



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

DANILO MARIA BATISTA GUEDES

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

CAMPINA GRANDE – PB

2013

DANILA MARIA BATISTA GUEDES

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Orientador: Prof^a Ms. Eloíde André Oliveira

CAMPINA GRANDE – PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

G924d Guedes, Danila Maria Batista.
Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma
Unidade de Terapia Intensiva pediátrica [manuscrito] /
Danila Maria Batista Guedes. – 2013.
58 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro
de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Ms. Eloíde André Oliveira,
Departamento de Enfermagem”.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Unidade de terapia
intensiva. 3. Assistência em enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 610.736

DANILA MARIA BATISTA GUEDES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Aprovado em 11/09/2013



Prof.^a Ms. Eloíde André Oliveira / UEPB

Orientadora



Enf.^a Especialista em Urgência e Emergência Aline Ferreira de Carvalho/ Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Examinadora



Enf.^a Especialista em Terapia Intensiva Socorro Alana Ramalho Rocha/ Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Examinadora

Dedico à minha mãe, Fátima, que muitas vezes sacrificou os seus sonhos para que eu realizasse os meus.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a Luz que guia as minhas escolhas e a Fortaleza que sustenta a minha vida.

Aos meus amados pais, Dalton e Fátima, por todo amor e dedicação. Obrigada por sempre acreditarem em mim e por me proporcionarem condições necessárias para que eu alcance os meus propósitos de vida que juntos traçamos. Eu amo vocês.

Aos meus queridos irmãos, Dalton Filho, Anderson e Roni, agradeço o incondicional apoio e os conselhos que sempre me deram. Obrigada também pelo carinho que a mim dedicam todos os dias.

Aos meus sobrinhos, Miguel, Mariana e Rafael, obrigada pela experiência maravilhosa que me trouxeram.

Aos meus adoráveis tios e tias que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu chegasse até aqui, em especial às minhas madrinhas Socorro e Marlúcia por serem outras mães em minha vida. Família linda e abençoada muito obrigada por tudo.

Ao Benoni Júnior agradeço pelo seu companheirismo, cumplicidade, lealdade, respeito e amor que me confere todos os dias mesmo que a distância não nos favoreça.

À Eloíde André Oliveira, minha orientadora, obrigada por me ensinar a amar a Enfermagem e por todo incentivo e conhecimento que dividiu comigo durante minha trajetória acadêmica. Que Deus a ilumine sempre.

Às amigas fraternas que desde o tempo de colégio me acompanham e tornam a minha vida mais feliz.

Aos colegas de curso com quem convivi a maior parte do tempo nos últimos anos e que me confortam diariamente com suas histórias e alegrias. Em especial, Luana, Zufla e Cláudia que em muito contribuíram para a realização desta pesquisa.

À Universidade Estadual da Paraíba, agradeço pelo suporte fornecido para que eu adquira a tão almejada realização profissional.

Ao Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, obrigada pela oportunidade de realizar esta pesquisa com todo apoio imperioso. Em especial à equipe da UTI Pediátrica.

Às enfermeiras, Ana Larissa César e Socorro Alana Ramalho, obrigada pela troca de conhecimentos, apoio e receptividade que confiaram a este estudo.

Enfim, agradeço a todos que de alguma maneira colaboraram para que este trabalho fosse concluído com êxito, em especial às mães e aos responsáveis das crianças estudadas nesta pesquisa.

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço completo dotado de aparelhos de monitorização contínua que visa à recuperação da saúde de indivíduos em condição potencialmente grave ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. A SAE aplicada aos pacientes da UTI proporciona uma assistência individualizada e baseada nas reais necessidades do indivíduo. Esta pesquisa teve por fim identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do município de Campina Grande – PB. Tratou-se de um estudo com abordagem quantitativa, que teve como campo a UTI Pediátrica de um Hospital Público. Foi composto de duas etapas, sendo que na primeira foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados na UTI Pediátrica, e na segunda foram identificados os principais fatores relacionados, as características definidoras e os domínios desses diagnósticos. Como resultado obtivemos os 10 diagnósticos de enfermagem mais frequentes na UTI Pediátrica: em primeiro lugar Risco de infecção (86,67%), seguido de Motilidade gastrintestinal disfuncional (60%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (53,33%), Risco de integridade da pele prejudicada (40%), Risco de trauma vascular (40%), Risco de desequilíbrio eletrolítico (36,67%), Ventilação espontânea prejudicada (36,67%), Dor aguda (33,33%), Constipação (33,33%) e Integridade da pele prejudicada (26,67%). A identificação dos diagnósticos de enfermagem permite que a assistência prestada seja direcionada e específica aos reais e potenciais problemas de saúde do sujeito a ser cuidado. Em pacientes com estado de saúde crítico, como os que se encontram internados em uma UTI, é essencial que o enfermeiro esteja qualificado, treinado e comprometido em identificar corretamente as evidências clínicas, estabelecer o diagnóstico e as intervenções de enfermagem. Durante a pesquisa foi possível perceber que a SAE ainda não é uma prioridade para a equipe de enfermagem e que muitos enfermeiros não estão habituados e treinados a identificar os diagnósticos de enfermagem. Porém, vimos que é possível a implantação da SAE desde que haja empenho e direcionamento das ações por parte de toda a equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem, UTI, Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is a complete space endowed apparatus for continuous monitoring that aims at recovering the health of individuals in potentially serious condition or imbalance of one or more organ systems. The Systematization of Nursing Care (NCS) is configured as a methodology to organize and systematize the care, based on the principles of the scientific method. The NCS applied to ICU patients provides an individualized care and based on the real needs of the individual. This research was finally to identify nursing diagnoses more frequent in patients admitted to an Intensive Care Unit Pediatric in Campina Grande – PB. This was study with quantitative approach, wich was to field the pediatric ICU of a public hospital. The study comprised two stages, the first of wich were identified nursing diagnoses more frequent in pediatric ICU patients admitted in this, and in the second stage identified the main related factors, defining characteristics and domains of these diagnoses. As a result we obtained the 10 most common nursing diagnoses in pediatric ICU: in the first place Risk of infection (86,67%), followed by Dysfunctional gastrointestinal motility (60%), Ineffective airway (53,33%), Risk for impaired skin integrity (40%), Risk of vascular trauma (40%), Risk of electrolyte imbalance (36.67%), Impaired spontaneous ventilation (36.67%), Acute pain (33.33%), Constipation (33.33%) and Impaired skin integrity (26.67%). The identification of nursing diagnoses allows assistance be directed and specific to actual and potential health problems of the subject to be careful. In patients with critical condition, as those who are hospitalized in an ICU, is essential that the nurse is qualified, trained and committed to correctly identify the clinical evidence, establish the diagnosis and nursing interventions. During the research it was revealed that the NCS is still not a priority for the nursing staff and that many nurses are not used and trained to identify the nursing diagnoses. However, we have seen that it is possible the deployment of NCS provided there is commitment and directing actions on the part of all nursing staff.

Keywords: Systematization of Nursing Care, ICU, Nursing Care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Domínios e classes dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB.....34

TABELA 2: Características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco encontrados para os dez diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB.....38

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Conceitos diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB.....	35
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	15
3.2 Classificação das UTIs	16
3.3 Florence Nightingale e a Enfermagem	22
3.4 A Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	22
3.5 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	24
3.6 Sistemas de Classificação em Enfermagem: <i>Nursing Interventions Classification</i> (NIC) e <i>North American Nursing Diagnosis Association</i> (NANDA)	27
4 PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1 Tipo de pesquisa e local realizado	29
4.2 População e Amostra	29
4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	30
4.4 Instrumento de coleta de dados	30
4.5 Procedimento de coleta de dados	30
4.5.1 1ª ETAPA - Identificação dos diagnósticos de enfermagem	31
4.5.2 2ª ETAPA - Identificação dos principais fatores de risco e relacionados, das características definidoras e os domínios nos diagnósticos de enfermagem	31
4.6 Processamento de análise de dados	32
4.7 Aspectos Éticos	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
5.1 Domínios e Diagnósticos de Enfermagem	33
5.2 Características definidoras, Fatores Relacionados e Fatores de Risco	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	51
ANEXO A – Roteiro adaptado do Histórico de Enfermagem sugerido por Amantes et al. (2009)	52
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (OBS: menor de 18 anos ou mesmo outra categoria inclusa no grupo de vulneráveis)	55
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética	57

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço completo dotado de aparelhos de monitorização contínua que visa à recuperação da saúde de indivíduos em condição potencialmente grave ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. Esta apresenta recursos tecnológicos complexos e específicos, assim como uma equipe de saúde alerta e especializada para qualquer necessidade.

Geralmente, a UTI é formada por uma equipe multidisciplinar composta por diversos profissionais da saúde, os quais devem oferecer uma assistência 24 horas por dia ao paciente, e a equipe de enfermagem precisa estar presente em todas as circunstâncias desse ambiente hospitalar.

Como líder da equipe de enfermagem, o enfermeiro gerencia e aperfeiçoa a assistência de enfermagem de maneira segura, organizada, dinâmica e competente, mas, para que isso ocorra é necessário que este profissional se insira na realidade concreta de forma consciente, técnica e científica (BACKES et al., 2005).

Truppel et al. (2009) afirma que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A SAE além de direcionar a prática da enfermagem, proporciona o cuidado integral e individualizado e funciona como um artifício de aproximação entre enfermeiro, paciente e família. Todavia, para que a assistência seja regulada em conhecimentos científicos, o método empregado na implementação da SAE deve ser simples o bastante para que a prática seja direcionada às necessidades de cada paciente.

O processo de trabalho de enfermagem na UTI é indispensável, pois se caracteriza por atividades assistenciais complexas que exigem alta competência técnica e científica para lidarem com situações de saúde graves dos pacientes ali internados. Não obstante, os profissionais atuantes nas UTIs necessitam, além do conhecimento científico e da habilidade

técnica, buscar conhecimentos para realizar intervenções também junto às famílias das crianças hospitalizadas (MOLINA et al., 2007).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, além de possibilitar a constatação das ações de enfermagem dando, portanto, visibilidade à profissão, conferirá a cientificidade tão almejada e necessária às profissões. E, desta forma, sua utilização no ensino, na assistência e na pesquisa, continua sendo um compromisso assumido pelas enfermeiras, refletindo a qualidade e a responsabilidade profissional (BARROS, 2009). A SAE representa, para os pacientes, instituição, fontes pagadoras e, principalmente, para a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional da saúde, um documento de relevante valor técnico, científico e ético-legal (BACKES et al., 2005).

Os efeitos da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) para a profissão definem o papel da enfermagem ao usuário e a outros profissionais do atendimento à saúde permitindo uma maior visibilidade e profissionalismo.

Muitos são os proveitos da SAE para o processo de cuidar. Para o cliente que se beneficia juntamente com a sua família pelo cuidado humanizado e individualizado, estimulando-os na participação ativa do cuidado; oferecendo dados para o histórico, auxiliando na implementação e proporcionando feedback para a avaliação e uma garantia de maior independência do paciente durante e após seu processo de doença.

Para a Enfermagem que tem sua satisfação profissional aumentada pela resolutividade; seu aperfeiçoamento profissional acentuado e o desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais. Além de proporcionar a essa profissão autonomia frente aos demais trabalhadores da saúde, facilitar a interação enfermeiro-cliente e estimular a inovação e a criatividade na solução de problemas de cuidado de enfermagem.

Para o acadêmico de Enfermagem procura-se, através da SAE, aprofundar e solidificar a estrutura teórica-prática na assistência de enfermagem na perspectiva de uma prática humanizada e individualizada propiciando ainda, experiência na implantação da SAE e sua operacionalização.

Para o Serviço objetiva-se estimular, através da reflexão e avaliação da assistência oferecida, a busca por uma assistência de qualidade, com eficiência, efetividade e um menor tempo de internação possível, o que permitirá junto à rede de saúde e a comunidade uma visibilidade positiva e assertiva de seus processos e assistência à saúde.

O processo de enfermagem possui cinco etapas distintas, porém interrelacionadas: investigação/ histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação/ intervenções de enfermagem e avaliação de enfermagem.

A fase dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) é uma fase categórica para um satisfatório direcionamento da SAE. Os DE proporcionam um método útil para organizar o conhecimento e consistem em uma etapa que para ser realizada necessita do Histórico de Enfermagem que compreende conhecer hábitos individuais e biopsicossociais do paciente visando à adaptação do mesmo à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas, e o Exame Físico que é realizado diariamente por meio de técnicas de inspeção, ausculta, palpação, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico (CAIXETA, 2007).

Mesmo com um número relevante de pesquisas recentes relacionadas à SAE no Brasil, especificamente aos diagnósticos de enfermagem, percebe-se que ainda é elementar quando se analisa a acuidade desse conhecimento na prestação da assistência de enfermagem. “A utilização dos diagnósticos de enfermagem como referencial para o levantamento de dados, implica em reformular e adequar o conteúdo tradicional de ensino de coleta de dados à luz deste novo referencial” (PIMENTA et al., 1993).

Segundo Barros, Marin e Abrão (2002), o diagnóstico de enfermagem é definido pela NANDA como julgamento clínico sobre as respostas individuais, familiares ou comunitárias aos atuais ou potenciais problemas de saúde. A identificação dos DE não expõe apenas as consequências geradas pelos processos patológicos do paciente, mas também aquelas geradas pelos agentes que o permeiam, sabido que, uma assistência prestada de maneira imprópria pelos profissionais de saúde refletirá no surgimento de diagnósticos mais graves.

Frente a essa realidade, este trabalho teve por fim identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar os domínios dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma UTI Pediátrica.
- Identificar as principais características definidoras, fatores relacionados e fatores de riscos dos diagnósticos de enfermagem mais encontrados na referente UTI.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Para Costa et al. (2009), Florence Nightingale teve importante participação na construção do ensino de enfermagem, através de seus saberes e práticas relacionadas à profissão.

Em 1854 durante a Guerra da Criméia, Nightingale descreveu procedimentos de cuidados relacionados aos pacientes e ao ambiente, com a finalidade de diminuir os riscos da infecção hospitalar. Florence solicitava que as enfermeiras mantivessem um sistema de relato dos óbitos hospitalares com o objetivo de avaliar o serviço. Ela postulou sobre a importância de pequenas enfermarias, ligadas por corredores abertos. Da mesma forma, pregou a necessidade de ambientes assépticos e muito limpos bem como explicitou a transmissão da infecção especialmente por contato com substâncias orgânicas. A partir desta reflexão pode-se identificar a evolução histórica das doenças infecciosas e seus mecanismos de controle (FONTANA, 2006).

Ao reunir os feridos de guerra em um mesmo ambiente permitindo assim uma assistência mais direta e eficiente, Florence idealizou as unidades de terapia intensiva de hoje, nas quais os pacientes são reunidos num mesmo espaço visando facilitar, racionalizar e tornar mais eficiente o tratamento (BARBOSA, 2009).

Segundo a Portaria nº 3432/ 1998 do Ministério da saúde as Unidades de Tratamento Intensivo “são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica”.

Criada em meados de 1926 nos Estados Unidos e surgindo no Brasil em meados da década de 70, a UTI desempenha, atualmente, um papel decisivo na chance de sobrevivência de pacientes gravemente enfermos, sejam eles vítimas de trauma ou de qualquer outro tipo de ameaça vital (PEREIRA JÚNIOR et al., 1999).

As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica

e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado (VILA e ROSSI, 2002).

Nas últimas décadas essas unidades têm se tornado uma concentração não somente de pacientes críticos e de tecnologia avançada, mas também de uma equipe multiprofissional experiente com competências específicas. Este envolvimento de profissionais de diversas áreas tornou o gerenciamento da Unidade de Terapia Intensiva mais complicado, uma vez que o esforço de todos estes profissionais deve ser canalizado para o melhor cuidado com o paciente (PEREIRA JÚNIOR et al., 1999).

Devido às suas características, a UTI necessita de alguns serviços básicos e essenciais para apoiá-la, como laboratório clínico, radiologia, farmácia, entre outros. Esses serviços devem ser mantidos em condições adequadas, a fim de viabilizar uma operação segura e rápida. A não eficácia e rapidez no atendimento desses serviços às necessidades do paciente da UTI podem gerar na equipe sentimentos de angústia, irritação e desânimo ocasionando, eventualmente, o estresse (CORONETTI et al., 2006).

Em se tratando das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) e das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPs), ambas, foram criadas com o objetivo de salvar a vida de crianças em risco iminente de vida, e o desenvolvimento da ciência médica, mediante a realização de procedimentos cada vez mais complexos e por vezes invasivos, aliados à utilização de tecnologias cada vez mais potentes, tem conseguido salvar e prolongar a vida de pacientes de todas as idades (MOLINA et al., 2007).

No Brasil, foi apenas a partir do final da década de 1980 que a família começou a participar do cuidado à criança hospitalizada. O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe por meio da Lei nº. 8069/1990 artigo 12, que os hospitais devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

3.2. Classificação das UTIs

O Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998 estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI e em seu artigo 2º resolve que para as finalidades desta portaria, as UTIs serão classificadas em tipo I,

II e III. O artigo 2º em seu primeiro parágrafo ainda delibera que as unidades cadastradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da vigência desta portaria, serão classificadas como tipo I.

As Unidades de Tratamento Intensivo tipo I são as UTI's que estão em processo de adequação à legislação vigente, ou seja, a Portaria GM/MS nº 3.432/98, no entanto continuam em funcionamento, porém estuda-se a possibilidade dos respectivos leitos se tornarem leitos semi-intensivos.

As unidades que comprovarem o cumprimento das especificações do anexo desta portaria poderão ser credenciadas pelo gestor nos tipos II ou III, de acordo com a necessidade de assistência da localidade onde estão inseridas. Abaixo seguem essas especificações:

Das Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II:

Deve contar com equipe básica composta por:

- Um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica;
- Um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada 10 leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde;
- Um médico plantonista exclusivo para até 10 pacientes ou fração;
- Um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem;
- Um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 10 leitos ou fração, por turno de trabalho;
- Um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração no turno da manhã e da tarde;
- Um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho;
- Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza;

- Acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista;

O hospital deve contar com:

- Laboratório de análises clínicas disponível nas 24 horas do dia;
- Agência transfusional disponível nas 24 horas do dia;
- Hemogasômetro;
- Ultrassonógrafo;
- Eco-doppler-cardiógrafo;
- Laboratório de microbiologia;
- Terapia renal substitutiva;
- Aparelho de raios X móvel;
- Serviço de Nutrição Parenteral e Enteral;
- Serviço Social;
- Serviço de Psicologia.

O hospital deve contar com acesso a:

- Estudo hemodinâmico;
- Angiografia seletiva;
- Endoscopia digestiva;
- Fibrobroncoscopia;
- Eletroencefalografia.

Materiais e Equipamentos necessários:

- Cama de Fowler, com grades laterais e rodízio, uma por paciente;
- Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;

- Carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para entubação endotraqueal, dois para cada 10 leitos ou fração;
- Ventilador pulmonar com misturador tipo blender, um para cada dois leitos, devendo 1/3 dos mesmos ser do tipo microprocessado;
- Oxímetro de pulso, um para cada dois leitos;
- Bomba de infusão, duas bombas por leito;
- Conjunto de nebulização, em máscara, um para cada leito;
- Conjunto padronizado de beira de leito, contendo: termômetro (eletrônico, portátil, no caso de UTI neonatal), esfigmomanômetro, estetoscópio,ambu com máscara (ressuscitador manual), um para cada leito;
- Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, toracotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia;
- Um monitor de pressão invasiva;
- Marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade,
- Eletrocardiógrafo portátil, dois de uso exclusivo da unidade;
- Maca para transporte com cilindro de oxigênio, régua tripla com saída para ventilador pulmonar e ventilador pulmonar para transporte;
- Máscaras de venturi que permita diferentes concentrações de gases;
- Aspirador portátil;
- Negatoscópio;
- Oftalmoscópio;
- Otoscópio;
- Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

- Cilindro de oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;
- Conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, um para cada quatro leitos, no caso de UTI neonatal, um para cada dois leitos;
- Capacete para oxigenoterapia para UTIs pediátrica e neonatal;
- Fototerapia, um para cada três leitos de UTI neonatal;
- Incubadora com parede dupla, uma por paciente de UTI neonatal;
- Balança eletrônica, uma para cada dez leitos na UTI neonatal.

Humanização:

- Climatização;
- Iluminação natural;
- Divisórias entre os leitos;
- Relógios visíveis para todos os leitos;
- Garantia de visitas diárias dos familiares, à beira do leito;
- Garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins.

Das Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III:

As Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III devem além dos requisitos exigidos para as UTIs tipo II, contar com:

- Espaço mínimo individual por leito de 9m² sendo para UTI Neonatal o espaço de 6m² por leito;
- Avaliação através do APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) se for UTI Adulto, o PRISM II (*Pediatric Risk of Mortality*) se UTI Pediátrica e PSI (*Physiologic Stability Index*) modificado se UTI Neonatal.

- Além da equipe básica exigida pela a UTI tipo II, devem contar com:
 - Um médico plantonista para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB);
 - Enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho;
 - Fisioterapeuta exclusivo da UTI;
 - Acesso a serviço de reabilitação.
- Além dos requisitos exigidos para as UTI tipo II, o hospital deve possuir condições de realizar os exames de:
 - Tomografia axial computadorizada;
 - Anatomia patológica;
 - Estudo hemodinâmico,
 - Angiografia seletiva,
 - Fibrobroncoscopia;
 - Ultrassonografia portátil.
- Além dos materiais e equipamentos necessários para as UTI tipo II, o hospital deve contar com:
 - Metade dos ventiladores do tipo microprocessado, ou um terço, no caso de UTI neonatal;
 - Monitor de pressão invasiva, um para cada cinco leitos;
 - Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva;
 - Capnógrafo;
 - Equipamento para fototerapia para UTI Neonatal, um para cada dois leitos;
 - Marcapasso transcutâneo.

3.3. Florence Nightingale e a Enfermagem

De acordo com a Lei do Exercício Profissional (nº7498/1986) cabe ao enfermeiro, privativamente, o planejamento, organização, coordenação e execução dos serviços de assistência de enfermagem. São atividades privativas devido ao caráter científico exigido por tais ações que necessitam da competência de um profissional de nível superior.

Entre as características de uma ciência encontra-se o fato da mesma possuir um corpo de conhecimentos próprios e singulares. Com Florence Nightingale a enfermagem iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, eminentemente intuitiva e empírica (MORAES e PENICHE, 2003).

Apesar da forte influência de Florence Nightingale, a enfermagem acabou por assumir uma orientação profissional dirigida para o imediatismo, baseando-se em ações práticas, de modo intuitivo e não-sistematizado. Alguns enfermeiros acostumaram-se a exercer a profissão sob a mesma ótica de profissionais médicos, centralizando suas ações mais na doença do que no paciente. Desse modo, ocorreu uma quase estagnação da enfermagem centrada no modelo biomédico, que perdurou por muitas décadas (SOUZA, 1984).

Nightingale idealizou uma profissão embasada em reflexões e questionamentos, tendo por objetivo edificá-la sob um arcabouço de conhecimentos científicos diferentes do modelo biomédico (TANNURE e GONÇALVES, 2008). Existe atualmente, um maior interesse ao ensino da enfermagem, estando evidente pelo crescimento das pesquisas na área e pelo número de publicações concentradas na teoria do conhecimento em enfermagem. Estes esforços têm contribuído para o avanço da disciplina, e desafiam as enfermeiras a articular os fundamentos teóricos da sua própria prática (COSTA et al., 2009).

3.4. A Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

A assistência de enfermagem, em Unidade de Terapia Intensiva, é uma especialidade em constante crescimento, em termos de conhecimentos científico, tecnológico e administrativo. A admissão de pessoal de enfermagem para trabalhar em UTIs deve levar em conta não somente a competência técnica do indivíduo, mas os princípios de disciplina, ética e responsabilidade profissional. Essa equipe tem que estar apta a responder por suas ações no

que se refere à esfera das funções e deveres no trabalho. Deve, também, estar constantemente motivada e num processo de melhora do nível profissional através de um programa de educação continuada (PEREIRA JÚNIOR et al., 1999).

Para Inoue e Matsuda (2010) o processo de trabalho de enfermagem em UTI é caracterizado por atividades assistenciais complexas que exigem alta competência técnica e científica, afinal, a tomada de decisões imediatas e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte de pessoas. Nesse contexto, é de suma importância prover e manter pessoal de enfermagem qualificado e adequadamente dimensionado para desenvolver a assistência de enfermagem com qualidade e segurança.

Para isto, o COFEN, instituição legisladora da enfermagem, buscou estabelecer com a resolução do COFEN n.º 293/2004, um dimensionamento mínimo, quantitativo, para o quadro de profissionais de enfermagem que deve basear-se em características relativas à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem e à clientela, na busca de melhorias na qualidade da prestação de serviço nas UTIs.

É importante abordar a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem na UTI, com a finalidade de provocar uma reflexão da equipe e, em especial, dos enfermeiros (VILA e ROSSI, 2002).

Para a AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira, humanizar a UTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um. A humanização é um processo que envolve todos os membros da equipe na UTI. A responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Inclui a avaliação das necessidades dos familiares, grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados e a preservação da integridade do paciente como ser humano (NUNES et al., 2004).

Quando a internação da criança se processa em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, os pais, especialmente as mães por serem elas quem mais acompanham os filhos, devem ser incluídos na perspectiva do cuidado dos profissionais de enfermagem. Nessa perspectiva, é importante que o profissional de enfermagem estabeleça com as mães de crianças internadas um relacionamento empático e intersubjetivo, facilitando sua participação no cuidar (MORAIS e COSTA, 2009).

3.5. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Para Piccoli e Matos (2003) uma das formas para estabelecer não um protocolo ou uma norma, mas uma forma de atendimento integral e individualizado ao paciente seja a sistematização da assistência de enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o instrumento profissional do enfermeiro, que guia sua prática e pode fornecer autonomia profissional e concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também documentar sua prática profissional, visando à avaliação da qualidade da assistência prestada, possuindo um enfoque holístico, ajudando a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença, agilizando diagnósticos e tratamentos, promovendo melhora de comunicação e prevenindo erros e omissões (MACHADO, 2010).

Para Araújo et al. (1996) apud Backes et al. (2005), a SAE representa a construção dinâmica de um novo espaço cultural voltado para um sistema de valores que pressupõe a superação constante da descrença e do conformismo, da fragmentação e da burocratização, a fim de estimular a liberação da criatividade e da subjetividade, tendo em vista uma nova percepção da realidade, ou seja, uma mudança no papel do enfermeiro.

A autonomia na profissão só será adquirida quando toda a classe começar a utilizar a metodologia científica, que é a SAE, em suas ações, ou seja, quando estiver em prática a aplicação sistemática do processo de enfermagem (TANNURE e GONÇALVES, 2008).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências na Resolução nº 358/2009 onde afirma em seu artigo 1º que “o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistematizado, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”.

A sistematização da assistência implica na utilização de uma metodologia de trabalho, qualquer que seja o referencial teórico utilizado, e requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas (MORAES e PENICHE, 2003).

A principal função da sistematização da assistência de enfermagem é direcionar a prática, portanto, o método empregado necessita de simplicidade para facilitar a prática e ser aplicado à realidade, adaptando-se às necessidades de cada paciente. Esse método deve permitir maior aproximação do enfermeiro com o paciente e a família, possibilitando ainda assistência pautada em conhecimento científico (PICCOLI e MATOS, 2003).

Para que o enfermeiro desempenhe de forma diferenciada a sua função e possa contribuir com benefícios ao paciente, deve prestar uma assistência sistematizada, tornando suas ações mais científicas possíveis (CUNHA, 2006).

Acredita-se que no cuidado em UTI o processo de enfermagem se torna imprescindível devido à gravidade da situação de saúde dos pacientes internados, dificultando a entrevista e exigindo uma observação e exame físico adequados, a necessidade de ação rápida, segura e efetiva da equipe de enfermagem e o longo tempo de permanência desses pacientes no ambiente hospitalar (AMANTE et al., 2009).

Carpenito (1997) e Alfaro-Léfevre (2002) apud Bittar et al. (2006) afirmam que o processo de enfermagem, considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação.

A primeira fase do processo de enfermagem é a investigação, o histórico de enfermagem, onde é realizado o levantamento de dados e de definição do problema no método científico. A coleta de dados ou a avaliação inicial requer do enfermeiro habilidades referentes à abordagem do paciente que envolve técnicas de entrevista e de exame físico, além daquelas necessárias para julgar e decidir os rumos da avaliação numa dada circunstância. Resulta daí a preocupação crescente com a aprendizagem de habilidades que permitam capacitá-lo para o desempenho dessa atividade (PIMENTA et al., 1993).

A segunda fase é o diagnóstico de enfermagem que, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), é “um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/ processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária”. Pimenta et al. (1993), afirma que o diagnóstico de enfermagem é o elemento que preenche a lacuna entre a coleta de dados e o

planejamento do cuidado. Assim, da mesma forma que a coleta de dados, ele não possui uma finalidade em si mesmo. Embora ambos subsidiem as etapas posteriores do processo de enfermagem, e nas intervenções e avaliação dos seus resultados que culmina o processo de cuidar.

Os diagnósticos devem ser identificados e listados em ordem de prioridades, com base no grau de ameaças ao nível de bem-estar do cliente, proporcionando, assim um foco central para as etapas subsequentes. Eles são bastante úteis para a realização das atividades práticas e clínicas dos enfermeiros e contribuem para a implantação da etapa seguinte do processo de enfermagem uma vez que possibilita a identificação dos problemas do cliente com vistas ao reestabelecimento e à promoção de sua saúde (TANNURE e GONÇALVES, 2008).

Segundo a NANDA, os diagnósticos de enfermagem apresentam componentes estruturais: o título, a definição, os fatores relacionados, fatores de risco e as características definidoras.

Os fatores relacionados são a etiologia do problema, e podem ser de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, ambiental e espiritual. Já os fatores de risco são os que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade a um evento, sejam eles ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos. As características definidoras são as manifestações clínicas, as evidências que levam o profissional a concluir que um problema existe (TANNURE e GONÇALVES, 2008).

A terceira etapa é o planejamento da assistência de enfermagem que consiste em um plano de ações para se alcançarem resultados em relação a um diagnóstico de enfermagem (BACHION, 2002).

A implementação constitui a quarta fase do processo de enfermagem e ocorre quando o planejamento realizado na terceira fase é posto em prática. Segundo Tannure e Gonçalves (2008) as prescrições de enfermagem baseiam-se no fator relacionado e nas características definidoras identificados no enunciado do diagnóstico de enfermagem; portanto, as atividades de enfermagem definirão os cuidados necessários para se eliminarem os fatores que irão contribuir para o aparecimento da reação humana.

A quinta e última fase da SAE é a avaliação que consiste em acompanhar o progresso do cliente, objetivando atingir os resultados esperados através da monitoração de suas

respostas, bem como da eficácia da prescrição de enfermagem, que poderá ser modificada sempre que necessário.

A avaliação do registro das etapas da SAE tem sua importância como facilitadora da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao cliente/paciente (REPPETTO e SOUZA, 2005). É possível a implementação da assistência de enfermagem, desde que exista a vontade e disposição da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro, em superar as dificuldades que existam (AMANTE et al., 2009).

3.6. Sistemas de Classificação em Enfermagem: *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* e *Nursing Interventions Classification (NIC)*.

Com a necessidade de padronizar a linguagem da enfermagem, diferentes sistemas de classificação foram desenvolvidos, como a *Nursing Interventions Classification (NIC)*, a *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), entre outras (TRUPPEL et al., 2009).

A taxonomia da NANDA é, atualmente, o sistema de classificação mais usado no mundo; traduzida para 17 idiomas (33 países), e está incorporada a alguns sistemas de informática desses países (TANNURE e GONÇALVES, 2008). A Taxonomia II da NANDA (2010) estrutura-se com 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos de enfermagem.

O Diagnóstico de Enfermagem, segunda etapa do processo de enfermagem, necessita do histórico que compreende em conhecer hábitos individuais e biopsicossociais do paciente visando a adaptação do mesmo à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas, e o exame físico que é realizado diariamente por meio de técnicas de inspeção, ausculta, palpação e percussão de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico (CAIXETA, 2007).

Traçados os diagnósticos segue-se com um plano de ações para que os resultados em relação a cada diagnóstico de enfermagem sejam alcançados e para delinear os planos de cuidado, muitos enfermeiros fazem uso da NIC.

A classificação das intervenções de enfermagem padroniza a linguagem usada pelas enfermeiras na descrição de suas condutas específicas, quando prestam o cuidado. As intervenções devem ser conceitualizadas em um nível que inclua um agrupamento ou conjunto de condutas ou atividades separadas. A Nursing Interventions Classification (NIC) é um projeto que foi iniciado em 1987 por um grupo de pesquisadoras da College of Nursing University of Iowa, e desde então, vem sendo desenvolvidos inúmeros estudos relativos às intervenções de enfermagem (GUIMARÃES e BARROS, 2001).

Na taxonomia NIC encontram-se apresentadas as ligações com a NANDA. Para cada título diagnóstico estão listadas as intervenções apropriadas, e cabe ao enfermeiro analisar quais delas são apropriadas ao paciente que está sob seus cuidados (TANNURE e GONÇALVES, 2008). Nesse contexto, é possível afirmar que os dois sistemas, NIC e NANDA, encontram-se interligados e é através deles que o enfermeiro assiste o paciente de maneira melhor documentada, científica, padronizada e individualizada.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de Pesquisa e Local a ser realizada

Trata-se de um estudo exploratório de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma UTI Pediátrica de um Hospital Público em Campina Grande – PB. A instituição é apresentada como referência no Estado e é o segundo maior hospital do Norte-Nordeste em atendimento a casos de alta complexidade a pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital oferece atendimento especializado nas áreas de clínica médica, cirúrgica, ortopédica, oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, buco-maxilo-facial, laboratórios de hematologia, bioquímica, microbiologia, líquor, parasitologia/análise e principalmente na área traumatológica, onde recebe pacientes de Campina Grande – PB e das cidades circunvizinhas.

O serviço de emergência pediátrica do hospital referenciado neste estudo funciona de maneira classificatória. Ao dar entrada no hospital, a criança passa primeiramente pela triagem e acolhimento, onde profissionais farão a sua classificação de risco e a encaminharão para a área verde, amarela ou vermelha dependendo do grau de urgência e emergência do seu estado de saúde. Em casos de pouca urgência – área verde - a criança é encaminhada para a observação pediátrica. Em casos de urgência – área amarela – dependendo da classificação de risco, a criança poderá ser encaminhada para a enfermaria pediátrica ou para a UTI Pediátrica e em casos de emergência – área vermelha – a criança poderá ser dirigida diretamente para o Centro Cirúrgico ou para a UTI Pediátrica.

4.2. População e Amostra

A unidade hospitalar conta atualmente com 220 enfermeiros, 604 técnicos de enfermagem. A UTI Pediátrica é composta por dez leitos e apresenta um quadro profissional com 14 enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem, os quais são distribuídos em turnos e dias diferentes.

A amostra foi constituída por 30 pacientes internados na respectiva UTI Pediátrica, os quais foram escolhidos de forma aleatória. Segundo a AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as

rotinas hospitalares internas. A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do hospital referenciado neste estudo atende crianças a partir dos 29 dias de nascidos até adolescentes com 17 anos 11 meses e 29 dias.

4.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão: Pacientes que estavam internados na UTI Pediátrica do respectivo hospital e que, por serem menores de idade, tiveram a participação na pesquisa possibilitada após o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ser assinado pelo responsável legal (ANEXO B).

Critérios de Exclusão: Pacientes internados em qualquer outra ala ou setor do respectivo hospital que não seja a UTI Pediátrica, pacientes cujos responsáveis não concordaram com a realização da pesquisa e/ou não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e pacientes maiores de 18 anos; e pacientes que estavam em isolamento com suspeita ou comprovação de doença infecto-contagiosa, onde a pesquisa poderia acarretar em prejuízo ao entrevistado e/ou ao pesquisador.

4.4. Instrumento de Coleta de Dados

Para identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, seus domínios, características definidoras e fatores relacionados foi utilizado o Roteiro de Histórico de Enfermagem específico para UTI, proposto por Amante et al. (2009) – ANEXO A – no qual foram realizadas algumas adaptações, com exclusão de alguns tópicos e acréscimos de outros no intuito de tornar o instrumento melhor aplicável à faixa etária da população em questão. Esse instrumento é composto por meios que permitem que antecedentes pessoais e familiares da criança sejam identificados no intuito de ajudarem na formulação dos diagnósticos de enfermagem, além de informações laboratoriais, medicamentosas e cirúrgicas.

4.5. Procedimento de Coleta de Dados

O estudo foi composto de duas etapas. Após treinamento da pesquisadora para a primeira etapa, exame físico e abordagem aos pesquisados, foi feita visita periódica em todos os turnos de trabalho na UTI, seguido de autorização do responsável/paciente e feito anamnese e exame físico nos pacientes, o que gerou após o agrupamento de informações, a identificação dos 10 diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; e na segunda etapa foram identificados os principais fatores relacionados, as características definidoras e os domínios desses diagnósticos.

A coleta de dados aconteceu durante os meses de janeiro e fevereiro de 2013, com maior frequência no turno da manhã e com escalas aleatórias, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora.

4.5.1. 1ª ETAPA - Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem

Nesta etapa, foi construído o histórico de enfermagem – levantamento de dados incluindo as atividades referentes à coleta de informações pertinentes ao cliente com o propósito de identificar as necessidades, problemas, preocupações ou reações humanas do cliente.

Realizou-se o exame físico utilizando-se o Roteiro de Histórico de Enfermagem específico para UTI, proposto por Amante et al. (2009) – ANEXO A – com adaptações, além de coleta de dados aos prontuários.

Para a definição dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2010), onde os dados coletados foram analisados, agrupados e interpretados criteriosamente, objetivando identificar os problemas, necessidades, e reações humanas do paciente, o que resultou na identificação dos 10 diagnósticos mais frequentes na respectiva UTI Pediátrica.

4.5.2. 2ª ETAPA - Identificação dos principais fatores de risco e relacionados, das características definidoras e os domínios dos diagnósticos de enfermagem.

Para os dez diagnósticos mais frequentes indicados pela pesquisa foram identificados os principais fatores de risco e relacionados, as características definidoras e os domínios desses diagnósticos.

4.6. Processamento e Análise dos Dados

As respostas do formulário que compõem a primeira e a segunda etapa da pesquisa receberam tratamento estatístico simples feito pelo programa Excel 2007 e serão apresentadas na forma de gráficos e/ou tabelas. Conforme os percentuais dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes. Foram avaliados os seus fatores de risco e relacionados, suas características definidoras e domínios.

4.7. Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba – CEP/UEPB, sob parecer nº 0277.0.133.000-12 (ANEXO C). A pesquisa foi realizada respeitando o que está proposto na Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996, outorgada pelo decreto número 93933, de 24 de Janeiro de 1987, que regulamenta a pesquisa em seres humanos, conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, cujas obrigações do pesquisador são: a garantia o anonimato, a privacidade e a desistência do participante em qualquer etapa do estudo sem prejuízo ao seu tratamento e sua saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Depois de realizado exame físico e coleta de dados em prontuário, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica foram traçados utilizando-se a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2010). Em seguida foram identificados os principais fatores relacionados, as características definidoras e os domínios desses diagnósticos.

Em 2010 a NANDA apresentou um total de 13 domínios, 47 classes e 201 conceitos diagnósticos. A Taxonomia II da NANDA é formada por uma estrutura multiaxial, em três níveis: Domínios, Classes e Diagnósticos.

Roget (1980) apud NANDA (2010) define domínio como uma esfera de atividade, estudo ou interesse e classe como uma subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau. Um diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais ou potenciais (NANDA, 2010).

Os resultados encontrados referem-se a uma população de 30 pacientes (n=30), com idade entre 04 meses e 17 anos, sendo que ambos os sexos tiveram a mesma proporção de pacientes na amostra, 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Quanto aos principais diagnósticos médicos desses pacientes, 06 se referiam ao sistema nervoso (20,69%), 06 a traumatismos crânio encefálicos (20,69%), 04 ao sistema respiratório (13,79%), 03 ao sistema digestivo (10,34%), 02 ao sistema músculo/esquelético (6,90%), 02 ao sistema cardiovascular (6,90%), e 06 a outros diagnósticos (20,69%), totalizando uma amostra de vinte e nove diagnósticos médicos.

5.1. Domínios e Diagnósticos de Enfermagem

Adotando como base os dez diagnósticos de enfermagem mais encontrados na respectiva UTI (**Figura 1**), o **domínio** mais visto foi o **11 (Segurança/proteção)** com cinco diagnósticos e cuja definição é “estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos” (NANDA, 2010). Em segundo lugar está o **domínio 3 (Eliminação e troca)** – “secreção e excreção de produtos residuais do organismo” (NANDA, 2010) - com dois diagnósticos. E Por fim com apenas 1 diagnóstico cada temos os **domínios: 2 (Nutrição)** – “atividades de

ingerir, assimilar e usar nutrientes com fins de manter e reparar tecidos e produzir energia” (NANDA, 2010), o **domínio 4 (Atividade/ repouso)** – “produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos” (NANDA, 2010) e, o **domínio 12 (Conforto)** – “sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social” (NANDA, 2010). A **tabela 1** expõe os domínios acima enunciados juntamente às classes dos dez diagnósticos de enfermagem mais encontrados.

TABELA 1: Domínios e classes dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB.

DOMÍNIO	CLASSE	CONCEITO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
11 Segurança/ proteção	1 (Infecção)	• Risco de Infecção
	2 (Lesão física)	• Desobstrução Ineficaz de vias aéreas
	2 (Lesão física)	• Risco de Integridade da pele prejudicada
	2 (Lesão física)	• Risco de Trauma Vascular
	2 (Lesão física)	• Integridade da pele prejudicada
3 Eliminação e troca	2 (Função gastrointestinal)	• Motilidade gastrointestinal disfuncional
	2 (Função gastrointestinal)	• Constipação
2 Nutrição	5 (Hidratação)	• Risco de desequilíbrio eletrolítico
4 Atividade/ repouso	4 (Respostas cardiovasculares/ pulmonares)	• Ventilação espontânea prejudicada
12 Conforto	1 (Conforto físico)	• Dor aguda

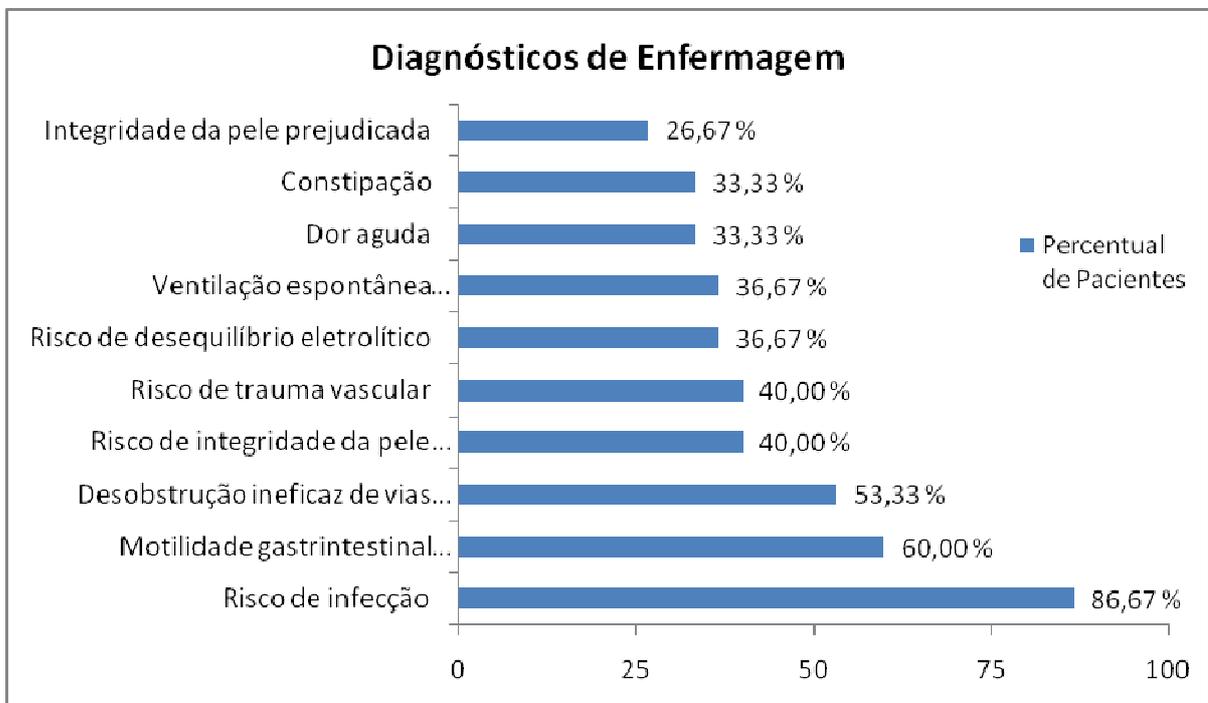
Fonte: Dados da pesquisa 2013

O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem e para o alcance dos resultados esperados. Segundo Pasini et al. (1996), cada diagnóstico aceito pela NANDA tem uma definição que busca explicitar a idéia ou o

significado do nome do diagnóstico. Isso favorece o entendimento consistente dos termos e fornece base para revisão e refinamento de conceitos. A descrição dos diagnósticos de enfermagem de pacientes de unidades de terapia intensiva fornece um perfil das necessidades de cuidados desses doentes sobre o qual é possível organizar o conhecimento necessário na área, além de permitir comparações entre populações específicas de doentes.

Na **figura 1** observa-se que o diagnóstico de enfermagem mais encontrado na UTI referenciada neste estudo foi **“Risco de infecção”** cuja definição, segundo a NANDA (2010), é risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos. Tal diagnóstico está incluído **no domínio 11 e classe 1** e, também foi um dos mais vistos durante as pesquisas de Pasini et al. (1996) e Salomé (2011), sendo observado em 96,8% e 100% dos pacientes, respectivamente. Esse é considerado um diagnóstico que expõe uma condição que poderá comprometer a recuperação de pacientes internados em uma UTI.

Figura 1: Conceitos diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa 2013

O segundo diagnóstico de enfermagem mais encontrado foi **“Motilidade gastrintestinal disfuncional”** - atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou

ausente no sistema gastrintestinal (NANDA, 2010) - com 60% de frequência da amostra. O mesmo pertence ao **domínio 3 e a classe 2**. Truppel et al. (2009) em seu estudo sobre SAE uma Unidade de Terapia Intensiva observaram a “Motilidade gastrintestinal disfuncional” em 45% dos pacientes avaliados.

“**Desobstrução ineficaz de vias aéreas**” **domínio 11, classe 2** definido como - incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída (NANDA, 2010) - foi o terceiro diagnóstico de enfermagem mais encontrado, sendo visto em 53,33% dos pacientes. Carlson-Catalano et al. (1998) apud Martins e Gutiérrez (2005) relatam que se a desobstrução ineficaz de vias aéreas não for adequadamente tratada, poderá levar a outras alterações como, por exemplo, Padrão respiratório ineficaz ou Troca de gases prejudicada o que acarretaria em sofrimento respiratório e até morte.

O diagnóstico “**Risco de integridade da pele prejudicada**” – risco de a pele ser alterada de forma adversa (NANDA, 2010) - apareceu em quarto lugar com 40%. Ele faz parte do **domínio 11** e da **classe 2**. A identificação deste diagnóstico contribui para o planejamento das intervenções de enfermagem necessárias no intuito de prevenir e reduzir as incapacidades e recuperar a saúde (MOREIRA et al., 2010).

Em quinto lugar, com 40% dos pacientes, apareceu o diagnóstico “**Risco de trauma vascular**”, pertencente também ao **domínio 11, classe 2** e, o qual é caracterizado pelo risco de dano à veia e tecidos ao redor relacionado à presença de cateter e/ou soluções infundidas (NANDA, 2010). Para Arreguy-Sena e Carvalho (2009), a formação profissional e/ou a aquisição de habilidades por pessoas leigas são fundamentais para minimizar danos decorrentes do processo de punção vascular.

O “**Risco de desequilíbrio eletrolítico**” (**domínio 2 e classe 5**) – risco de mudança nos níveis eletrolíticos séricos capaz de comprometer à saúde (NANDA, 2010) – veio em sexto lugar com 36,67%.

Na sétima posição, com 36,67%, está o diagnóstico “**Ventilação espontânea prejudicada**”, **domínio 4, classe 4** e definição – reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida (NANDA, 2010). Truppel et al. (2009) em seu estudo identificaram 95% de frequência “Ventilação espontânea prejudicada” nos pacientes e afirmou que este diagnóstico se

relaciona à mecânica da ventilação e não aos processos de troca gasosa e transporte de oxigênio/dióxido de carbono.

Em oitavo lugar está **“Dor aguda”** (33,33%) – experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses (NANDA, 2010) - pertencente ao **domínio 12** e à **classe 1**.

O diagnóstico **“Constipação”** apareceu, com 33,33%, em nono lugar. É definido pela NANDA, 2010 como a diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas. Faz parte do **domínio 3** e da **classe 2**. Pasini et al. (1996) encontraram 34,3% de pacientes com este diagnóstico. Os hábitos alimentares e o estado nutricional dos pacientes internados em uma UTI são influenciados por fatores relacionados como: má absorção gastrinstetinal e desidratação (SALOMÉ, 2011).

“Integridade da pele prejudicada” (26,67%) foi o décimo diagnóstico de enfermagem mais encontrado. Esse diagnóstico está incluído no **domínio 11** da **classe 2** e, leva em consideração apenas as lesões cutâneas, ou seja, na epiderme e derme, ocasionando assim falhas na primeira linha de defesa do organismo. Truppel et al. (2009) e Salomé (2011) em seus estudos sobre diagnóstico de enfermagem dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva observaram a Integridade da pele prejudicada em 10% e 88,3% respectivamente.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem fundamenta os diagnósticos de enfermagem deste estudo. Os profissionais de enfermagem que trabalham numa UTI prestam cuidados aos indivíduos hemodinamicamente instáveis. Quando as ações são desenvolvidas dentro dos valores éticos da profissão e, principalmente, com um toque de humanização, os outros profissionais e até mesmo a sociedade valorizam e reconhecem a profissão como elemento essencial e necessário ao cuidado do outro (SALOMÉ, ESPÓSITO e SILVA, 2008).

5.2. Características definidoras, Fatores de Risco e Fatores Relacionados

Para realizar diagnósticos de enfermagem o enfermeiro deverá ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção, ao interpretar dados clínicos. Os diagnósticos de enfermagem baseiam-se tanto em problemas reais (voltados para o presente) quanto em problemas potenciais (voltados para o futuro) (TANNURE e GONÇALVES, 2008).

O diagnóstico de enfermagem é constituído pelo problema propriamente dito (o conceito), a etiologia (fatores relacionados ou de risco) e dependendo do diagnóstico é complementado pelas evidências encontradas (características definidoras).

As características definidoras são as características dos indivíduos, das famílias e das comunidades passíveis de observação e verificação. Funcionam como indícios ou inferências que se agrupam como manifestações de uma doença real ou estado de saúde de bem estar, ou um diagnóstico de enfermagem. Os fatores relacionados são aqueles que mostram algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Eles oferecem o contexto para as características definidoras. Por fim, os fatores de risco que são determinantes ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família, ou uma comunidade a um evento insalubre (NANDA, 2010).

A **tabela 2** expõe as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco encontrados para os dez diagnósticos de enfermagem mais frequentes numa UTI Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB.

TABELA 2: Características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco encontrados para os dez diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS	FATORES DE RISCO
Risco de Infecção	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos invasivos • Alterações laboratoriais • Incisão cirúrgica

			<ul style="list-style-type: none"> • Dissecção venosa • Úlcera por pressão
Motilidade gastrointestinal disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> • Sons intestinais ausentes/hiperativos • Abdome globoso • Distensão abdominal • Náusea • Ausência de evacuações • Evacuações frequentes ao dia • Vômito • Esvaziamento gástrico acelerado • Dor abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Ambiente hospitalar • Agentes farmacêuticos • Procedimento cirúrgico • Alimentação por sonda • Imobilidade • Disfunção neuromuscular • Hemorragia digestiva baixa • Intolerância à lactose 	-
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Ruídos adventícios respiratórios (roncos, sibilos) • Tosse produtiva • Aumento da frequência respiratória • Dispnéia • Traqueostomia • Dificuldade de expectoração 	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção nos brônquios • Disfunção muscular • Presença de via aérea artificial • Muco excessivo • Disfunção neuromuscular • Fumante passivo 	-
Risco de integridade da pele prejudicada	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • Pruridos • Fatores mecânicos (contenção) • Fatores de desenvolvimento • Procedimentos invasivos • Imobilização física • Sobrepeso • Sedação contínua

			<ul style="list-style-type: none"> • Evacuações frequentes
Risco de trauma vascular	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • Punções periféricas • Acesso venoso central • Dissecção venosa • Cateter de Duplo lúmen em femoral • Tipo de cateter • Local da inserção
Risco de desequilíbrio eletrolítico	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • Drenagem torácica e intracraniana • Níveis alterados de sódio, potássio, cálcio, uréia e creatinina • Medicamentos diuréticos • Frequentes evacuações ao dia • Disfunção renal • Vômitos • Poliúria
Ventilação espontânea prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia • Traqueostomia • Alterações gasométricas • Agitação aumentada • Frequência cardíaca aumentada • Cooperação diminuída • Decaimento na escala de Glasgow • Acidose metabólica e respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> • Distrofia Muscular • Atelectasia • Trauma Crânio Encefálico • Coma induzido • Insuficiência respiratória aguda • Rebaixamento do nível consciência • Derrame pleural 	-
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Relato verbal • Expressões faciais • Choro intenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos invasivos • Procedimentos 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para dormir • Agitação • Posição de proteção para evitar a dor 	<ul style="list-style-type: none"> • cirúrgicos • Trauma 	-
Constipação	<ul style="list-style-type: none"> • Distensão abdominal • Náusea • Ruídos intestinais hiperativo-hipoativos • Frequência diminuída • Abdome globoso • Abdome depressível e flácido • Incapacidade de eliminar as fezes 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes farmacêuticos • Motilidade do trato gastrointestinal diminuída • Mudanças nos alimentos usuais • Atividade física insuficiente • Ingestão insuficiente de fibras e líquidos • Desidratação • Gastroenterite 	-
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Rompimento da superfície da pele • Destruição de camadas da pele • Úlcera por pressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Incisão cirúrgica • Agitação • Fatores de desenvolvimento • Fatores mecânicos (contenção) 	-

Fonte: Dados da pesquisa 2013

Conforme a **Figura 1**, o **Risco de Infecção** foi o diagnóstico mais encontrado neste estudo. Para esse diagnóstico os principais fatores de risco foram: procedimentos invasivos, alterações laboratoriais, incisão cirúrgica, dessecção venosa e úlcera por pressão. O risco para infecção pode ser influenciado pelo número de profissionais que lida diretamente com paciente, a quantidade e o tipo de procedimentos invasivos, a forma de assistência que é dispensada e o tempo de hospitalização do paciente. Para Salomé (2011), este diagnóstico descreve um estado que poderá comprometer a recuperação de pacientes internados em uma UTI. Por isso é importante que o enfermeiro realize o diagnóstico de enfermagem e elabore um plano de cuidado, pois assim, sua equipe estará prestando uma assistência de enfermagem com medidas eficazes no controle de infecção.

Dentre os dispositivos invasivos vistos nos pacientes os mais encontrados foram punção venosa periférica (60%), sonda vesical de demora (33,33%), tubo orotraqueal (23,33%), punção venosa central (23,33%), drenos em geral (20%) e traqueostomia (10%). Esses dispositivos são fundamentais à manutenção da vida do paciente, mas devem ser monitorados e higienizados sempre para que não se tornem um meio para proliferação de microorganismos.

As características definidoras identificadas para o diagnóstico de **Motilidade gastrointestinal disfuncional** (60%) foram: sons intestinais ausentes e hiperativos, abdome globoso, distensão abdominal, náusea, ausência de evacuações, evacuações frequentes ao dia, vômito, esvaziamento gástrico acelerado e dor abdominal. Estas relacionadas à ansiedade, ao ambiente hospitalar, agentes farmacêuticos, procedimento cirúrgico, alimentação por sonda, imobilidade, disfunção neuromuscular, hemorragia digestiva baixa e intolerância à lactose. Quando internados alguns indivíduos têm seus hábitos alimentares alterados o que os predispõem a um estado nutricional alterado.

Quanto a **Desobstrução ineficaz de vias aéreas** (53,33%) as características definidoras encontradas foram: ruídos adventícios respiratórios (roncos, sibilos), tosse produtiva, aumento da frequência respiratória, dispneia, traqueostomia e dificuldade de expectoração. 81,25% dos pacientes com desobstrução ineficaz de vias aéreas apresentaram ruídos adventícios na ausculta pulmonar e muitos deles apresentaram fatores relacionados que os impediam de expectorar as secreções brônquicas e o muco excessivo como presença de via aérea artificial (25%) e disfunção neuromuscular. Nos pacientes traqueostomizados e na presença de vias aéreas artificiais percebeu-se um aumento da frequência respiratória. Esse achado clínico pode surgir como uma maneira do organismo alcançar os níveis de oxigênio necessários ao bom funcionamento metabólico do corpo.

O **Risco de integridade da pele prejudicada** (40%) apresentou os seguintes fatores de risco: pruridos, fatores mecânicos (contenção), fatores de desenvolvimento, procedimentos invasivos, imobilização física, sobrepeso, sedação contínua e evacuações frequentes. Dos pacientes, 66,67%, com esse diagnóstico de enfermagem estavam contidos ao leito. Esses achados reforçam a necessidade da equipe de enfermagem atuar não somente no aspecto curativo, mas também na prevenção e na promoção da saúde (MOREIRA et al., 2010) para que esses problemas potenciais não desenvolvam problemas reais à saúde do paciente.

O diagnóstico de risco para traumas potenciais ocorrem nos vasos sanguíneos, áreas adjacentes e apresentam efeitos locais ou sistêmicos em decorrência do processo de punção vascular (ARREGUY- SENA e CARVALHO, 2009). Os principais fatores de risco para o diagnóstico **Risco de trauma vascular** (40%) foram: punções periféricas, acesso venoso central, dissecação venosa, cateter com duplo lúmen em femoral, tipo de cateter, local da inserção. Todos os pacientes (100%) com esse diagnóstico estavam com algum tipo de cateter.

Assim como no diagnóstico Risco de infecção, aqui os procedimentos invasivos sobrepujaram os potenciais problemas à saúde dos pacientes. No caso deste estudo, em uma UTI pediátrica, o risco de trauma vascular torna-se mais frequente em virtude do fato de, dependendo do local da inserção do cateter, o incômodo gerado na criança pode ser bem maior que em um adulto, por exemplo.

Risco de desequilíbrio eletrolítico (36,67%). Segundo o próprio conceito, este diagnóstico envolve desequilíbrios relacionados à perda ou ganho excessivo de água e demais eletrólitos no organismo, capaz de prejudicar a saúde humana. Seus fatores de risco: drenagem torácica e intracraniana, níveis alterados de sódio, potássio, cálcio, ureia e creatinina, medicamentos diuréticos, frequentes evacuações ao dia, disfunção renal, vômitos e poliúria os quais podem representar uma dificuldade para que o corpo desempenhe seu metabolismo funcional normalmente. Com 54,55% dos pacientes este é um risco potencial e houve alterações nos níveis laboratoriais de alguns eletrólitos (sódio, potássio, ureia, cálcio e creatinina).

As principais características definidoras para **Ventilação espontânea prejudicada** (36,67%): dispnéia, alterações gasométricas, frequência cardíaca aumentada e acidose metabólica e respiratória representam os sinais que definiram este diagnóstico. Para contextualizar essas características seguem os fatores: distrofia muscular, atelectasia, insuficiência respiratória aguda e derrame pleural. A ventilação disfuncional é definida como o funcionamento anormal ou incompleto do movimento do ar para dentro e para fora dos pulmões com certo padrão e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de expiração (TRUPPEL et al., 2009). Temos 63,64% dos pacientes com ventilação espontânea prejudicada com alterações nos valores da gasometria e 45,45% estavam em sedação contínua.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo no seu estado físico e psicossocial. Ela envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais (RIGOTTI e FERREIRA, 2005). As características que definiram a **Dor aguda** (33,33%) foram: relato verbal, expressões faciais, choro intenso, dificuldade para dormir, agitação e posição para evitar a dor. Temos 80% dos pacientes com dor aguda relataram verbalmente o incômodo. Os principais fatores relacionados a esse diagnóstico: procedimentos invasivos e procedimentos cirúrgicos.

Para o diagnóstico **Constipação** (33,33%) os pacientes apresentaram: distensão abdominal, náusea, ruídos intestinais hiperativos e hipoativos, frequência diminuída, abdome globoso, abdome depressível e flácido e incapacidade de eliminar as fezes. Muitos desses sinais e sintomas estavam relacionados a alguns dos seguintes fatores: agentes farmacêuticos, motilidade do trato gastrintestinal diminuída, mudanças nos alimentos usuais, atividade física insuficiente, ingestão insuficiente de fibras e líquidos e desidratação.

A **Integridade da pele prejudicada** (26,67%) caracterizou-se principalmente pelo rompimento da superfície da pele, seja em decorrência de um trauma ou pelo desenvolvimento de úlceras por pressão, sendo que apenas 01 (um) paciente da amostra apresentou úlcera por pressão. A úlcera por pressão prolonga a hospitalização, dificultando a recuperação do doente e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações (BLANES et al., 2004). Fatores de desenvolvimento e mecânicos, além de incisões cirúrgicas relacionaram-se a este diagnóstico de enfermagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim da pesquisa constatamos que dos 10 (dez) diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público do município de Campina Grande – PB, em primeiro lugar esteve o Risco de infecção (86,67%), seguido de Motilidade gastrointestinal disfuncional (60%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (53,33%), Risco de integridade da pele prejudicada (40%), Risco de trauma vascular (40%), Risco de desequilíbrio eletrolítico (36,67%), Ventilação espontânea prejudicada (36,67%), Dor aguda (33,33%), Constipação (33,33%) e Integridade da pele prejudicada (26,67%).

A consulta de enfermagem é uma prática que necessita de uma metodologia que possibilite o acesso ao pensamento crítico para a descrição e caracterização de julgamentos clínicos que irão subsidiar o alcance dos resultados de enfermagem através da tomada de decisão clínica.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo de qualificação profissional que requer um espaço reflexivo com vistas à problematização da realidade concreta na qual os enfermeiros estão inseridos. Ela constitui um caminho a ser utilizado pelos enfermeiros para a realização de suas ações que possibilita a identificação das respostas dos pacientes aos problemas de saúde e aos processos vitais que exigem intervenções.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem permite que a assistência prestada seja direcionada e específica aos reais e potenciais problemas de saúde do sujeito a ser cuidado. Em pacientes com estado de saúde crítico, como os que se encontram internados em uma UTI, é essencial que os achados clínicos sejam identificados corretamente para que assim o enfermeiro possa desenvolver ações assertivamente.

Durante a pesquisa foi possível perceber que a SAE ainda não é uma prioridade para a equipe de enfermagem e que muitos enfermeiros não estão habituados e treinados a identificarem os diagnósticos de enfermagem. Porém, vimos que é possível a implantação da SAE desde que haja empenho e direcionamento das ações por parte de toda a equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E. C. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 62, n. 1, p. 71-8, 2009.

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/>>. Acesso em 20 agosto 2013.

BACHION, M.M. **Planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem**. In: Fórum Mineiro de Enfermagem, Uberlândia. Anais... Uberlândia: UFU, p. 41-49, 2002.

BACKES, D. S. et al.. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci. Health Sci**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.

BARBOSA, M. C. G. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, v. 10, n. 3, p. 7, 2009.

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm**, v. 22(Especial - 70 Anos), p. 864-7, 2009.

BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 1 ed. São Paulo: Roca, 2002.

BITTAR, D. B. PEREIRA, L. V. LEMOS R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p: 617-28, 2006.

BLANES, L.; DUARTE, I. S.; CALIL, J. A.; FERREIRA, L. M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 50, n. 2, p.182-187, 2004.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Artigo 12. Estabelece que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em 10 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Disponível em: <<http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 versão 2012. Regulamenta a pesquisa em seres humanos, conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em 30 agosto 2013.

CAIXETA, A. M. S. Revisão bibliográfica: diagnóstico de enfermagem. **Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas**, v. 1, n. 1, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4161>>. Acesso em 10 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 293 de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em 10 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 358 de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 04 jun. 2013.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; MARTINS, J. J. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4., 2006.

COSTA, R. et al.. O Legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-9, 2009.

CUNHA, N. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento de feridas crônicas. Retirado do Site **ABEn/PE** www.abenpe.com.br. Olinda, 2006.

FONTANA, R. T. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. **Rev Bras Enferm** v. 59, n. 5, p. 703-6, 2006.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P; BARROS A. L. B. L. de. Classificação das intervenções enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 130-134, 2001.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 56 p.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 3, p. 379-84. 2010.

MACHADO, D. T. G. **O que é a SAE? Qual a sua importância?**. 2010. Disponível em: <<http://olharesevenciasdeumaprendiz.blogspot.com.br/2010/07/o-que-e-sae-qual-importancia.html>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

MARTINS, I. ; GUTIÉRREZ, M. G. R. Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz de vias aéreas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.143-149, 2005.

MOLINA, R. C. M. et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 3, p. 437 – 44, 2007.

MORAES, L. O.; PENICHE, A. C. G. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 4, p. 34-42, 2003.

MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev Esc Enferm USP** v. 43, n. 3, p. 639-46. 2009.

MOREIRA, R. P. et al.. **Risco de integridade da pele prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico**. In: 10^o Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem. Brasília, 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**. 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NUNES, W. C. et al.. **Humanização da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2004. Disponível em: <http://189.75.118.68/cbcef/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/humanizacao%20da%20equipe%20de%20enfermagem.pdf>>. Acesso em 30 maio 2013.

PASINI, D. et al.. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n. 3, p.501-18, 1996.

PEREIRA JÚNIOR, G. A. et al. O papel da unidade de terapia intensiva no manejo do trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, p. 419-437. Simpósio: TRAUMA II. 1999.

PICCOLI, M.; MATOS, F. G. O. A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória** In: Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. 2003. Disponível em:<<http://cacphp.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo2/26fabianagoncalves.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

PIMENTA, C. A. de M. et al.. O ensino da avaliação do paciente: delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 69-76, 1993.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 325-9, 2005.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-4, 2005.

SALOMÉ, G. M. Diagnóstico de enfermagem dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Saúde Coletiva**, v. 47, n. 8, p. 24-28, 2011.

SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C.; SILVA, G. T. R. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 294-99, 2008.

SOUZA, M. O surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 3, Florianópolis. Anais. Florianópolis, p. 230-248, 1984.

TANNURE, M. C. GONÇALVES, A. M. P. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 1 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2008. 168 p.

TRUPPEL, T. C. et al.. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “Muito falado e pouco vivido”. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p.137-44. 2002.

ANEXOS

ANEXO A

Roteiro adaptado do Histórico de Enfermagem sugerido por Amantes et al. (2009)

I. IDENTIFICAÇÃO		
Sujeito nº:		Idade:
Sexo:	Estado Civil:	Religião:
Profissão:	Naturalidade:	
Procedência:	Data de Internação:	Registro:
Setor Procedência:		Leito Atual:
Diagnóstico médico:		
II. ENTREVISTA		
História Clínica Progressiva/ Enfermidades na infância:		
Internações anteriores (nº de vezes e motivo):		
Antecedentes: () HAS () DM () Tabagismo () Alcoolismo () Doenças e Hábitos () Outros:		
Histórico de imunizações:		
História da doença atual:		
Medos e ansiedades:		
() Dor (local e manifestação):		
III. EXAME FÍSICO		
1. Necessidades Psicobiológicas		
1.1 Regulação Neurológica		
Consciência: () Alerta () Letárgico () Obnubilado () Torporoso () Comatoso Glasgow: ____		
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas: _____ () Miose () Midríase () RFM		
Mobilidade física: MMSS - () Preservada: _____ () Paresia: _____ () Plegia: _____ () Parestesia: _____ MMII - () Preservada: _____ () Paresia: _____ () Plegia: _____ () Parestesia: _____ () Movimentos lentos () Movimentos involuntários () Crise convulsiva: _____		
Fala e linguagem: () Afonia () Dislalia () Disartria () Disfasia () Afasia		
Medicações: () Psicotrópicos: _____ dose: _____ ml/h () Bloqueadores neuromusculares: _____ dose: _____ ml/h		
1.2 Oxigenação		
Respiração () Espontânea () Cateter () Máscara Prótese: () TOT () Traqueostomia Outros: _____ O2: _____ litros/min SpO2: _____ FR: _____ mpm () Dispneia () Taquipneia () Bradipneia () Hiperventilação neurogênica central () Apnêustica () Biot () Cheyne-Stokes () Kussmaul () Em Salvas () Ventilação mecânica Modalidade: _____ VC: _____ FiO2: _____ PEEP: _____ SpO2: _____ Pressão cuff: _____		
Ausculta Pulmonar: _____ MV Presentes () Bilateralmente () Diminuídos: _____ Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores Presença de tosse: () Improdutiva () Produtiva () Expectoração () Aspiração (quantidade e característica):		

<i>Drenagem torácica</i> () - Tempo e Características: <i>Gasometria:</i> Data/Hora: _____ pH: _____ pCO ₂ : _____ PO ₂ : _____ BIC: _____ BE: _____ TCO ₂ : _____ sO ₂ : _____			
1.3 Regulação Cardiovascular			
FC: _____ bpm PA: _____ mmHg PVC: _____ cmH ₂ O PAM: _____ mmHg <i>Pulso:</i> () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Palpável () Cheio <i>Coloração da pele:</i> () Corado () Hipocorado () Cianose: <i>Tempo de enchimento capilar:</i> () < 2 segundos () > 2 segundos <i>Marcadores enzimáticos:</i> Ck: _____ CkMB: _____ Troponina: _____ <i>Presença de edema:</i> () pés () MMII () MMII e MMSS () Anasarca ECG: () Ritmo sinusal () Regular () Alterado: <i>Drogas vasoativas:</i> () Dopamina _____ ml/h () Dobutamina _____ m/h () Noradrenalina _____ ml/h			
1.4 Regulação Térmica			
Temperatura: _____ °C			
1.5 Percepção dos Órgãos dos Sentidos			
Visão: () Normal () Alterada		Audição: () Normal () Alterada	
1.6 Regulação Hormonal e Eletrolítica			
Glicemia:	Na:	K:	Ca:
1.7 Hidratação e Eliminação Vesical			
Turgidez da pele: () Preservada () Diminuída Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () SVD () Dispositivo externo			
Características: () Disúria () Oligúria () Anúria () Poliúria () Hematúria () Outros: Função Renal: () Normal () Alterada: Uréia: _____ Creatinina: _____			
1.8 Alimentação e Eliminação Intestinal			
Amamentação: () Sim, duração: _____ () Não, por que? Tipo de dieta: _____ Peso: _____ Apetite: () Normal () Aumentado () Diminuído Alimentos consumidos nas últimas 24h: Via de administração: () Oral () SNG/SNE () Parenteral () Outras: Presença de: () Náusea () Vômito (quantidade e característica): Abdome: () Plano () Globoso () Distendido () Doloroso à palpação () Outros: RHA: () Presente () Ausente () Diminuído () Aumentado Ostomia () Local: Eliminação intestinal: _____ Frequência: _____ vezes/semana () Normal () Constipação () Diarréia () Incontinência () Outros:			
1.9 Integridade Cutâneo-mucosa			
Pele: () Normal () Cianose () Icterícia () Palidez () Prurido () Petéquias () Equimoses () Hematomas: _____ () Escoriações: _____ () Outros: Olhos: () Icterícia () Edema de conjuntiva () Outros:			
1.10 Terapêutica			
Medicações atuais: Rede venosa: _____ Musculatura: _____ Cateter: () Punção periférica () Jugular () Subclávia () Duplo lúmen () Outro: Tempo de permanência: _____ Características do local: Dreno () Local: _____ características:			
1.11 Segurança Física			

<input type="checkbox"/> Necessidade de contenção no leito:	<input type="checkbox"/> Isolamento:
2. DESENVOLVIMENTO GERAL DA CRIANÇA	
2.1 Crescimento Físico (peso e altura), normal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2.2 Desenvolvimento Motor Geral, satisfatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2.3 Desenvolvimento Motor Fino, satisfatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2.4 Padrões de Sono:	
2.5 Desenvolvimento da Linguagem:	
2.6 Desenvolvimento Social:	
2.7 Desenvolvimento Cognitivo (história pessoal/social):	
3. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
3.1 Gregária e Segurança Emocional	
<input type="checkbox"/> Necessita de acompanhante <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Outros:	
4. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
<input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Necessidade de auxílio espiritual	
5. EXAMES LABORATORIAIS RELEVANTES	
Enfermeiro/Carimbo:	Data/Hora:

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(OBS: menor de 18 anos ou mesmo outra categoria inclusa no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do _____ de _____ anos na Pesquisa **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB**. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB** terá como objetivo geral Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e comparar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem com as intervenções propostas pela Nursing Interventions Classification em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do município de Campina Grande – PB;
 - Ao responsável legal pelo (a) paciente só caberá a autorização para que seja realizado o exame físico e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário;
 - Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde;
 - O Responsável legal do paciente participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo;
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial;
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou

financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável;

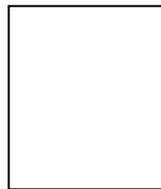
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 93424135 com Eloíde André Oliveira;

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse;

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do responsável legal pelo paciente



Assinatura Dactiloscópica

Responsável legal

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS –
CEP/UEPB

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

**PARECER DO RELATOR: (9)**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Número do parecer: 0277.0.133.000-12

Pesquisador: Eloíde André Oliveira

Data da relatoria: 28/ 09/ 2012

Apresentação do Projeto: O Projeto é intitulado “Diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Público de Campina Grande-PB”. O presente estudo será para fins de elaboração do trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa: O projeto tem como objetivo geral “Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e comparar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem com as intervenções propostas pela *Nursing Interventions Classification* em pacientes

internados em uma Unidade de terapia Intensiva Pediátrica do município de Campina Grande-PB”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: A proposta é boa, trazendo apenas benefícios para essa clientela infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: É um trabalho de Iniciação Científica de cunho científico, abordando uma discussão inovadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: De acordo com as normas do CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado (X)

Pendente ()

Retirado () – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

Não Aprovado ()

Cancelado () - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa