. Volume de líquidos diminuído - Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular com a perda de água sem mudanças no sódio, desidratação, alteração do turgor da pele, aumento da temperatura corporal, aumento na concentração urinária, aumento da frequência cardíaca, diminuição da pressão de pulso, diminuição do débito urinário, perda súbita de peso, sede, pele seca, franqueza.					
16. Amamentação interrompida - Quebra na continuidade do oferecimento de leite a um lactente ou uma criança pequena, comprometendo o estado nutricional do mesmo por causa da amamentação não exclusiva, cuja interrupção pode ser devido a doenças da mãe, doença do lactente, contraindicações à amamentação, emprego materno, hospitalização da criança, necessidade de desmamar abruptamente o lactente, prematuridade, separação mãe-lactente, dificuldade na adaptação para o lactente, irritabilidade.					
17. Apetite prejudicado - Sensação diminuída de desejo para satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos em virtude da alteração nos hábitos de ingestão de alimentos, intolerância alimentar, deglutição prejudicada, resfriados, início da dentição, troca da dentição, resultando na falta de apetite, amamentação prejudicada, perda súbita de peso, irritabilidade, sensação de cansaço.					
18. Déficit de provisão alimentar - Deficiência da quantidade do consumo diário de uma alimentação adequada, devido diminuição do apetite, alteração nos hábitos de ingestão de alimentos, mastigação prejudicada, deglutição prejudicada, intolerância alimentar.					

Relação dos Diagnósticos de enfermagem	Concorda com a presença do DE		Concorda com a definição do DE		Sugestões para a definição
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
19. Deglutição prejudicada - Funcionamento anormal do mecanismo da deglutição associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica, devido à ação ineficaz da língua na formação do bolo alimentar, deglutição repetida, acúmulo de bolo alimentar nos sulcos laterais, pega ineficaz, refluxo nasal, fechamento incompleto dos lábios, tosse, engasgo, recusa de alimento, intolerância a certos alimentos, que resulta na alteração no padrão alimentar da criança, perda súbita de peso, recusa alimentar, mastigação insuficiente, sensação de “entalo”, irritabilidade, vômitos, regurgitação.					
20. Desnutrição (especificar o grau) - Estado de carência calórico-proteica em virtude da escassa oferta de alimentos ou condições que impedem a aceitação da alimentação adequada, resultando na insuficiência de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas, caracterizada pela perda corporal abaixo do ideal, deficiência de minerais e vitamina A, alterações no paladar, mucosas pálidas, ingestão de alimentos menor que a porção diária recomendada, cavidade bucal ferida, turgor da pele prejudicado, perda excessivas de pelos, fragilidade capilar, dor abdominal, diarreia, sons intestinais hiperativos, fraqueza muscular, cansaço excessivo, dificuldade de concentração, irritabilidade, e edema quando apresenta sua forma mais extrema.					
21. Emagrecimento – Perda considerável de peso, devido às alterações nos hábitos de ingestão de alimentos, apetite prejudicado, amamentação prejudicada, deglutição prejudicada, mastigação prejudicada, perda de peso, intolerância alimentar, ansiedade, episódio de aflição e medo, alteração no padrão alimentar do lactente e da criança.					
22. Estado nutricional alterado - Estado de equilíbrio do indivíduo entre a ingestão e o gasto ou necessidade de nutrientes, alterado em decorrência do consumo inadequado de nutrientes ou excesso de consumo nutricional provocando carência ou distúrbios nutricionais, indicado pela alteração nos hábitos de ingestão de alimentos, apetite prejudicado, apetite excessivo, perda de peso, ganho súbito de peso, mastigação prejudicada, intolerância alimentar, cárie dental, anemia ferropriva.					
23. Estado nutricional normal - Estado de equilíbrio do indivíduo entre a ingestão e o gasto ou necessidade de nutrientes, caracterizado pelo padrão alimentar da criança e do lactente adequado, apetite, deglutição adequada, hábitos de ingestão alimentar correto, mastigação correta, sensação de disposição.					
24. Ingestão de alimentos aumentada - Processo de ingerir, em excesso, nutrientes tais como proteínas, minerais, carboidratos, gordura, vitaminas, necessários ao crescimento, apresentando aumento do apetite, aumento do peso corporal, hábito de ingestão de alimentos alterado, mastigação rápida, ansiedade.					
25. Ingestão de alimentos diminuída - Déficit no processo de ingerir, nutrientes tais como proteínas, minerais, carboidratos, gordura, vitaminas, necessários ao crescimento, demonstrado pela falta de apetite, ingestão de alimentos menor que a porção diária recomendada, perda de peso, deglutição prejudicada, fraqueza dos músculos necessários à deglutição, fragilidade capilar, cólicas abdominais, dor abdominal, sons intestinais hiperativos, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade.					
26. Intolerância alimentar - Alterações que ocorrem nos processos metabólicos de digestão e absorção de determinado componente do alimento, geralmente devido a alguma deficiência enzimáticas, sem haver o mecanismo imunológico, causando diarreias, cólicas, dores abdominais, náuseas, vômitos, enjôo, fadiga, flatulência e/ou distensão abdominal.					
27. Obesidade - Condição em que o indivíduo acumula gordura anormal com mais de 20 % acima do peso ideal, excedendo o sobrepeso, associado a excesso ou ingestão contínua de nutrientes, ganho súbito de peso, aumento do apetite, alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes do cinco meses de idade, baixa ingestão de cálcio, hábitos alimentares inadequados, lactentes alimentados por fórmula ou alimentação mista, tamanhos de porções maiores que o recomendado, sensação de fome constante, obesidade paterna ou materna, histórico de sobrepeso, tempo de sono reduzido, tabagismo materno.					
28. Sobrepeso - Condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva de modo que o estado de pesar é maior que a média para altura e estrutura corporal, evidenciado pelo aumento rápido de peso, excesso de apetite, alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes do cinco meses de idade, baixa ingestão de cálcio, comportamentos alimentares inadequados e desordenados, consumo de bebidas açucaradas, lactentes alimentados por fórmula ou alimentação mista, tamanhos de porções maiores que o recomendado, sensação de fome constante, tempo reduzido do sono, histórico de obesidade, tabagismo materno, obesidade materna/paterna.					
29. Constipação - Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada pela eliminação difícil ou incompleta de fezes ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas, alterando o processo de eliminação intestinal, presença de abdome distendido, dor abdominal, massa abdominal palpável, maciez à percussão abdominal, ruídos intestinais hiperativos ou hipoativos, dor à evacuação, esforço para evacuar, redução na frequência e volume das fezes, vômito, fadiga.					
30. Diarreia - Eliminação de fezes soltas, líquidas e não formadas, acompanhado de cólicas, dores abdominais, aumento dos ruídos intestinais, mais de três evacuações de fezes líquidas em 24 horas, urgência intestinal, náuseas, desnutrição, perda de peso, ansiedade, fadiga, irritabilidade.					
31. Eliminação urinária aumentada - Eliminação de urina aumentada, definido pela frequência excessiva do ato de urinar, ingestão excessiva de líquidos, desconforto, inchaço abdominal, inquietação, dor ao urinar, urina espumosa, sensação de bexiga cheia.					
32. Incontinência urinária - Perda involuntária de urina, acompanhado pelo relaxamento involuntário do esfíncter, perda involuntária de pequeno volume de urina ao tossir, rir, espirrar ou fazer pequenos esforços, perda de urina antes de alcançar o banheiro, nictúria, ausência de sensação de barriga cheia, sensação de enchimento da bexiga, desconforto.					
33. Motilidade gastrointestinal disfuncional - Atividade peristáltica aumentada, diminuída ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal, acompanhado por cólicas abdominais, diarreia, ausência de flatos, dificuldade para evacuar, dor abdominal, fezes endurecidas e formadas, mudança nos sons intestinais, náuseas, regurgitações, vômito.					
34. Náusea - Sensação de enjoo vagamente relacionada com o epigástrico e abdome, agravada pelo sabor ou pelo cheiro, com tendência para vomitar, apresentando mal-estar generalizado, perda do apetite, sudorese, salivação excessiva, refluxo, irritabilidade, fadiga, sono e repouso prejudicado.					
35. Retenção urinária - Enchimento incompleto da bexiga, associado à perda da função muscular da bexiga, alterando o hábito de eliminação urinária, acompanhada da sensação de bexiga cheia, distensão vesical, diminuição da frequência urinária, eliminação urinária ausente ou pequena.					

Relação dos Diagnósticos de enfermagem	Concorda com a presença do DE		Concorda com a definição do DE		Sugestões para a definição
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
36. Risco de constipação - Vulnerabilidade à diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta, associado aos hábitos irregulares de evacuação, hábitos de higiene íntima inadequada, dentição inadequada, ingestão insuficiente de fibras, ingestão insuficiente de líquidos, irritabilidade.					
37. Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional - Vulnerabilidade à redução na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta, cujos fatores de risco são, a ansiedade, imobilidade, prematuridade, intolerância alimentar e mudanças nos hábitos alimentares.					
38. Vômito - Mecanismo de proteção de nosso organismo, com expulsão forçada do conteúdo gástrico através da boca, precedido ou não de náuseas, acompanhado de mal-estar generalizado, perda do apetite, salivação excessiva, refluxo, dor abdominal, dor no estômago, desidratação, irritabilidade, fadiga, sono e repouso prejudicado.					
39. Dificuldade de adormecer - Período prolongado de tempo sem sono, com alteração no padrão do sono, devido à agitação, ansiedade, inquietação, fadiga, alteração na concentração, irritabilidade, mal-estar, sensibilidade aumentada à dor, pesadelos constantes, medo, ambiente desfavorável, rotinas inadequadas para adormecer, fome, tosse, cólicas abdominais.					
40. Insônia - Alteração na quantidade e qualidade do sono, prejudicando o funcionamento do corpo, alterando o padrão de sono, hábito de acordar cedo, alteração no humor, sensação de noite mal-dormida, fadiga, irritabilidade.					
41. Sono e repouso prejudicados - Interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e qualidade do sono e repouso decorrentes de fatores externos, não se sentir descansado, dificuldade para iniciar o sono, sensibilidade aumentada à dor, desconforto respiratório, obstrução das vias aéreas, início da dentição, atividades inadequadas, ambiente desfavorável, medo, ansiedade, sensação de noite mal dormida, indisposição para as atividades cotidianas, pesadelos constantes, fadiga.					
42. Sono e repouso preservados - Diminuição recorrente da atividade corporal, marcada por não estar desperto, acompanhada por desatenção, com metabolismo diminuído, mas prontamente reversível, demonstrando disposição para as atividades cotidianas, padrão de sono e repouso preservado, medidas de conforto adequado, repouso em ambiente favorável, característica do sono e repouso preservado.					
43. Atividade física prejudicada - Condição de não realização das atividades físicas, devido a capacidade prejudicada de mover-se, imobilidade no leito, alterações na marcha, desconforto, dificuldade para virar-se, instabilidade postural, movimentos lentos, redução das atividades motoras, dispneia ao esforço, capacidade de exercitar-se delimitada.					
44. Deambulação prejudicada - Limitação do movimento do corpo de um lugar para outro pelo movimento das pernas, acompanha da dor, capacidade prejudicada de andar em declive ou alicie, capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares, capacidade prejudicada de subir e descer escadas, capacidade prejudicada de percorrer distâncias necessárias, podendo apresentar medo de cair, equilíbrio prejudicado, alterações do humor, redução da resistência, insegurança.					
45. Fadiga - Sensação prolongada de exaustão, cansaço mental ou físico, acarretando em cansaço excessivo, capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais, padrão de sono prejudicado, sonolência, necessidade de descanso, energia insuficiente para realizar atividades, desinteresse para realizar atividades do cotidiano, irritabilidade.					
46. Intolerância à atividade física - Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar atividades físicas diárias, apresentando desconforto aos esforços, dispneia aos esforços, fadiga, resposta anormal da frequência cardíaca, resposta anormal da pressão sanguínea à atividade.					
47. Marcha descoordenada - Mover de maneira descoordenada o corpo de um lugar para outro pelo movimento das pernas, com deambulação prejudicada, fraqueza muscular, capacidade de exercitar-se delimitada, medo de cair, insegurança, desconforto, instabilidade postural.					
48. Mobilidade física prejudicada - Limitação do movimento físico do corpo ou de uma ou mais extremidades, caracterizada pela deambulação prejudicada, alterações na marcha, desconforto, dificuldade para virar-se, instabilidade postural, movimentos lentos, redução das atividades motoras, dispneia ao esforço, capacidade de exercitar-se delimitada, hábitos de atividades físicas prejudicada.					
49. Mobilidade no leito prejudicada - Limitação de movimento de uma posição para outra no leito, apresentando capacidade prejudicada de mover-se entre a posição prona e a supina, capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada prolongada, capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama, capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro, irritabilidade, medo.					
50. Nível de força dos membros diminuído - Limitação da força muscular dos membros inferiores e/ou superiores, apresentando capacidade diminuída para mover-se, movimentos lentos dos membros, redução da amplitude de movimentos, redução das atividades motoras, tempo de resposta diminuído, alterações na marcha, desconforto, sensação de incapacidade, medo, alteração na mudança de humor.					
51. Paralisia dos membros - Perda da capacidade de movimento voluntário dos membros superiores e/ou inferiores, acarretando na perda da função muscular dos membros afetados, perda de sensibilidade dos membros afetados, perda da capacidade para mover os membros afetados, mobilidade no leito prejudicado, capacidade realizar atividades do cotidiano delimitadas, hábitos de atividades físicas prejudicada, sensação de incapacidade, medo, alteração na mudança de humor, comportamento introspectivo inicialmente.					
52. Prática sexual de risco - Atividades sexuais de duas pessoas, normalmente do sexo oposto com risco de contaminação, devido a falta do uso do preservativo, ficando mais susceptível a contrair DST e gravidez na adolescência.					
53. Capacidade para autocuidado prejudicada - Habilidade prejudicada para desenvolver o cuidado com as atividades diárias, apresentando dificuldade em autocuidar-se, como, higienização insatisfatória, capacidade inadequada de alimentar-se, vestir-se e arrumar-se de maneira incompleta.					
54. Déficit de autocuidado para banho e/ou higiene corporal - Habilidade prejudicada para desenvolver o cuidado com atividades para o banho ou higiene do corpo, apresentando aparência suja, higienização insatisfatória, halitose, diminuição da hidratação da pele.					
55. Higiene corporal prejudicada - Condição prejudicada da higienização do corpo caracterizada pela falta do autocuidado, aparência de suja, odor fétido, halitose, presença de pioho no couro cabeludo.					

Relação dos Diagnósticos de enfermagem	Concorda com a presença do DE		Concorda com a definição do DE		Sugestões para a definição
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
56. Higiene corporal preservada – Condição favorável da higienização do corpo, apresentando aparência limpa, capacidade satisfatória do autocuidado, condições de higiene satisfatória, hidratação da pele preservada, higiene bucal satisfatória, ausência de halitose, ausência de odor fétido.					
57. Higiene oral prejudicada – Hábito de higienização oral prejudicada, caracterizada por halitose, carie dentária, autocuidado insatisfatório, presença de aftas.					
58. Ferida infectada - Lesão de tecido, associada a trauma físico ou mecânico, com presença de drenagem de secreção purulenta, eritema de pele, edema local, hipertermia local ou generalizada, dor local, sensação da pele latejando, inflamação nas bordas da ferida, mal-estar.					
59. Ferida limpa - Lesão de tecido, associada a trauma físico ou mecânico, com condições assépticas, sem presença de micro-organismos, não apresentam inflamação local, ausência de edemas, rápida cicatrização e sem complicações.					
60. Icterícia neonatal - Fenômeno fisiológico transitório ocorrendo após 24 horas de vida, como resultado a excessiva quantidade de bilirrubina acumulada no sangue, o neonato apresenta coloração amarelada na pele, esclera, das unhas e mucosas, assim como, hematomas e equimoses na pele, perfil sanguíneo anormal.					
61. Integridade da pele prejudicada - Epiderme e/ ou derme danificada devido à matéria estranha perfurando a pele, imobilidade no leito, ferida cirúrgica, umidade, apresentando alterações da integridade da pele, alterações no turgor da pele, alterações na pigmentação da pele, circulação prejudicada, prurido, eritema, lesões na pele, inquietação, fator de risco de úlcera por pressão.					
62. Membrana da mucosa oral prejudicada - Lesão em lábios, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe, podendo apresentar amígdalas aumentadas, bolsas gengivais, capacidade prejudicada para deglutir, desconforto oral, dor oral, estomatite, halitose, manchas brancas na boca, palidez gengival, palidez da mucosa oral, palidez gengival, pápula oral, placa esbranquiçada na boca, dificuldade para falar, dificuldade para comer, sensação de gosto diminuída, sensação de gosto ruim na boca, língua saburosa, língua atrofica lisa, língua geográfica, sangramento, perda do apetite, irritabilidade, inquietação.					
63. Pele seca - Epiderme dura, escamada, com risco de fissuras, apresentando pele seca, áspera, desidratada, sem brilho, prurido, pele com sensação de estar repuxada, alteração no turgor da pele, pele esbranquiçada ao coçar.					
64. Prurido (especificar a localização) - Sensação irritante seguida de impulso para coçar a pele ou o couro cabeludo, alterando as características da pele afetada, apresentando integridade da pele prejudicada, fissura na pele, coloração avermelhada na pele afetada, risco de lesões na pele, vontade excessiva de coçar, irritabilidade.					
65. Temperatura corporal aumentada (Hipertermia) - Temperatura corporal central elevada acima da variação normal, caracterizado por pele avermelhada, seca e quente ao toque, vasodilatação periférica taquicardia, taquipneia, sonolência, cefaleia, confusão mental, sudorese, postura anormal, lactente não consegue manter a sucção, letargia, coma, irritabilidade, fator de risco para crise epilética e convulsão.					
66. Temperatura corporal diminuída (Hipotermia) - Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros normais, ocasionando frio, pele fria, seca e pálida, tremores, calafrios, preenchimento capilar lento, taquicardia, bradicardia, leito ungueal cianótico, hipertensão, piloereção associada à exposição prolongada ao frio, taquicardia, vasoconstrição periférica, hipóxia, aumento da taxa metabólica, redução no nível de glicose no sangue, agitação, choro.					
67. Termorregulação ineficaz - Oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia, acompanhada do aumento da frequência respiratória, aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais, cianose nos leitos ungueais, convulsão, hipertensão, palidez moderada, pele fria ao toque, pele quente ao toque, piloereção, preenchimento capilar lento, rubor, taquicardia, tremor brando.					
68. Débito cardíaco diminuído - Quantidade insuficiente de sangue do ventrículo esquerdo, por minuto, para atender às demandas metabólicas corporais, resultando na alteração da pressão arterial, da ausculta cardíaca e ritmo cardíaco, apresentando bradicardia, palpitações cardíacas, taquicardia, distensão de a veia jugular, edema, ganho de peso, murmúrio cardíaco, alteração na coloração da pele, pele fria, úmida e pegajosa, dispnéia, oligúria, pulsos periféricos diminuídos, tempo de preenchimento capilar prolongado, ortopneia, tosse, ansiedade, inquietação, medo.					
69. Perfusão periférica prejudicada - Redução da circulação sanguínea para a periferia, alterando a característica da pele, cor da pele pálida na elevação de membros, dor em extremidade, função motora alterada, pulsos periféricos diminuídos ou ausentes, redução na pressão sanguínea nas extremidades, tempo de preenchimento capilar maior que três segundos, cicatrização de ferida periférica retardada, medo, inquietação.					
70. Perfusão periférica preservada - Circulação satisfatória do sangue para os tecidos periféricos, com tempo de preenchimento capilar menor que 3 segundos, pulsos periféricos normalizados, função motora preservada, cicatrização de ferida periférica normal, ausência de palidez da pele ao elevar ou abaixar as pernas, pressão sanguínea nas extremidades preservada.					
71. Pressão sanguínea controlada – Força da circulação do sangue na parede dos vasos, cuja pressão arterial está dentro dos padrões de normalidade, utilizando dieta hipossódica, apresentando normalidade do débito cardíaco, ritmo cardíaco normalizado.					
72. Pressão sanguínea elevada - Pressão exercida pelo sangue circulante nas paredes dos vasos do coração e das articulações sistêmica e pulmonar e do coração acima dos padrões de normalidade, podendo apresentar alteração no débito cardíaco, alteração no ritmo cardíaco					
73. Rede vascular periférica prejudicada - Bombeamento prejudicado de sangue por meio das artérias e veias centrais, e de vasos capilares periféricos, apresentando sensações de fraqueza, sensação de dormência nas pernas, câibras, retenção de líquido, pernas e pés mais frios, cicatrização demorada das feridas, dores nas extremidades durante o repouso.					
74. Risco de choque - Vulnerabilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos podendo levar a disfunção celular, podendo ser causado pela hipotensão, hipovolemia, hipoxemia, hipóxia, infecção, sepse, síndrome da resposta inflamatória sistêmica, associado a ansiedade intensa, fraqueza, sudorese, respiração curta, hipotensão, arritmia, edema da laringe, náusea e diarreia, queda súbita e dramática da pressão arterial, esfriamento da pele, taquicardia e oligúria.					

Relação dos Diagnósticos de enfermagem	Concorda com a presença do DE		Concorda com a definição do DE		Sugestões para a definição
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
75. Risco de sangramento - Vulnerabilidade à redução no volume do sangue relacionado à lesão de vasos sanguíneos, fatores de coagulação defeituosos, à história de quedas, traumas, epistaxe, hemorragias.					
76. Comportamento desorganizado do lactente - Respostas fisiológicas e neurocomportamentais desintegradas de um lactente aos estímulos ambientais, causando reação prejudicada a estímulos sensoriais, estremecimentos, hiperextensão das extremidades, inquietação, mãos cerradas em punho, mãos espalmadas, mãos no rosto, movimentos bruscos, movimentos descoordenados, reflexos primitivos alterados, tônus motor prejudicado, arritmias, bradicardia, cor anormal da pele, sinais de estresse, taquicardia, irritabilidade, choro irritável.					
77. Comprometimento neuropsicomotor - Comprometimento do processo de mudanças no comportamento motor da criança e que está interligado com a idade, caracterizado por atrasos de aprendizado, dificuldade na fala e na linguagem, atraso no andar, marcha desordenada, atraso no processo de brincar, dificuldade de correr, pular, empurrar, puxar, agarrar, movimentar objetos, tremores, diminuição do tônus muscular.					
78. Convulsão - Distúrbio neurológico causada pelas descargas neuronais excessivas e descoordenadas no cérebro, as causas podem ser infecciosas, neurológicas, metabólicas ou traumáticas, nos neonatos, os sinais apresentados corresponde piscar de olhos rápido, ou sucessivos movimentos de repuxamento dos lábios ou até mesmo episódios de apneia, além disso, as crianças podem apresentar alterações no nível de consciência, movimentos involuntários em alguma parte do corpo, comprometimento das sensações de paladar, olfato, visão, audição e da fala, alucinações, vertigens, delírios, olhar perdido, salivação abundante e espumosa, movimentos espasmódicos violentos, tronco e as extremidades realizam contração e relaxamento rítmico, amnésia do episódio, perda do tônus, sonolência ou sono após a convulsão.					
79. Risco de comportamento desorganizado do lactente - Vulnerabilidade à alteração na integridade e modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e comportamental, devido à prematuridade, dor, função motora prejudicada, prejuízo oral, procedimentos, procedimentos invasivos.					
80. Risco de confusão aguda - Vulnerabilidade a distúrbios reversíveis de atenção, cognição e percepção, cujos fatores de risco são, a desidratação, desnutrição, dor, mobilidade prejudicada, privação sensorial, gênero masculino.					
81. Crescimento e desenvolvimento compatíveis com a idade - Processo de ações progressivas e regulares, com mudanças físicas distintas, habilidades da linguagem, motora, cognitiva e social, apresentando padrões satisfatórios do peso, estatura e gráfico do crescimento, desenvolvimento motor, inteligência cognitiva, desenvolvimento social compatíveis com a idade, observando na primeira infância a desenvoltura do brincar de repetição sem cessar, andar e o pegar objetos entre o polegar e o indicador, tônus suficiente para manter a cabeça levantada, passar da posição deitada à posição sentada, engatinhar, manter-se de pé com apoio ou sem apoio, agarrar objetos, balbúcia; e na fase pré-escolar, a criança apresenta boa motricidade, procura dominar a si próprio e os objetos, brinca em grupos.					
82. Crescimento e desenvolvimento incompatíveis com a idade - Déficit no processo de ações progressivas e regulares, com mudanças físicas distintas, habilidades da linguagem, motora, cognitiva e social, apresentando padrões insatisfatórios do peso, estatura e gráfico do crescimento, desenvolvimento motor, inteligência cognitiva, desenvolvimento social incompatíveis com a idade.					
83. Alergia - Resposta ou reação imunológica exagerada que se desenvolve após a exposição a um antígeno estranho, podendo ser um alimento, picada de animal, medicamento, látex, exposição à alérgeno ambiental ou substâncias que produzem alérgeno, caracterizado por eritemas, prurido, urticária, edema, lacrimejamento, desconforto generalizado, congestão nasal, rinorreia, eczema, dermatite atópica, dermatite de fralda, dispneia, sensação de aperto no peito, broncoespasmo, sibilos, relatos de calor em todo corpo, dor abdominal, náuseas, vômitos, inquietação, medo.					
84. Calendário vacinal incompleto - Documento de controle vacinal incompleto, na qual, as crianças apresentam susceptibilidade às doenças preveníveis do calendário vacinal, evidenciado pela falta de vacinação no período estabelecido, falta de informações suficientes a mãe sobre a imunização e sistema imunológico prejudicado.					
85. Risco de disseminação de patógeno - Vulnerabilidade para disseminação do agente causador da doença decorrente da falta de isolamento do leito, a grande quantidade de visitas recebidas, ambiente desfavorável, dificuldade de adesão do tratamento a fim de evitar a disseminação.					
86. Risco de infecção - Vulnerabilidade à invasão e multiplicação de microrganismos patogênicos, decorrente da alteração na integridade da pele, alteração no peristaltismo, alteração no pH das secreções, diminuição de hemoglobina, imunossupressão, leucopenia, vacinação inadequada, desnutrição, procedimentos invasivos.					
87. Sistema imunológico prejudicado - Limitações da defesa do organismo no combate a microorganismos infecciosos e outros invasores, decorrente da falta de vacinação do calendário vacinal, alimentação pobres em vitaminas e minerais que fortalecem o sistema imunológico, exposição excessiva ao sol, crianças com obesidade, desnutrição e portadoras do vírus do HIV.					
88. Audição diminuída - Diminuição da função sensorial que permite captar sons pelo ouvido, dificultando a criança perceber os sons, principalmente o da mãe, choro persistente, criança verbaliza de maneira mais alta que o normal, queixa de dificuldade de ouvir, desatenção constante, revela problemas na fala e na linguagem, comportamento introspectivo.					
89. Cólica - Desconforto abdominal que acomete os recém-nascidos podendo chegar até os três meses, manifestada por choro alto, forte, agudo, estridente, fica vermelho, vira a cabeça para os lados, retração das pernas para cima, sinais de irritabilidade, dor abdominal, as mãos ficam crispadas.					
90. Dismenorreia - Presença de cólicas que ocorre antes ou durante a menstruação, apresentando dores em baixo ventre, desconforto generalizado, mal-estar, tontura, dor de cabeça, náusea, vômito, fadiga, irritabilidade.					
91. Disúria - Dor uretral ao urinar, manifestada por sensações de queimação, desconforto, alteração da coloração e odor da urina, medo de urinar, inquietação.					

Relação dos Diagnósticos de enfermagem	Concorda com a presença do DE		Concorda com a definição do DE		Sugestões para a definição
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
92. Dor (especificar a intensidade) - Sensação desagradável no corpo, produzida pela excitação de terminações nervosas sensíveis aos estímulos, destacando com prevalência as dores abdominais, cefaléia e dores nos membros, definido por aparência abatida, comportamento disperso, caretas, agitação, choro, irritabilidade, diminuição do apetite, alteração no tônus muscular, comportamento retraído, comportamento autoprotetor, interação reduzida, processo de pensamento prejudicado, procura posições para aliviar a dor, sono e repouso prejudicado, mudanças no parâmetro fisiológico, como pressão sanguínea, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, concentração de dióxido de carbono ao final da inspiração.					
93. Dor aguda - Sensação sensorial desagradável que surge de maneira súbita ou lenta, de intensidade leve a intensa e tem duração limitada, definido por comportamento de distração, agitação, choro, comportamento protetor, dilatação pupilar, diaforese, olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta, agitação, choro, irritabilidade, processo de pensamento prejudicado, comportamento autoprotetor, comportamento retraído, mudança no apetite, procura posições para aliviar a dor, sono e repouso prejudicado, mudanças no parâmetro fisiológico, como pressão sanguínea, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, concentração de dióxido de carbono ao final da inspiração.					
94. Dor crônica - Sensação sensorial e emocional desagradável, caracterizada por início súbito ou lento da dor, de qualquer intensidade, constante ou recorrente, sem previsão de término e com duração maior que três meses, definido por expressão abatida, olhos sem brilho, movimento fixo ou disperso, careta, irritabilidade, comportamento autoprotetor, comportamento retraído, autorrelato de intensidade utilizando a escala para dor, mudança no apetite, processo de pensamento prejudicado, procura posições para aliviar a dor, sono e repouso prejudicado.					
95. Dor epigástrica - Sensação sensorial desagradável, localizada na parte superior do abdome, definido dor abdominal, inchaço abdominal, sensação de queimação na região do abdome superior, constipação, diarreia, gases, náuseas, vômito, sensação de desconforto, mudanças nas expressões faciais, irritabilidade, movimento fixo ou disperso, agitação, comportamento autoprotetor, comportamento retraído, procura posições para aliviar a dor, mudança no apetite, sono e repouso prejudicado.					
96. Percepção sensorial alterada - Alteração nos estímulos sensoriais, apresentando comportamento impulsivo, desatento, dificuldade em aprender, desinteresse pelo ambiente.					
97. Visão diminuída - Diminuição na acuidade visual, devido diminuição a resposta a estímulos dos órgãos visuais, definido por lacrimejamento constante, sensibilidade a luz, desinteresse pelo ambiente e pessoas, dor de cabeça, dor nos olhos, esbarra em algo com frequência, assistir televisão próximo a tela, dificuldade de perceber quem está por perto, comportamento tímido, distraído, dificuldade no aprendizado.					
98. Risco de sufocação - Vulnerabilidade à interferência da entrada de ar nos pulmões, causado por brincar com saco plástico, comer grande quantidade de comida, mamadeira apoiada no berço, objeto pequeno nas vias aéreas, chupeta pendurada no pescoço da criança, uso de colchões macios, uso de protetores de berço, adormecer na posição inadequada.					
99. Adesão ao tratamento do filho - Aceitação de iniciar o tratamento de recuperação e reabilitação do filho, seguindo as orientações, tomando os medicamentos como orientado, muda de comportamento para melhor adaptar ao filho, promove sinais de melhora dos sintomas, e obediência às instruções relativas ao tratamento.					
100. Falta de adesão ao regime terapêutico - Ação iniciada pela família ou pela própria criança, que deixa de seguir corretamente ao regime terapêutico, não tomando corretamente os medicamentos, esquecendo de tomar no horário certo, dificultando assim sua recuperação e reabilitação, podendo promover outros fatores de risco desencadeando ainda mais a patologia apresentada.					
101. Recuperação cirúrgica adequada - recuperação pós-operatória satisfatória dentro do período estabelecido, definida por ausência de dor cirúrgica, mobilidade preservada, melhora das náuseas, apetite preservado, comportamento extrovertido, sensação de melhora, cicatrização satisfatória, capacidade de realizar as atividades do cotidiano, sono e repouso preservado.					
102. Recuperação cirúrgica retardada - Recuperação pós- operatória prolongada, não estando dentro do período estabelecido, apresentando desconforto, evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica, mobilidade prejudicada, perda do apetite, edema no local da cirurgia, inflamação na ferida cirúrgica, deficiência nutricional, náuseas, vômitos, sono e repouso prejudicado, fadiga, necessidade de ajuda para realizar as atividades do cotidiano, reação emocional, agitação, mudança de humor.					
103. Recuperação do estado de saúde retardado - Recuperação do processo dinâmico de adaptação e do bem-estar da criança, estabelecendo metas para promover a promoção e recuperação da saúde, aderindo de forma correta ao regime terapêutico, anotando todas as recomendações e aceitando tomar os medicamentos na hora prescrita.					
104. Agitação (especificar o grau) - Comportamento de excitação psicomotora de maneira desordenada, acompanhado da ansiedade, medo, estresse excessivo, impaciente, comportamento de raiva, verbalização excessiva, verbalização de necessidades aumento da tensão nervosa, déficit de atenção, desconforto, choro, sono e repouso prejudicado, realização de atividades incompletas.					
105. Angústia (especificar o grau) - Sentimento de dor intensa e severa, com manifestações de tristeza, aflição, expressando isolamento, questiona sofrimento, mudança de comportamento, falta de coragem para realizar algo, falta de esperança, expressa sentimento de culpa, recusa integrar com pessoas significativas, sensação de abandono, expressa raiva de Deus, expressa falta de amor, expressa desespero.					
106. Ansiedade (especificar o grau) - Sentimento de apreensão ameaça ou perigo, causados por antecipação de um perigo, estresses recentes ou problemas emocionais, definido por inquietação, sono e repouso prejudicado, produtividade diminuída, observação atenta, excitação excessiva, irritabilidade, medo, nervosismo, aumento da tensão, aumento da transpiração, tremores, tremores nas mãos, voz trêmula, alteração no padrão respiratório, boca seca, aumento da frequência respiratória e cardíaca, diminuição da frequência respiratória e cardíaca, contrações, diarreia, dilatação pupilar, fraqueza, reflexos rápidos, rubor facial, dor abdominal, fadiga, frequência urinária, alteração na atenção, alteração na concentração.					

Relação dos Diagnósticos de enfermagem	Concorda com a presença do DE		Concorda com a definição do DE		Sugestões para a definição
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
107. Ansiedade decorrente da hospitalização - Sentimento de desconforto ameaça ou perigo caudado pelo processo de internação, caracterizado pelo medo do ambiente, medo da separação com a família, medo de algo desconhecido, sono e repouso prejudicado, produtividade diminuída, nervosismo, irritabilidade, aumento da tensão, choro constante, tremores, tremores nas mãos, voz trêmula, aumento da transpiração, fraqueza, fadiga, reflexos rápidos, frequência urinária, alteração na atenção, alteração na concentração, aumento ou diminuição da frequência cardíaca e respiratória, rubor facial.					
108. Depressão – Distúrbio afetivo acompanhado de tristeza, alteração no padrão do sono, apresentando sonolência ou insônia, ansiedade de separação, comportamento retraído, dificuldade em aprender, comportamento agressivo, irritabilidade, mau humor, perda da vontade de brincar, perda do apetite, fadiga, expressa sentimento de culpa, sentimento de choro.					
109. Medo (especificar) - Sentimento de estado de alerta percebida quando algo é reconhecido como um perigo, descrito por sensação de medo, sensação de pânico, insegurança, inquietação, excitação, náusea, vômito, palidez, pupilas dilatadas, pressão sanguínea aumentada, tensão aumentada, capacidade de aprendizagem diminuída, identifica o objeto do medo, produtividade diminuída, comportamento de ataque, boca seca, diminuição do apetite, dispneia, fadiga, frequência respiratória aumentada, transpiração aumentada, sono e repouso prejudicado, pesadelos.					
110. Desempenho do papel de mãe ineficaz - Padrão de comportamento da mãe que não combina com o contexto da maternidade, devido a adaptação inadequada as mudanças, ansiedade, assédio, confusão de papeis, conhecimento insuficiente sobre a maternidade, depressão, estratégias inadequada de enfrentamento, habilidades insuficientes, impotência, incerteza, motivação insuficiente, negação do papel de ser mãe.					
111. Maternidade/Paternidade prejudicada - Incapacidade do cuidador principal promover um ótimo crescimento e desenvolvimento para a criança, apresentando fracasso em melhorar, transtornos de comportamento, comportamento de apego insuficiente, ansiedade de separação diminuída, história de trauma, abandono, rejeição do filho, negligência com as necessidades da criança, incapacidade percebida de satisfazer as necessidades da criança, história de abuso infantil.					
112. Risco de maternidade/paternidade prejudicada - Vulnerabilidade à incapacidade do cuidador principal promover um ótimo crescimento e desenvolvimento para a criança, decorrente do atraso no desenvolvimento, criança de sexo indesejado, distúrbios comportamentais, nascimentos múltiplos, prematuridade, temperamento difícil, depressão, doença física, privação do sono, pouca idade dos pais, falta de conhecimento sobre a maternidade e manutenção da saúde da criança.					
113. Conflito com a família – Confusão no desempenho do papel de cada integrante da família, decorrente das preocupações em relação a mudanças no papel de cada integrante, ruptura nas rotinas de cuidado, medo, perda percebida de controle sobre as decisões relacionadas ao filho, incapacidade de atender as necessidades da família, culpa excessiva, ansiedade.					
114. Comunicação prejudicada - Capacidade diminuída de dar ou trocar informações, devido à ausência de contato visual, déficit visual parcial ou total, audição prejudicada, desorientação, dificuldade na atenção, dificuldade para formar palavras, dispneia, gagueira, não fala, verbalização inadequada.					
115. Comunicação preservada - Dar ou trocar informações de maneira adequada, caracterizado por contato visual satisfatório, audição preservada, verbalização adequada, ausência de problemas na fala, facilidade de expressar verbalmente, orientação preservada.					
116. Falta de conhecimento (especificar) – Deficiência de informação cognitiva relacionado a algo, caracterizada pelo conhecimento inadequado sobre maternidade, hospitalização da criança e ao tratamento terapêutico, comportamentos inapropriados, distraído, dificuldade na aprendizagem, baixa escolaridade, falta de vontade em aprender.					
117. Falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento - Falta de conhecimento sobre a magnitude da doença e tratamento, caracterizado pela falta de adesão para promoção, recuperação e reabilitação, falta de conhecimento dos pais acerca da doença e tratamento, baixa escolaridade dos pais e capacidade de aprendizagem dos pais e da criança, falta de interesse por partes dos pais, falta de esclarecimento sobre os procedimentos a serem realizados.					
118. Manutenção da saúde prejudicada - Dificuldade de identificar, controlar ou buscar ajuda para manter a saúde, devido ao apoio familiar insuficiente, ausência de interesse em melhorar comportamentos de saúde, conhecimento insuficiente relativos a práticas básica de saúde, dificuldade em adaptar-se as mudanças ambientais.					
119. Interação social prejudicada - Déficit nas relações sociais entre a criança e os profissionais de saúde/cuidador, caracterizado pela antipatia pelos profissionais de saúde, verbalização inadequada, não aceita a internação, insegurança, atraso no desenvolvimento, timidez, comportamento retraído, afeto triste, sensação de desconforto, alteração na aparência física, medo, insegurança.					
120. Isolamento social - Condição de solidão experimentada pela criança, apresentando afeto de triste, insegurança, atraso no desenvolvimento, deseja de estar sozinha, doença, comportamento retraído, sentir-se diferente dos outros, ansiedade, preocupação excessiva, falta de vontade de realizar atividades diárias, ações sem sentido.					
121. Atividades de recreação deficientes - Diminuição no interesse ou envolvimento nas atividades recreativas, caracterizado por atividades pouco atrativas ou repetidas, falta de atividades no ambiente lúdico, comportamento tedioso, sensação de dor, cansaço, interação social prejudicada.					
122. Atividades de recreação interrompidas - Interrupção no envolvimento em atividades recreativas, caracterizado pela falta de atividades no ambiente lúdico, mobilidade prejudicada, baixa imunidade, recuperação cirúrgica, dores intensas e fortes, interação social prejudicada.					
123. Orientação no tempo e no espaço prejudicada - Prejuízo na relação determinada com o ambiente em termos de tempo, tal como o ano, estação, mês, dia, hora precisa; em termos de lugar em um determinado ponto no tempo, tal como país, estado, cidade, local de trabalho, lar; em termos de consciência (ou cognição) da própria identidade, como a idade, data de nascimento; e em termos de reconhecimento das pessoas ao redor.					
124. Autoestima alterada – Condição de sensações negativas sobre si, exibindo comportamentos indecisos, culpa, exagera no feedback negativo sobre si, rejeita situações positivas, recusa novas experiências, vergonha, comportamento retraído.					

Relação dos Diagnósticos de enfermagem	Concorda com a presença do DE		Concorda com a definição do DE		Sugestões para a definição
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
125. Autoimagem alterada - Dificuldade de manter percepção integrada e completa de si mesmo, decorrente das alterações na imagem corporal, sensação de estranhamento, sensação de vazio, sentimentos oscilantes a cerca de si mesmo.					
126. Angústia espiritual – Capacidade prejudicada de integrar significado e objeto à vida, conexão consigo, com Deus, com os outros ao seu redor, expressando isolamento, questiona sofrimento, mudança de comportamento, falta de coragem para realizar algo, falta de esperança, expressa sentimento de culpa, recusa integrar com pessoas significativas, sensação de abandono, expressa raiva de Deus, expressa falta de amor, expressa desespero.					

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Responsável pela criança)

Esta pesquisa intitula-se Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da UFPB e está sendo realizada por docentes e alunas do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba. A finalidade da pesquisa é construir as definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, como forma de clarificar o significado dos mesmos e a sua identificação, por meio dos indicadores empíricos e do raciocínio clínico, na prática de enfermagem.

Dessa forma, solicitamos a sua colaboração para essa etapa da pesquisa na participação de um estudo de caso, que é a realização das fases do processo de enfermagem. Informamos que sua participação na pesquisa é **voluntária**, que você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Esclarecemos que não haverá riscos previsíveis com sua participação e que o TCLC deverá ser assinado nas duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante do estudo. Solicitamos também 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 será mantido em sigilo.

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

Assinatura do Participante da Pesquisa


Impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Maria Miriam Lima da Nóbrega. Endereço (Setor de Trabalho): Laboratório de Cuidar em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58059-900.
Telefones: (83) 3216.7109 ou (83) 9985.3769.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa: Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB

☎ Fone (83) 32167302, FAX (083) 32167522 CNPJ: 24098477/007-05

E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXOS

ANEXO 1

NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA PEDIÁTRICA DO HULW/UFPB

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Necessidades psicobiológicas – Oxigenação	
Coriza	Realizar nebulização. Realizar lavagem nasal com soro fisiológico a 0,9%.
Dispneia (especificar o grau)	Aspirar às vias aéreas, se necessário. Avaliar frequência e profundidade respiratória a cada duas horas. Manter ou elevar decúbito do leito na posição de Fowler.
Expectoração insuficiente	Elevar a cabeceira do leito. Estimular a ingestão de líquidos. Orientar respiração adequada para estimular tosse efetiva. Orientar sobre a necessidade de expectoração. Realizar nebulização. Verificar sinais vitais.
Padrão respiratório prejudicado	Auscultar o tórax e verificar os sons respiratórios. Elevar a cabeceira do leito. Estimular técnicas corretas de inspiração/expiração. Realizar aspiração de vias aéreas, quando necessário. Verificar sinais vitais.
Tosse produtiva	Avaliar e registrar aspecto das secreções / eliminação. Elevar a cabeceira do leito. Estimular a ingestão de líquidos. Orientar sobre a necessidade de expectoração. Verificar sinais vitais.
Troca de gases prejudicada	Aspirar às vias aéreas, quando necessário. Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada duas a quatro horas. Monitorar para o batimento de asas do nariz, retrações torácicas e cianose. Monitorar valores gasométricos arteriais e leituras da oximetria de pulso. Permanecer com a criança e proporcionar tranquilidade durante períodos de dificuldade respiratória. Prover tratamento com nebulizador, vaporizador ou tenda úmida, conforme prescrito.
Ventilação espontânea prejudicada	Aspirar às vias aéreas, quando necessário. Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada quatro horas. Monitorar para o batimento de asas do nariz, retrações torácicas e cianose. Monitorar valores gasométricos arteriais e leituras da oximetria de pulso. Prover tratamento com nebulizador, vaporizador ou tenda úmida, conforme prescrito.
Necessidades psicobiológicas – Hidratação	
Desequilíbrio de líquidos e eletrólitos	Controlar, rigorosamente, a terapia com líquidos e eletrólitos. Detectar a ocorrência de letargia, hipotensão e câimbras musculares. Estimular a ingestão hídrica. Instruir a acompanhante quanto à ingestão adequada de líquidos da criança. Monitorar o débito urinário. Pesar a criança diariamente.
Desidratação (especificar o grau)	Controlar rigorosamente o gotejamento da hidratação venosa. Incentivar a ingestão de líquidos, caso não haja restrição. Manter acesso venoso pérvio. Observar aceitação do SRO. Observar sinais de desidratação.
Edema (especificar o grau e a localização)	Aferir os sinais vitais e avaliar os parâmetros hemodinâmicos invasivos se estiver disponíveis. Avaliar resposta à infusão de líquidos e fluidos. Controlar a ingestão de líquido. Determinar o volume/frequência do aporte de líquidos de todas as formas: via oral, intravenosa, ventilador, etc. Determinar os padrões e o volume urinário. Observar e avaliar a extensão do edema. Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos. Registrar a ingestão/perda com precisão e calcular o balanço hídrico. Registrar o peso diário às seis horas.
Hidratação da pele diminuída	Investigar as preferências da criança para ingestão de líquido. Monitorar a ingestão. Monitorar as eliminações de líquidos. Monitorar os níveis de eletrólitos séricos. Planejar uma meta de ingestão para cada oito horas.
Risco de desequilíbrio de líquidos e eletrólitos	Avaliar sinais clínicos de desidratação ou excesso de líquidos. Controlar, rigorosamente, a terapia com líquidos e eletrólitos. Estimular a ingestão hídrica. Instruir a acompanhante quanto à ingestão adequada de líquidos da criança. Monitorar o débito urinário, descrevendo a diurese quanto a volume, coloração e horários. Pesar a criança diariamente.
Risco de desidratação	Calcular o balanço hídrico a cada duas horas.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	Detectar a ocorrência de vômitos e fezes líquidas. Investigar as preferências da criança para ingestão de líquido. Medir e registrar a ingestão/perdas. Monitorar o débito urinário, descrevendo a diurese quanto a volume, coloração e horários.
Volume de líquidos aumentado	Avaliar resposta à infusão de líquido. Fazer controle da ingestão de líquido. Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos. Observar edemas.
Volume de líquidos diminuído	Avaliar a umidade da mucosa oral. Avaliar resposta à infusão de líquidos. Controlar, rigorosamente, a terapia com líquidos e eletrólitos. Estimular a ingestão hídrica. Instruir a acompanhante quanto à ingestão adequada de líquidos da criança. Medir débito urinário. Pesar criança/adolescente diariamente.
Necessidades psicobiológicas – Nutrição	
Amamentação interrompida	Avaliar a compreensão da mãe em relação aos motivos para interromper a amamentação. Avaliar o desejo da mãe para retomar a amamentação. Informar as vantagens do aleitamento materno. Instruir a mãe sobre técnicas para a extração e o armazenamento do leite materno.
Apetite prejudicado	Auxiliar a criança a se alimentar. Criar um ambiente agradável e relaxante para as refeições. Encorajar a criança a comer com outros (refeições servidas na sala específica). Ensinar ao acompanhante os conceitos de uma boa nutrição para criança. Identificar problemas relacionados com a alimentação. Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde. Planejar o atendimento para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram antes das refeições.
Déficit de provisão alimentar	Avaliar condições nutricionais de risco da criança e da família. Explicar o paciente e a família possíveis formas de complementar e/ou ajudar na renda familiar. Identificar o grau de apoio familiar. Investigar participação em projetos de ajuda social. Monitorar a situação familiar atual.
Deglutição prejudicada	Manter o ambiente tranquilo. Observar a deglutição e o esvaziamento da boca. Observar se a criança tem regurgitação. Orientar a criança para mastigar bem os alimentos. Registrar a ingestão/aceitação alimentar.
Desnutrição (especificar o grau)	Avaliar evolução nutricional uma vez por semana. Estimular a ingestão de refeições fracionadas, no intervalo de três em três horas. Informar a criança e/ou acompanhante quanto à importância da nutrição para estabelecer o estado de saúde. Orientar a adesão da mãe/criança a dieta prescrita. Pesar em jejum diariamente ou em intervalos estabelecidos. Referir a criança/adolescente e familiares ao serviço de nutrição. Registrar a ingestão/aceitação alimentar.
Emagrecimento	Aconselhar a criança/accompanhante para ingestão nutricional hipercalórica. Avaliar a capacidade da criança de mastigar, engolir e sentir os sabores. Controlar o peso diariamente ou em intervalos estabelecidos. Conversar sobre os hábitos alimentares, as preferências e as intolerâncias e aversões alimentares. Encorajar a criança nas refeições. Investigar hábitos alimentares da criança. Investigar sobre a ingestão calórica diária. Manter controle de líquidos/eletrolitos. Orientar sobre a importância da ingestão adequada de nutrientes. Promover um ambiente agradável e tranquilo para as refeições.
Estado nutricional alterado	Avaliar o estado nutricional da criança, pesando-a diariamente. Estimular a ingestão de refeições fracionadas, no intervalo de três em três horas. Informar a criança e/ou acompanhante quanto à importância da nutrição adequada. Informar a criança e/ou acompanhante quanto à importância da nutrição para estabelecer o estado de saúde. Investigar problemas de mastigação. Manter um ambiente tranquilo. Oferecer pequenas refeições frequentes. Organizar o plano de cuidados que evite odores nauseantes próximo das refeições. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto aos nutrientes necessários para recuperação do estado de saúde. Orientar sobre hábitos alimentares saudáveis, com refeições balanceadas. Pesar a criança diariamente. Promover um ambiente tranquilo durante as refeições. Registrar a ingestão/aceitação alimentar.
Estado nutricional normal	Estimular padrões/hábitos alimentares saudáveis. Informar a criança e/ou acompanhante quanto à importância da nutrição adequada para estabelecer o estado de saúde. Manter um ambiente tranquilo no horário da refeição. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto aos nutrientes necessários para manter o estado de saúde. Orientar sobre a necessidade de refeições fracionadas de três em três horas.
Ingestão de alimentos aumentada	Auxiliar a criança na adaptação da dieta ao modo de vida e ao nível de atividade. Discutir com a criança e/ou acompanhante os hábitos, os costumes e os fatores culturais que influenciam o peso. Encorajar a criança e/ou acompanhante na substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis. Estimular a autoestima. Estimular a criança a aderir à dieta alimentar. Incentivar a reeducação alimentar. Oferecer reforço positivo dos hábitos de dieta adequados. Orientar a criança a mastigar bem os alimentos. Orientar a criança e/ou acompanhante sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	Pesar a criança.
Ingestão de alimentos diminuída	Manter decúbito elevado durante a administração da dieta para evitar aspiração. Manter o ambiente tranquilo. Observar a deglutição e o esvaziamento da boca. Observar se a criança tem regurgitação. Pesar em jejum diariamente ou em intervalos estabelecidos. Referir a criança/adolescente e familiares ao serviço de nutrição.
Intolerância alimentar	Encaminhar a criança ao nutricionista para controle da dieta adequada. Registrar aspecto da eliminação intestinal, quanto a cor, odor, consistência, volume e resíduos alimentares. Registrar quantidade, cor e consistência e frequência de vômito.
Obesidade	Avaliar evolução nutricional uma vez por semana. Manter controle nutricional e de líquidos/ eletrólitos. Orientar quanto à necessidade adquirir hábitos saudáveis de alimentação. Orientar quanto à necessidade de exercitar-se conforme tolerância. Referir a criança/adolescente e familiares ao serviço de nutrição.
Sobrepeso	Avaliar evolução nutricional uma vez por semana. Manter controle nutricional e de líquidos/ eletrólitos. Orientar quanto à necessidade adquirir hábitos saudáveis de alimentação. Orientar quanto à necessidade de exercitasse conforme tolerância. Referir a criança/adolescente e familiares ao serviço de nutrição.
Necessidades psicobiológicas – Eliminação	
Constipação	Avaliar o acesso ao banheiro, bem como sua privacidade. Encorajar a criança a ter hábitos alimentares saudáveis. Estimular a deambulação. Estimular a prática de atividades físicas dentro dos limites de tolerância da criança. Estimular uma maior ingestão líquida. Incentivar a ingestão hídrica e de alimentos com fibra. Instruir/estimular a ingestão balanceada de fibras alimentares e alimentos que formam volume fecal. Investigar se existem fatores causadores, que contribuem para a constipação. Manter controle de líquidos/eletrólitos. Orientar a necessidade de atividade física. Realizar irrigação intestinal, quando necessário. Registrar as eliminações intestinais quanto à frequência, à consistência, ao volume e à cor.
Diarreia	Auscultar sons intestinais a cada quatro horas em caso de diarreia. Estimular a ingestão de líquido. Investigar fatores causadores e/ou contribuintes da diarreia. Manter higiene íntima. Monitorar a pele perianal para detectar irritações e úlceras. Monitorar as eliminações intestinais, inclusive frequência, consistência, formato, volume e cor. Observar pele e mucosas da região genital. Orientar a acompanhante sobre a importância da dieta constipante.
Eliminação urinária aumentada	Documentar a coloração e as características da urina, ingestão, excreção e o peso diário do paciente. Observar o padrão de micção do paciente. Observar quanto aos sinais e sintomas de bexiga cheia, inquietação, desconforto abdominal, sudorese e calafrios. Relatar quaisquer mudanças quanto às características da urina, ingestão, excreção e o peso diário do paciente.
Incontinência urinária	Investigar déficits motores de mobilidade. Investigar déficits sensoriais e cognitivos. Investigar se existem fatores que contribuem para a incontinência. Orientar a manutenção da higiene íntima. Orientar o uso de fraldas. Orientar os exercícios pélvicos para minimizar a incontinência. Reduzir as barreiras ambientais.
Motilidade gastrointestinal disfuncional	Avaliar qual dieta favorece o estímulo de náuseas e vômitos. Manter o decúbito do leito elevado no momento da ingestão da dieta. Evitar oferecer dietas de demorada digestão antes de dormir.
Náusea	Arejar o ambiente. Deixar a criança com roupas leves. Explicar à criança e/ou acompanhante a causa e a duração da náusea, caso sejam conhecidas. Limitar líquidos durante as refeições. Observar e registrar fatores que contribuem para o aparecimento da náusea. Orientar a criança e/ou acompanhante a evitar alimentos quentes ou frios. Orientar a criança e/ou acompanhante para evitar deitar logo após as refeições.
Retenção urinária	Controlar diurese das 24 horas quanto a volume e características. Documentar a frequência e as características da urina. Monitorar a ingestão de líquidos. Observar presença de edemas no corpo da criança. Orientar a criança e/ou acompanhante sobre técnicas mencionais. Orientar quanto à ingestão de alimentos hipossódicos. Registrar o volume de ingestão e eliminação urinária.
Risco de constipação	Avaliar os sons intestinais e examinar o paciente quanto à distensão abdominal. Estimular a deambulação. Estimular a prática de atividades físicas dentro dos limites de tolerância da criança. Incentivar uma maior ingestão hídrica e de alimentos com fibra. Investigar se existem fatores causadores, que contribuem para a constipação. Monitorar e registrar a frequência e as características das fezes. Registrar a ingestão e a excreção precisamente.
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	Avaliar qual dieta favorece o risco de estímulo para náuseas e vômitos. Evitar oferecer dietas de demorada digestão antes de dormir. Manter o decúbito do leito elevado no momento da ingestão da dieta.
Vômito	Avaliar o estado de hidratação da criança. Estimular a ingestão de líquidos.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	Investigar os fatores causadores/contribuintes do vômito. Manter hidratação venosa com controle de gotejamento. Monitorar a frequência dos vômitos, além de quantidade, consistência cor e odor. Registrar o vômito quanto às suas características e frequência. Registrar quantidade, cor e consistência e frequência de vômito.
Necessidades psicobiológicas – Sono e repouso	
Dificuldade de adormecer	Identificar estressores ambientais reduzindo-o. Monitorar o padrão de sono da criança. Monitorar sinais vitais. Observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, vias aéreas obstruídas, dor/desconforto). Oferecer líquidos ou leite morno. Orientar a acompanhante a manter regularidade nos horários de deitar. Planejar as rotinas de cuidados de enfermagem para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram após as 20 horas. Propiciar ambiente calmo, livre de estímulos estressores e seguro. Registrar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas.
Insônia	Agendar o cuidado de enfermagem para proporcionar momentos de silêncio para o paciente. Evitar aprazar procedimentos durante o período de sono noturno quando possível. Evitar oferecer dietas de demorada digestão antes de dormir. Favorecer um ambiente tranquilo e calmo para o sono. Manter o ambiente com luminosidade confortável e com a temperatura adequada para promover o conforto.
Sono e repouso prejudicados	Auxiliar nas situações estressantes antes do horário de dormir. Auxiliar o paciente no controle do sono diurno. Avaliar a qualidade do sono noturno. Discutir com o paciente e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida. Encorajar uma rotina durante a noite facilitando a transição do estado de alerta ao estado de sono. Ensinar ao paciente técnica de relaxamento. Incentivar para realização de atividades recreativas e de lazer durante o dia, para conseguir relaxar no período noturno. Monitorar e registrar efeitos adversos e eficácia de medicação prescrita para auxílio do repouso. Monitorar o padrão do sono e a quantidade de horas dormidas. Observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto). Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso. Proporcionar um ambiente calmo e seguro.
Sono e repouso preservados	Discutir com o paciente e a família as medidas de conforto que proporcionam um repouso e sono tranquilos. Estimular o paciente para manter o padrão de repouso e sono adequado. Manter um ambiente calmo e seguro durante a hora do repouso e do sono. Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório para a recuperação da criança.
Necessidades psicobiológicas – Atividade física, Mecânica corporal, Motilidade e Locomoção	
Atividade física prejudicada	Planejar as atividades do paciente dentro do nível de tolerância.
Deambulação prejudicada	Avaliar o progresso da criança na sua deambulação. Encorajar a deambulação independente, dentro de limites seguros. Identificar a condição clínica que contribui para a dificuldade de andar. Instruir cliente/família quanto às medidas de segurança necessárias ao cliente. Observar as respostas emocionais/comportamentais do cliente/família e suas limitações da mobilidade. Planejar as atividades da criança dentro do nível de tolerância. Programar atividades de deambulação/exercício intercaladas com períodos de descanso apropriado. Promover ambiente seguro ao locomover-se e auxiliá-lo quando necessário.
Fadiga	Estimular o rodízio de familiares que possam ficar com a criança. Explicar a acompanhante as causas da fadiga. Identificar fatores que desencadeiam a fadiga. Manter o ambiente calmo e tranquilo. Orientar a acompanhante para deixar a criança em repouso. Proporcionar lazer para a genitora. Proporcionar local confortável para o repouso da mãe.
Intolerância à atividade física	Estabelecer metas adequadas para a criança/adolescente quanto à atividade e à deambulação. Promover discussões com a equipe multiprofissional a fim de atender às necessidades da criança/adolescente. Proporcionar ambiente seguro e adequado para promoção da atividade, respeitando o limite individual. Proporcionar conforto.
Marcha descoordenada	Incentivar o uso de muletas ou acessórios que auxiliem na locomoção. Manter ambiente seguro livre de obstáculos que causem acidente. Registrar o nível de habilidade para deambular.
Mobilidade física prejudicada	Avaliar as limitações atuais/gravidade do déficit, considerando as atividades diárias do paciente. Detectar a existência de fatores contribuintes. Estimular a deambulação dentro de limites seguros. Incentivar a mudança de decúbito a cada duas horas ao paciente restrito no leito. Verificar a capacidade do cliente de ficar de pé e movimentar-se e o nível de ajuda necessário/utilização de equipamentos.
Mobilidade no leito prejudicada	Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade. Orientar a acompanhante para a realização de atividade recreativa no leito. Orientar a acompanhante para auxiliar a criança nos movimentos. Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito.
Nível de força dos membros diminuído	Auxiliar a criança nas primeiras deambulações. Auxiliar a criança no autocuidado. Consultar fisioterapeuta sobre plano de deambulação, conforme necessidade. Investigar causa de hipertonía/hipotonía.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Paralisia dos membros	Aplicar compressa quente para melhorar a função muscular. Manter o ambiente tranquilo. Orientar a acompanhante para realizar higiene oral e corporal no leito. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto à posição do membro afetado para evitar agravamento da deformidade. Orientar quanto à mudança de decúbito para evitar úlceras. Prestar cuidados rigorosos para evitar agravamento do comprometimento da função muscular.
Necessidades psicobiológicas – Sexualidade	
Prática sexual de risco	Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST e gravidez na adolescência).
Necessidades psicobiológicas – Cuidado corporal	
Capacidade para autocuidado prejudicada	Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado. Avaliar a necessidade dos cuidados de higiene. Instruir o adolescente e os familiares sobre a rotina hospitalar quanto à higiene, a alimentação, a medicação, etc. Promover privacidade para as atividades de autocuidado no leito.
Déficit de autocuidado para banho e/ou higiene corporal	Encorajar a criança e/ou acompanhante para continuar rotina de higiene quando retornar a casa. Estimular hábitos de higiene. Investigar as necessidades de aprendizagem da criança e/ou acompanhante relacionadas ao banho e a higiene corporal. Investigar se a criança tem material para higiene pessoal. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto à escovação correta dos dentes e ao enxágue da boca, conforme a capacidade de autocuidado da criança. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto à lavagem do couro cabeludo, limpeza das unhas e higiene íntima, conforme a capacidade de autocuidado da criança. Orientar sobre a importância dos hábitos de higiene.
Higiene corporal prejudicada	Encorajar a criança e/ou acompanhante para continuar a rotina de higiene quando retornar a casa. Ensinar princípios de boa higiene. Estimular hábitos de higiene. Investigar se a criança tem material para higiene pessoal. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto à escovação correta dos dentes e ao enxágue da boca, conforme a capacidade de autocuidado da criança. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto à lavagem do couro cabeludo, limpeza das unhas e higiene íntima, conforme a capacidade de autocuidado da criança. Orientar sobre a importância dos hábitos de higiene. Trocar roupas de cama diariamente.
Higiene corporal preservada	Avaliar a habilidade de autocuidado. Avaliar os cuidados de higiene. Dispor de uma estrutura física adequada para estimular os hábitos de higiene (ex. banheiro). Elogiar e estimular a criança e/ou acompanhante em relação à continuidade do autocuidado com a higiene.
Higiene oral prejudicada	Avaliar a habilidade de autocuidado. Dispor de uma estrutura física adequada para estimular os hábitos de higiene (ex. banheiro). Elogiar e estimular a criança e/ou acompanhante em relação à continuidade do autocuidado com a higiene. Ensinar princípios de boa higiene.
Necessidades psicobiológicas – Integridade física e cutâneo mucosa	
Ferida infectada	Avaliar a evolução da ferida. Avaliar realização de higiene pessoal pela criança e/ou acompanhante. Monitorar a temperatura. Observar e registrar secreção drenada. Orientar a criança e/ou acompanhante sobre os sinais e os sintomas de infecção. Orientar criança e/ou acompanhante quanto à importância da higiene corporal. Realizar curativo sempre que necessário. Utilizar técnicas assépticas.
Ferida limpa	Avaliar o local da ferida cirúrgica. Avaliar o processo de cicatrização. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto à lavagem das mãos antes e após o curativo da lesão. Reforçar a orientação à criança e/ou acompanhante quanto à importância da higiene corporal. Reforçar a orientação à criança e/ou acompanhante sobre cuidados com a ferida e a cicatrização. Reforçar a orientação à mãe e/ou acompanhante quanto aos sinais e sintomas de possível infecção. Utilizar técnicas assépticas.
Icterícia neonatal	Monitorizar níveis de bilirrubina sérica. Observar frequência, aspecto e quantidade das eliminações. Promover motilidade gastrointestinal, por meio da alimentação e estimulação de evacuações. Realizar balanço hídrico rigoroso. Realizar cuidados com o recém-nascido caso ele esteja em fototerapia. Registrar aspecto e coloração da pele e áreas atingidas. Verificar a temperatura a cada duas ou três horas.
Integridade da pele prejudicada	Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo. Cuidar do sítio de inserção de dispositivos invasivos. Educar a criança e/ou acompanhante no cuidado cutâneo preventivo. Estimular a hidratação. Estimular a mudança de posição. Explicar cuidados com ostomias, pele e áreas circunvizinhas. Manter a pele limpa e seca. Orientar higiene corporal e oral. Prevenir lesões na pele. Proteger a pele contra infecção. Realizar curativo diário ou quando necessário. Realizar massagem na pele. Realizar o balanço hídrico. Supervisionar o cuidado com a pele.
Membrana da mucosa oral prejudicada	Avaliar a habilidade da criança ou adolescente para realizar a higiene oral. Discutir a importância da higiene oral diária e dos exames dentários periódicos.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	Estimular a hidratação, com a ingestão de líquidos. Manter a mucosa oral hidratada. Orientar a escovação dos dentes (após as refeições e antes de dormir) e inspecionar a boca quanto a lesões, inflamações ou sangramento. Orientar a não consumir alimentos quentes e condimentados.
Pele seca	Avaliar o grau de desidratação da pele. Estimular a maior ingestão de líquidos. Estimular o cuidado corporal, utilizando hidratantes e óleos. Identificar fatores desencadeantes/agravantes. Instruir a criança/acompanhante sobre a importância do cuidado com a pele.
Prurido (especificar a localização)	Avaliar a causa do prurido. Orientar a higiene corporal e da área afetada. Orientar a não friccionar a área a fim de não provocar lesão tissular. Orientar a manter as unhas cortadas e não coçar a pele.
Necessidades psicobiológicas – Regulação térmica	
Temperatura corporal aumentada (Hipertermia)	Arejar o ambiente. Colocar compressas frias nas regiões axilar e inguinal. Ensinar a criança e/ou acompanhante os sinais precoces de hipertermia. Incentivar a ingestão de líquidos. Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos. Observar reações de desorientação/confusão. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto à importância de adequada ingestão de líquidos. Orientar a reposição de líquidos após atividades com grandes gastos de energia. Promover conforto para a criança. Verificar se as roupas ou cobertas são quentes para o ambiente ou para a atividade planejada. Verificar temperatura após uma hora da administração de antitérmico. Verificar temperatura corporal de seis em seis horas ou quando necessário.
Temperatura corporal diminuída (Hipotermia)	Avaliar a criança quanto aos sintomas associados (fadiga, fraqueza, confusão, apatia, tremor). Avaliar risco de hipotermia. Ensinar a criança e/ou acompanhante os sinais precoces de alerta da hipotermia (pele fria, palidez, vermelhidão). Evitar correntes de ar no ambiente. Evitar infusões de líquidos gelados. Manter a criança aquecida com uso de cobertores. Manter a criança hidratada. Monitorar cor da criança. Monitorar nível de consciência. Monitorar o padrão respiratório. Monitorar sinais vitais. Usar cobertas e outros recursos em caso de hipotermia. Verificar temperatura corporal de 6/6 horas ou quando necessário.
Termorregulação ineficaz	Manter a hidratação. Manter a temperatura do ambiente em parâmetro confortável. Manter ambiente em temperatura confortável, com controle do sistema de ar condicionado. Monitorar a temperatura corporal pelo menos a cada quatro horas ou com maior frequência. Monitorar e registrar frequência e ritmos cardíacos, pressão arterial e frequência respiratória pelo menos a cada quatro horas. Orientar banho de acordo com a tolerância. Retirar lençóis e roupas em excesso.
Necessidades psicobiológicas – Regulação vascular	
Débito cardíaco diminuído	Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios pelo menos a cada quatro horas. Avaliar o peso. Avaliar presença e grau de edemas. Avaliar pressões sistêmicas e débito cardíaco. Examinar possíveis sinais de choque. Inspecionar para edemas de membros inferiores ou outras localizações. Medir e registrar com exatidão o balanço hídrico. Monitorar perfis de coagulação. Monitorar sinais vitais de seis em seis horas ou aprazar conforme necessidade. Monitorar sinais vitais. Pesar diariamente a criança antes do café da manhã. Realizar balanço hídrico rigoroso.
Perfusão periférica prejudicada	Avaliar cor, temperatura e textura de pele a cada três horas. Elevar os membros inferiores para aumentar o suprimento sanguíneo arterial. Monitorar os sinais vitais. Orientar períodos de repouso frequente para maximizar a perfusão periférica.
Perfusão periférica preservada	Avaliar cor, temperatura e textura de pele. Monitorar os sinais vitais. Observar o enchimento capilar.
Pressão sanguínea controlada	Ensinar sobre manutenção dos níveis pressóricos. Monitorar pressão arterial. Motivar adesão ao tratamento prescrito. Motivar ingestão de dieta hipossódica. Motivar ingestão de líquidos.
Pressão sanguínea elevada	Atentar para queixas de tonturas. Avaliar cor, temperatura e textura da pele. Avaliar monitoramento cardíaco. Conscientizar a criança e/ou acompanhante sobre a importância da redução do estresse. Identificar estado cardíaco. Monitorar a pressão sanguínea. Monitorar o equilíbrio de líquido. Monitorar presença de dispneia, fadiga.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	Orientar a criança e/ou acompanhante sobre a importância da comunicação a qualquer desconforto torácico. Orientar o adolescente/família sobre a modificação de fatores de risco (parar de fumar, dieta e exercícios) conforme apropriado. Orientar períodos de repouso frequente para maximizar a perfusão periférica. Orientar quanto ao repouso. Orientar quanto aos exercícios moderados. Supervisionar a ingestão da dieta.
Rede vascular periférica prejudicada	Avaliar cor, temperatura e textura de pele da área afetada. Evitar punção endovenosa ou arterial na área afetada. Manter aquecido e elevado no membro afetado para ajudar na circulação sanguínea. Monitorizar a circulação periférica. Observar o enchimento capilar.
Risco de choque	Atentar para sinais de choque. Avaliar cor, temperatura e textura da pele. Avaliar monitoramento cardíaco. Identificar estado cardíaco. Monitorar o ritmo e a frequência cardíaca, a pressão arterial e o pulso periférico a cada três horas.
Risco de sangramento	Observar e registrar presença de sangue. Observar presença de manchas no corpo da criança. Orientar a acompanhante para manter repouso. Orientar a acompanhante para realizar atividade recreativa no leito. Orientar a criança e/ou acompanhante sobre a escovação dos dentes.
Necessidades psicobiológicas – Regulação neurológica	
Comportamento desorganizado	Demonstrar as maneiras apropriadas de interagir com o lactente. Descrever para os pais os sinais potenciais de um distúrbio comportamental no lactente: as respostas inadequadas aos estímulos, como a falha em responder ao contato humano, etc. Explicar aos pais que a maturação do lactente é um processo do desenvolvimento e que sua participação é primordial. Explicar aos pais que suas ações podem ajudar a modificar parte do comportamento do lactente, enfatizando que a maturação do bebê não está totalmente dentro do controle deles. Explorar com os pais as maneiras para lidar com o estresse imposto pelo comportamento.
Comprometimento neuropsicomotor	Auxiliar a criança no autocuidado. Estar atento às formas de comunicação utilizadas pela criança. Monitorar a protrusão da língua. Monitorar o tônus muscular, os movimentos motores, o modo de andar e a propriocepção. Monitorar os tremores.
Convulsão	Afastar objetos possíveis de machucar a criança. Aspirar às secreções da cavidade oral. Colocar a criança em decúbito lateral para facilitar a drenagem da saliva. Fornecer oxigenoterapia, caso necessário. Higienizar a criança se ocorrer liberação de esfínter. Observar os sinais e sintomas na crise convulsiva. Proteger a cabeça da criança, colocando, se necessário, travesseiro na cabeceira.
Risco de comportamento desorganizado	Demonstrar as maneiras apropriadas de interagir com o lactente. Descrever para os pais os sinais de um distúrbio comportamental no lactente: as respostas inadequadas aos estímulos, como a falha em responder ao contato humano, etc. Explicar aos pais que a maturação do lactente é um processo do desenvolvimento e que sua participação é primordial. Explicar aos pais que suas ações podem ajudar a modificar parte do comportamento do lactente, enfatizando que a maturação do bebê não está totalmente dentro do controle deles.
Risco de confusão aguda	Agendar o cuidado de enfermagem de modo a proporcionar momentos de silêncio para o paciente. Examinar o nível de consciência do paciente e as mudanças de comportamento. Limitar ruído e a estimulação ambiental. Utilizar medidas adequadas de segurança, evitando contenções físicas.
Necessidades psicobiológicas – Regulação do crescimento celular	
Crescimento e desenvolvimento compatíveis com a idade	Avaliar o nível de desenvolvimento da criança. Monitorar altura, peso, ingestão nutricional, estado cardiológico e pulmonar. Orientar a acompanhante para fazer acompanhamento mensal da criança. Orientar a mãe sobre os sinais e sintomas de crescimento e desenvolvimento prejudicado da criança. Reforçar as orientações sobre os cuidados com a alimentação da criança.
Crescimento e desenvolvimento incompatíveis com a idade	Avaliar o nível de desenvolvimento da criança/adolescente. Ensinar as atividades selecionadas para pais e membros da família e incentivar brincadeira frequente com a criança. Ficar atenta a sinais e sintomas de desenvolvimento prejudicado da criança. Fornecer atividades de lazer apropriadas, como blocos para construir, bonecas, lápis de cera ou jogos (Selecionar as atividades de lazer e os materiais correlatos de acordo com as capacidades da criança, e não, com a idade cronológica). Informar sobre os cuidados com a alimentação da criança. Monitorar altura, peso, ingestão nutricional e estado cardiovascular e pulmonar. Monitorar o progresso do desenvolvimento em intervalos regulares. Orientar a acompanhante para fazer acompanhamento mensal da criança.
Necessidades psicobiológicas – Regulação imunológica	
Alergia	Analisar a história de exposição recente ao fator causador. Determinar os sintomas atuais do cliente, atentando para relatos de erupção, urticária, prurido, edema, diarreia, náuseas. Identificar os fatores desencadeantes/ causadores. Monitorar atentamente os sinais de reações sistêmicas.
Calendário vacinal incompleto	Controlar calendário vacinal. Educar o paciente e a família quanto ao risco de reações alérgicas. Orientar a atualizar o calendário vacinal para adolescentes.
Risco de disseminação de patógeno	Encorajar o repouso. Limitar o número de visitas, quando necessário.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	Manter técnica de isolamento. Orientar para a tomada de medicamentos.
Risco de infecção	Ensinar medidas protetoras (dieta e sono adequados, imunização) para minimizar o risco de infecção. Instruir sobre os cuidados necessários com o local de descontinuidade na pele, para evitar infecção. Monitorar os sinais vitais. Orientar a criança e/ou acompanhante sobre os sinais e os sintomas de infecção. Orientar a criança/acompanhante sobre a importância de lavar as mãos e manter a higiene corporal. Promover limpeza pessoal e ambiental para diminuir a ameaça de micro-organismos. Proteger a criança contra infecção. Realizar curativo sempre que necessário. Supervisionar a pele. Utilizar máscara, luvas e outros EPI sempre ao manusear o paciente. Avaliar realização de higiene pessoal pela criança e/ou acompanhante.
Sistema imunológico prejudicado	Incentivar alimentação adequada. Manter ambiente isolado quando necessário. Manter técnicas assépticas ao realizar procedimentos. Monitorar calendário vacinal. Orientar atualização do calendário vacinal quando possível.
Necessidades psicobiológicas – Percepção dos órgãos dos sentidos: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	
Audição diminuída	Determinar como se comunicar efetivamente com a criança, usando gestos, palavras escritas, sinais ou leitura labial. Escutar com atenção a criança ou adolescente. Explicar de forma concisa e explícita a respeito do tratamento e procedimento. Falar devagar, com clareza e concisão. Obter atenção da criança ou adolescente por meio do toque. Permitir acompanhamento de familiares na facilitação da comunicação. Permitir que a criança ou adolescente expresse sentimentos a respeito da perda da audição. Registrar a informação quanto ao déficit de audição da criança ou adolescente.
Cólica	Avaliar a cólica quanto à localização, à frequência e à duração. Avaliar a eficácia das medidas de controle da cólica. Monitorar a satisfação da criança com o controle da dor, a intervalos específicos. Oferecer informações sobre as causas da cólica.
Dismenorreia	Aplicar compressa para minimizar a dor. Avaliar os sinais e sintomas da dor, após administração de analgésico prescrito. Oferecer informações à adolescente sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando necessário. Promover conforto e medidas que ajudem a diminuir a dor.
Disúria	Avaliar os sinais e sintomas da dor, após administração de analgésico prescrito. Documentar a coloração e as características da urina. Estimular a ingestão de líquido para diminuir a concentração urinária. Observar o padrão de micção do paciente. Orientar quanto à necessidade de higiene adequada.
Dor (especificar a intensidade)	Aplicar compressa para minimizar a dor. Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração. Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor. Avaliar os sinais e sintomas da dor, após administração de analgésico prescrito. Dar informações à acompanhante sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando necessário. Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, diversão, aplicação de compressas frias/quentes, aplicação de massagem) antes, após e, se possível, durante a atividade dolorosa. Favorecer repouso/sono adequados para o alívio da dor. Investigar a experiência de dor da criança. Monitorar e registrar a eficácia e os efeitos do medicamento administrado. Preparar a criança para o procedimento de administração de medicamento. Promover conforto e medidas que ajudem na diminuição da dor.
Dor aguda	Aplicar calor ou frio, quando apropriado, no sítio da dor. Avaliar os sintomas físicos e indícios comportamentais da criança. Fornecer atividades de diversão, como livros, brinquedos e artes. Fornecer medidas de conforto, como massagem, reposicionamento e instrução sobre respiração profunda e técnicas de relaxamento. Registrar a eficácia e os efeitos adversos da medicação administrada.
Dor crônica	Encorajar a criança a perceber que as intervenções são tentativas de ajuda. Estabelecer metas para o controle da dor com a criança e a família e avaliá-las regularmente. Fazer com que a criança, a família e o enfermeiro participem do controle da dor. Investigar a experiência da dor usando a escala de investigação apropriada ao desenvolvimento da criança e avaliando o seu comportamento. Monitorar a dor após administração de medicamento. Promover um ambiente confiável para a criança e acompanhante.
Dor epigástrica	Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis. Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor. Descrever as características da dor, incluindo o início, a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade e os fatores precipitantes. Monitorar a dor após administração de medicamento. Registrar a ingestão/aceitação alimentar. Registrar vômito quanto às suas características e frequência. Verificar posição e débito da sonda antes de cada alimentação, se sondado.
Percepção sensorial alterada	Conversar com o paciente durante a realização dos cuidados para avaliar o déficit sensorial. Incentivar o uso de aparelhos de adaptação de acordo com a necessidade (ex: auditiva, visual). Orientar quanto à necessidade de acompanhante permanentemente com o paciente para minimizar isolamento. Utilizar técnicas de prevenção de acidentes até que ocorra a adaptação com o ambiente.
Visão diminuída	Descrever o ambiente para a criança/ adolescente. Ensinar o paciente a “ver” com outros sentidos. Identificar-se ao entrar no espaço da criança/adolescente.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	Observar a reação da criança/adolescente à visão diminuída.
Necessidades psicobiológicas – Segurança física, Meio ambiente, Abrigo	
Risco de sufocação	Avaliar a criança em relação aos reflexos de ânsia e deglutição. Avaliar o estado respiratório, pelo menos, a cada quatro horas ou de acordo com os padrões estabelecidos e começar a monitoração cardiopulmonar. Colocar a criança em posição de decúbito lateral ou ventral. Eleva a cabeceira do leito ou colocar a criança na posição de Fowler. Realizar fisioterapia respiratória antes de alimentar a criança. Trocar a posição da criança pelo menos a cada duas horas.
Necessidades psicobiológicas – Terapêutica	
Adesão ao tratamento do filho	Encorajar sempre o familiar para o tratamento da criança/adolescente. Explicar todos os procedimentos. Manter relação de confiança com a equipe.
Falta de adesão ao regime terapêutico	Avaliar barreiras para não adesão ao regime terapêutico. Avaliar conhecimento da criança/adolescente e/ou o acompanhante. Conhecer a condição social em que criança/adolescente e/ou o acompanhante se encontra inserido e adaptar orientação de acordo com seu nível de cognição. Incluir a criança/adolescente e/ou o acompanhante nas decisões relacionadas ao cuidado sempre que possível. Orientar, de acordo com o nível social, as diretrizes do regime terapêutico.
Recuperação cirúrgica adequada	Elogiar a criança e/ou acompanhante sobre a evolução do estado de saúde. Enfatizar a criança e/ou acompanhante quanto à participação no cuidado para promoção e recuperação de saúde. Observar e registrar os sinais e sintomas de melhora da criança. Orientar a criança e/ou acompanhante para manter os cuidados de higiene.
Recuperação cirúrgica retardada	Avaliar a ferida cirúrgica, incluindo localização e tamanho. Observar e registrar sinais de infecção. Orientar a criança e/ou acompanhante sobre o motivo do aumento de dias de internação hospitalar.
Recuperação do estado de saúde retardado	Dar apoio e conforto à criança e/ou acompanhante. Enfatizar a importância da participação no cuidado para a promoção e recuperação da sua saúde. Estabelecer metas junto com a criança e/ou acompanhante para melhorar sua saúde. Informar à criança e/ou acompanhante o motivo do retardo da recuperação do estado de saúde.
Necessidades psicossociais – Segurança emocional	
Agitação (especificar o grau)	Apoiar a criança/adolescente e/ou o acompanhante quanto ao enfrentamento do comportamento ansioso. Escutar atentamente a criança/adolescente e/ou acompanhante e permitir que expressem seus sentimentos verbalmente. Identificar e reduzir estressores ambientais. Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão. Solicitar à criança e/ou acompanhante que defina quais tipos de atividade promovem conforto e incentivá-los a realizá-las.
Angústia (especificar o grau)	Criar uma atmosfera que facilite a confiança. Encorajar a criança a brincar quando estiver sem a família. Encorajar a família a ficar com a criança. Usar abordagem calma e segura.
Ansiedade (especificar o grau)	Apoiar a mãe, ouvindo suas necessidades, tentando ajudá-la. Dar a criança explicações explícitas (conforme a idade), concisas sobre qualquer fato que venha ocorrer. Estimular a criança a realizar atividades que promovem sentimentos de conforto. Explicar para a criança todos os procedimentos a serem realizados, visando reduzir a ansiedade. Identificar e reduzir os vários estressores ambientais (pessoas). Não impor demandas à criança. Oferecer informações adequadas quando solicitadas pela mãe. Proporcionar ambiente tranquilo, retirando ou minimizando os estímulos irritantes. Utilizar brinquedo terapêutico para facilitar a comunicação Promover técnicas de relaxamento.
Ansiedade decorrente da hospitalização	Apoiar a criança e/ou o acompanhante quanto ao enfrentamento do comportamento ansioso. Escutar atentamente a criança e/ou acompanhante, para que possam expressar seus sentimentos verbalmente. Identificar e reduzir estressores ambientais. Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão. Proporcionar oportunidade de a criança engajar-se nas atividades terapêuticas.
Depressão	Ouvir atentamente o adolescente, promovendo relação de confiança. Promover segurança e conforto. Reduzir estímulos ambientais. Solicitar acompanhamento psicológico.
Medo (especificar)	Dar à criança/adolescente as informações exatas sobre sua condição e procedimentos e tratamentos agendados. Incentivar os pais e os membros da família a permanecerem com a criança o máximo possível e a participarem de seu cuidado, quando apropriado. Manter a voz calma. Orientar a criança/adolescente para visões e ruídos da instituição. Passar a maior parte do tempo possível conversando com a criança, para lactentes e infantes, utilizar comunicação não verbal, como segurar e acarinhar. Reconhecer o medo da criança/adolescente. Tranquilizar alegremente a criança de que “tudo ficará bem”.
Necessidades psicossociais – Amor, aceitação, autorrealização	
Desempenho do papel de mãe ineficaz	Apoiar os esforços da mãe à medida que ela se adapta às questões mutáveis das necessidades da criança. Discutir com a mãe suas percepções e filosofias relacionadas ao papel dela na família. Oferecer à mãe oportunidades para expressar suas dúvidas ou convicções a respeito da adequação de suas habilidades de maternidade.
Maternidade/Paternidade prejudicada	Apoiar os esforços familiares à medida que eles se adaptarem às questões mutáveis das necessidades da família. Discutir com os pais suas percepções e filosofias relacionadas ao seu papel na família. Explicar a necessidade do acompanhamento do filho durante a hospitalização. Oferecer aos pais oportunidades para expressarem suas dúvidas ou convicções a respeito da adequação de suas habilidades de paternidade e maternidade. Orientar a importância do vínculo da família.
Risco de maternidade/paternidade	Aconselhar a família.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
prejudicada	Dar suporte para proteção contra abuso. Gerenciar caso. Orientar sobre a importância do vínculo da família.
Necessidades psicossociais – Liberdade e participação	
Conflito com a família	Aconselhar a família a entender os comportamentos do adolescente. Ajudar o adolescente e/ou os pais a compreenderem o valor de conversar sobre os sentimentos do filho.
Necessidades psicossociais – Comunicação	
Comunicação prejudicada	Estabelecer relação de confiança com a criança/adolescente. Estabelecer relação de confiança com a genitora. Estimular a participação da mãe nos procedimentos/tratamentos. Investigar deficiência auditiva. Ouvir atentamente. Usar o lúdico na comunicação.
Comunicação preservada	Elogiar a expressão dos sentimentos e das angústias pela criança. Encorajar a comunicação da criança com outras pessoas. Estimular a comunicação. Orientar a acompanhante sobre a importância de manter o diálogo com a criança.
Necessidades psicossociais – Educação para a saúde/ aprendizagem	
Falta de conhecimento (especificar)	Estabelecer um ambiente de confiança e respeito para estimular o aprendizado. Observar como o adolescente realiza as atividades de autocuidado e orientá-lo, se necessário.
Falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento	Adaptar orientações segundo grau de compreensão da criança/adolescente ou mãe. Avaliar capacidade de aprendizagem da criança/adolescente ou mãe. Avaliar funções cognitivas e compreensão das orientações realizadas. Ensinar a criança/adolescente ou mãe a respeito da doença, tratamento, recuperação e reabilitação. Esclarecer as dúvidas da mãe durante o tratamento da criança/adolescente. Explicar os efeitos dos medicamentos prescritos. Explicar os procedimentos a serem realizados.
Manutenção da saúde prejudicada	Ajudar a criança/adolescente e acompanhante com as atividades de autocuidado, quando necessário. Enfatizar a importância da participação no cuidado para a promoção e recuperação da sua saúde. Ensinar a criança/adolescente e acompanhante a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, exercícios). Orientar quanto a necessidade de abandonar ou reduzir hábitos não saudáveis.
Necessidades psicossociais – Gregária	
Interação social prejudicada	Solicitar a criança/adolescente que defina quais tipos de atividades promovem conforto e incentivá-lo a realizá-las.
Isolamento social	Avaliar suporte social. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias. Encorajar maior envolvimento nas relações estabelecidas. Envolver pessoas significativas para a criança/adolescente em suas atividades sociais. Escutar ativamente, permitindo a criança/adolescente expressar sentimentos.
Necessidades psicossociais – Recreação e lazer/criatividade/autorrealização	
Atividades de recreação deficientes	Avaliar a capacidade de participação da criança/adolescente nas atividades disponíveis. Estimular a participação nas atividades recreativas oferecidas. Incentivar a criança/adolescente a participar de atividades recreativas individualmente ou em grupo.
Atividades de recreação interrompidas	Avaliar a capacidade de participação da criança nas atividades disponíveis. Estimular a participação nas atividades recreativas oferecidas. Identificar a necessidade de mobilidade para a criança. Proporcionar atividades recreativas físicas e mentais. Rever a história de atividades/passa-tempos prediletos e possíveis modificações.
Necessidades psicossociais – Orientação no tempo e no espaço	
Orientação no tempo e no espaço prejudicada	Fornecer com frequência informações básicas (lugar, tempo, e data) quando necessário. Informar a criança/adolescente sobre pessoa, tempo e local, na medida das necessidades. Observar a orientação no tempo, pelo correto conhecimento do dia, mês, época do ano, dia da semana e ano. Observar se a criança/adolescente tem noção do tempo decorrido no hospital ou entre eventos recentes. Perguntar sobre dados pessoais (nome, idade, data de nascimento). Perguntar sobre o lugar (nome do hospital, andar, cidade, endereço). Promover ambiente seguro.
Necessidades psicossociais – Autoimagem, autoestima, autoconfiança, autorrespeito e autoimagem	
Autoestima alterada	Avaliar estado mental, nível de desenvolvimento e capacidade cognitiva. Elogiar ações que o paciente foi capaz de realizar diante das suas dificuldades relatadas. Estimular a criança/adolescente a verbalizar seus sentimentos. Incentivar o paciente a participar das decisões relacionadas ao seu autocuidado de acordo com a sua capacidade.
Autoimagem alterada	Ajudar a identificar os aspectos positivos da imagem corporal. Encaminhar para avaliação psicológica. Ensinar as mudanças fisiológicas e as possíveis mudanças na resposta sexual. Incentivar a expressão de sentimentos de insatisfação com a imagem corporal.
Necessidade psicoespiritual – Religiosidade/Espiritualidade	
Angústia espiritual	Avaliar a importância da espiritualidade na vida da criança/adolescente e acompanhante e no enfrentamento da doença. Investigar o desejo de prática espiritual acessível. Investigar se há prática hospitalar em conflito com suas crenças. Ouvir as necessidades espirituais da criança/adolescente e acompanhante. Proporcionar privacidade e silêncio necessários para as orações diárias. Providenciar visitas de liderança religiosa. Solicitar visita de líder espiritual.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – CRIANÇA 0 – 5 ANOS



**HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**
LAURO WANDERLEY-UFPB

DIVISÃO DE ENFERMAGEM
Sistematização da Assistência de Enfermagem
Clínica Pediátrica

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:			Idade:	
Como é chamado em casa	Sexo: ☐ M ☐ 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: ☐ bradpneica ☐ 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 ☐ creptos

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 nasoenteral ☐ 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 Fontanela: ☐ abaulada ☐ deprimida ☐ normal

Reposição de substâncias hidroeletrólíticas: ☐ 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: _____

Urina: 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☐sonilóquio☐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

Trajetória da coluna: ☐cifose☐lordose ☐escoliose☐presença de tumefação

Força muscular: ☐adequada para idade ☐hipertonia☐hipotonia

Localização: _____

Necessidade de Cuidado Corporal

Higiene corporal: ☐preservada☐prejudicada Frequência de banhos _____ ☐manhã ☐tarde☐noite

Higiene íntima: _____

Higiene bucal: ☐presença de dentes ☐ausência de dentes☐cárie ☐dentes quebrados ☐gengivite ☐lesões

Couro cabeludo: ☐sujo☐limpo ☐pediculose☐miíase☐seborréia☐alopecia ☐lesões

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condições da pele: ☐nódulo☐tumor ☐bolha ☐pústula☐equimose ☐hematoma ☐petéquias☐erisipela

☐celulite Localização _____ Outras Lesões _____ Localização _____

Coloração da pele: ☐hipocorada☐normocorada☐hipercorada☐ictérica ☐pálida

Condições da Mucosa: ☐úmida☐ressecada ☐placas ☐fissuras Outras lesões _____

Necessidade de Regulação Térmica

☐hipotermica☐normotermica☐hipertermica☐tremores ☐calafrios ☐sudorese

Necessidade de Regulação Hormonal

Alteração nos caracteres sexuais: ☐sim☐não Qual _____

Doença Endócrina: ☐sim☐não Qual _____

Necessidade de Regulação Neurológica

Nível de consciência: ☐consciente☐inconsciente ☐orientada☐desorientada

Responde a estímulos: ☐verbais ☐sensitivos

Crises convulsivas: ☐sim☐não Episódio _____

Reflexos: ☐sucção☐moro ☐tônico-cervical ☐preensão ☐marcha ☐Babinsk Compatibilidade dos reflexos para idade: ☐sim ☐não

Necessidade de Regulação Imunológica

Alergias: ☐sim☐não Qual _____

Calendário Vacinal: ☐completo para idade☐incompleto Vacinas faltosas _____

Doenças no sistema imunológico: ☐sim☐não Qual _____

Necessidade de Regulação do Crescimento Celular / Locomoção

Desenvolvimento motor: ☐apóia o corpo com os braços☐senta ☐arrasta-se ☐engatinha

☐fica de pé com apoio ☐fica de pé sem apoio ☐deambula com apoio ☐deambula sem apoio

CD compatível com faixa etária: ☐sim☐não Qual _____

Necessidade de Regulação VascularDoença Cardiovascular: ☐sim☐não Qual _____Perfusão Periférica: ☐preservada ☐diminuídaDoença Cerebrovascular: ☐sim☐não Qual _____Rede Vascular Periférica: ☐Comprometida ☐Preservada

Edema:

☐ausente☐presente

Localização _____

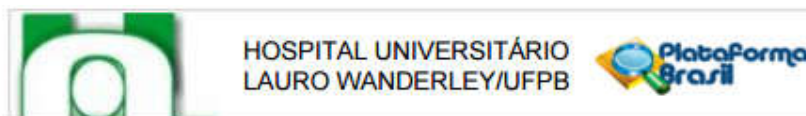
Necessidade de PercepçãoCondição da visão: ☐acompanha objetos com o olhar☐capacidade de coordenar o globo ocular☐capacidade de focalizar objetos a pequena distância ☐estrabismo Olhos: ☐simétricos ☐assimétricosCondição da audição: ☐gira a cabeça em direção aos sons☐presença de reflexo cocleo-palpebral☐muco na canal auditivo☐cerúmen no canal auditivo

Condição da gustação _____

Sensibilidade à dor: ☐comportamento não verbal de dor☐verbalização de dor☐sensação tátil comprometida**Necessidade de Segurança / Amor e aceitação/ Gregária**Sentimentos e Comportamentos: ☐ansiedade☐apatia ☐depressão agressividade ☐irritabilidade☐insegurança ☐medo☐verbalização de figuras imaginárias ☐expressão de sentimento por outras pessoas☐verbaliza falta de familiares ☐evita familiares☐agarra-se a acompanhante na presença de outras pessoas ☐dor sem causa aparente**Necessidade de Comunicação / Recreação e Lazer**Distúrbio da fala: ☐mutismo☐afasia Compreende comandos: ☐verbais ☐não verbais Linguagem da criança: ☐verbal ☐não verbalParticipa das atividades de recreação: ☐sim☐não Motivo _____**4.IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA:**

Enfermeira:	COREN:	Data: ____/____/____

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA AS UNIDADES CLÍNICAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB

Pesquisador: MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43249415.0.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.046.291

Data da Relatoria: 28/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto com abordagens qualitativa e quantitativa, em que serão investigada a validação para a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB, recentemente desenvolvida pela autora do projeto.

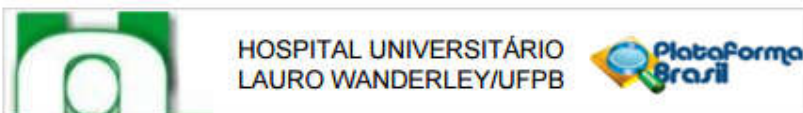
Este se divide em dois subprojetos:

Este projeto de pesquisa será desenvolvido em dois subprojetos:

- 1) Definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB.
- 2) Validação clínica da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB com a realização de estudos de casos clínicos com clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB.

O primeiro projeto de validação por profissionais de Enfermagem da UFPB, e outro de validação clínica através de estudos de caso clínicos (n = 140 casos; 140 indivíduos, incluindo 20 neonatos e 20 crianças) no HULW. O primeiro subprojeto solicitará de cada participante que responda a um

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: cepulw@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.046.291

questionário com termos e definições da nomenclatura supra citada. Os dados serão analisados pelo índice de concordância entre os julgadores. No segundo subprojeto, será feito acompanhamento da assistência de Enfermagem a pacientes atendidos em diversas clínicas do HULW (20 crianças na Clínica Pediátrica, 20 neonatos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 20 mulheres na Clínica Obstétrica, e 20 adultos e/ou idosos nas clínicas Cirúrgica, Médica, Doenças Infectocontagiosas e Unidade de Terapia Intensiva Geral, respectivamente). Cada participante será submetido a um diagnóstico de Enfermagem e respectivas intervenções de Enfermagem, e os resultado das intervenções serão registrados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: 1) Desenvolver definições operacionais para os enunciados de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB.

2) Validar clínica a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB com a realização de estudos de casos clínicos com pacientes/usuários das áreas de especialidades clínicas.

Objetivo Secundário:

Primeiro subprojeto:

Objetivos específicos:

Fazer uma revisão da literatura sobre o significado dos conceitos de diagnósticos de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB;

Realizar o mapeamento do significado dos conceitos com a identificação dos seus indicadores empíricos;

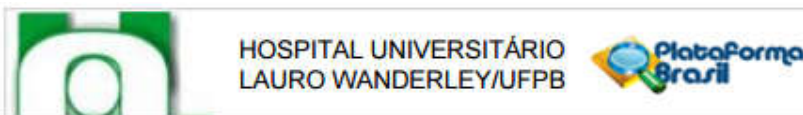
Fazer a afirmação da definição operacional para os diagnósticos de enfermagem;

Validar com enfermeiros, assistências e docentes que atuam na área de especialidade clínica, a definição operacional de todos os diagnósticos de enfermagem.

Segundo Subprojeto:

Objetivos específicos:

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: cepulw@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.046.291

Identificar as necessidades humanas básicas afetadas nos clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB;

Identificar os diagnósticos de enfermagem, denominando-os a partir dos enunciados construídos e validados para os pacientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB;

Fazer o planejamento da assistência de enfermagem, com a identificação dos resultados e intervenções de enfermagem contidos na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB;

Implementar o plano assistencial de enfermagem com os pacientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB;

Avaliar a assistência de enfermagem prestada aos pacientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram apresentados adequadamente, conforme recomendações da Resolução 466/2012, do CNS/MS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se devidamente elaborado para alcançar os objetivos traçados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Recomenda-se que o pesquisador responsável e demais colaboradores, CUMPRAM, EM TODAS AS FASES DO ESTUDO, A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW. Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o pesquisador responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

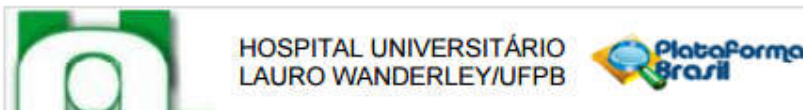
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as pendências referidas no parecer anterior foram atendidas, somos de parecer favorável à sua execução.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: cepulw@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.048.291

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo Colegiado do CEP/HULW em Reunião Ordinária realizada no dia 28 de abril de 2015. Ressaltamos que, antes de iniciar a pesquisa, o pesquisador responsável deverá comparecer ao CEP, para receber a CERTIDÃO DE APROVAÇÃO. Informamos ainda que após o término da pesquisa, o pesquisador responsável, em atendimento à Resolução 466/2012, do CNS/MS, deverá inserir (via online) através de Notificação na Plataforma Brasil, o Relatório Final de cada subprojeto, para receber a Certidão Definitiva.

JOAO PESSOA, 03 de Maio de 2015

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
 (Coordenador)

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: cephulw@hotmail.com