

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

THAIS ODORIZI CANELLA

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE: a prática das enfermeiras**

Porto Alegre

2007

THAIS ODORIZI CANELLA

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE: a prática das enfermeiras**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profª Doutora Nair Regina Ritter Ribeiro

Porto Alegre

2007

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora, Doutora Nair Regina Ritter Ribeiro pela dedicação, apoio e principalmente pelo imenso conhecimento transmitido tanto para a elaboração do Projeto do Trabalho de Conclusão e do Trabalho de Conclusão quando na minha formação como acadêmica desde a disciplina de Cuidado à Criança até a orientação no meu estágio curricular na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

À Professora Simone Coutinho, Co-orientadora até a Minuta do TCC, por acreditar no meu trabalho e principalmente por despertar o meu interesse na área do cuidado à criança desde o 7º semestre.

Ao Claudino, meu amigo, conselheiro e professor, pela ajuda na redação do Projeto do TCC e por sempre estar disposto a me ajudar em qualquer aspecto da minha vida.

À Guta, minha irmã e ao Wladi, meu cunhado, que desde a elaboração do Projeto do TCC me auxiliam nas etapas de formatação e impressão do trabalho, dedicando boa parte do tempo deles com os meus problemas com a “tecnologia”.

À Priscila, minha amiga e colega de trabalho, que também, desde a fase do Projeto do TCC, me ajudou a construir todos os instrumentos para a coleta dos dados e para análise dos dados, e que dedicou toda a paciência do mundo para a formatação do trabalho e das respectivas tabelas.

Aos revisores Marcelo e Tati, que na medida do possível, no pouco tempo que tiveram, conseguiram fazer a revisão de português.

Ao Douglas, meu namorado, que enfrentou as tensões pré-TCC, sempre com paciência e carinho.

Enfim, aos meus pais Edvirges e Maurício (*in memoriam*), meus primeiros mestres e amigos, pela dedicação de toda a vida deles, pelo exemplo a ser seguido e pelo amor incondicional.

RESUMO

O Processo de Enfermagem é o instrumento através do qual se estruturam as bases teóricas da profissão; confere identidade à prática profissional das enfermeiras e contribui para a construção do conhecimento na área de enfermagem. O presente estudo tem por objetivo verificar se os registros da anamnese e exame físico, realizado pelas enfermeiras, das Unidades de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, estão conforme o preconizado pela instituição. Trata-se de uma pesquisa documental, de natureza qualitativa, do tipo descritiva. A coleta de dados foi feita através da leitura dos prontuários e anotações no instrumento de coleta, de dez prontuários de crianças hospitalizadas na Pediatria do HCPA, as quais foram submetidas ao Processo de Enfermagem e estavam internadas há pelo menos cinco dias. Para a análise dos dados obtidos foi utilizada a Análise de Conteúdo Manifesto. Na pré-análise, os dados foram organizados em unidades de registros e de contexto. Na fase exploratória foi conduzida uma análise vertical e uma análise horizontal. Por último, na terceira fase, esses resultados foram interpretados à luz da literatura específica, para que fosse possível aplicar o que foi definido na fase anterior. O projeto do Trabalho de Conclusão de Curso foi aprovado inicialmente pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA. A pesquisa revelou quais etapas são registradas e quais são os itens contemplados em cada etapa. Mostrou também os dados que deixaram de ser registrados. Foram muitos os dados omitidos frente a isto, sugere-se uma reavaliação desse instrumento, por tratar-se de uma ferramenta de extrema importância para a avaliação do paciente pediátrico.

Descritores: Enfermagem pediátrica – Anamnese – Exame Físico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 OBJETIVO	08
3 REVISÃO DA LITERATURA	09
4 METODOLOGIA	13
4.1 Tipo de estudo	13
4.2 Campo	14
4.3 Fonte das informações	15
4.4 Coleta das informações	15
4.5 Análise das informações	16
5 ASPECTOS ÉTICOS	18
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	19
6.1 Tempo entre a admissão e o registro	19
6.2 Caracterização das crianças	19
6.3 Registros nos históricos de enfermagem	20
6.4 Notas de admissão	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados	37
APÊNDICE B – Instrumento para Coleta dos Dados II	42
APÊNDICE C – Planilha para a análise dos dados	46
ANEXO A - Histórico de enfermagem	50
ANEXO B – Evolução	53
ANEXO C – Carta de aprovação da COMPESQ	54
ANEXO D – Carta de aprovação do GPPG	55
ANEXO E – Termo de compromisso para utilização de dados	56

1 INTRODUÇÃO

Durante o curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Sul (EE-UFRGS), são contempladas, em todo o currículo, as ações e, principalmente, o Processo de Enfermagem. No processo estão inseridas as etapas de avaliação do paciente, que são essenciais para o levantamento do Diagnóstico de Enfermagem e posterior implementação dos cuidados.

Recentemente, no ano 2000, o Processo de Enfermagem (PE) foi informatizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde são ministradas atividades teóricas e práticas do ensino de enfermagem de grande parte das disciplinas da EE-UFRGS (ALMEIDA, 2002).

Na prática profissional, define-se como Processo de Enfermagem a organização do conhecimento e do cuidado ao paciente. É esse Processo que possibilita o ordenamento e direcionamento do cuidado de forma individualizada, personalizada e humanizada, através da aplicação na prática de fundamentos teóricos da enfermagem (ALMEIDA, 2002).

Pode-se dizer que o Processo de Enfermagem é uma atividade intelectual deliberada, a qual contribui na tomada de decisões para a obtenção de resultados esperados, caracterizando-se, portanto, como intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e embasado em teorias (ALMEIDA, 2002).

De acordo com Almeida (2002), o desenvolvimento do PE se dá em cinco etapas: 1) Histórico de Enfermagem, Investigação, Coleta de Dados ou Avaliação Intencional; 2) Diagnóstico de Enfermagem; 3) Planejamento; 4) Implementação ou Ação; e 5) Avaliação e Evolução.

Para Collet (2002), a sistematização da assistência em pediatria requer, para seu planejamento e implementação, uma abordagem processual que fundamente a tomada de decisões acerca do cuidado ao paciente.

Nas etapas de avaliação do paciente pediátrico, Rodrigues (2003) afirma que a anamnese é o momento mais importante, sendo fundamental para o diagnóstico preciso; deve ser a mais completa possível, apresentando a evolução da criança até o presente momento, o que exige treinamento e paciência.

Para esse autor, após a anamnese, segue-se o exame físico, uma etapa distinta da avaliação, mas que a complementa, conduzindo-a para um diagnóstico.

A execução das fases do PE requer habilidades técnicas específicas, bem como o uso de conhecimentos desenvolvidos durante a graduação. No decorrer do sétimo semestre, ampliam-se as oportunidades de desenvolver e aperfeiçoar esses conhecimentos de avaliação, na disciplina “Enfermagem no Cuidado à Criança”.

Com relação à prática do cuidado, durante a realização de um estágio voluntário na área de pediatria, foi observado o quanto essa avaliação é de extrema relevância nas atividades das enfermeiras que prestam assistência na unidade de internação pediátrica. Cabe ressaltar que o HCPA é referência nacional na informatização do PE. Esse tema reflete sua real importância, na medida em que contribui para a melhoria da assistência de enfermagem.

Através da análise dos prontuários, será possível observar se os registros relacionados ao PE realizados pelas enfermeiras na etapa de avaliação – anamnese e exame físico de enfermagem – contemplam o que é preconizado pelo HCPA.

Este trabalho, portanto, poderá subsidiar as enfermeiras¹ na avaliação do seu fazer diário, além de servir de base para uma pesquisa quantitativa posterior.

¹ Neste trabalho, quando for referido o profissional enfermeiro, será utilizada a palavra enfermeira, visto que a grande maioria desses profissionais é do sexo feminino.

2 OBJETIVO

O presente trabalho tem por objetivo verificar se os registros no prontuário, da anamnese e exame físico, realizado pelas enfermeiras das Unidades de Internação Pediátrica, estão conforme o preconizado pela instituição.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A avaliação de resultados é de suma importância em toda a atividade humana. Em se tratando do Processo de Enfermagem, em qualquer instituição hospitalar, é importante que a coleta de dados seja abrangente e, ao mesmo tempo, bem focalizada, possibilitando a realização de inferências e julgamentos com menor chance de erros. Para que isso seja possível, é imprescindível a utilização de instrumentos que contenham dados essenciais que possam caracterizar o objeto que se quer avaliar.

Segundo Almeida (2002), para realizar julgamentos mais precisos é necessária uma série de indicações e aspectos que devem ser considerados, e não apenas um componente de informação sobre o indivíduo, família ou comunidade, obtido durante uma única coleta de dados.

Para a autora supracitada, o *Histórico de Enfermagem* pode também ser definido como: *investigação, coleta de dados ou avaliação inicial*, aquilo que se pode obter através do levantamento de dados e informações subjetivas e objetivas referentes ao cliente, à família e/ou comunidade, com o propósito de identificar necessidades, preocupações, ou reações humanas do cliente. A etapa de *Avaliação* do paciente e/ou sua *Evolução* no Processo de Enfermagem é a fase da mensuração dos resultados alcançados.

Para Collet (2002), no entanto, as etapas de avaliação em pediatria são as seguintes:

a) *Anamnese* ou *História* - coleta de dados que dará sustentação ao Diagnóstico em Enfermagem e à implementação da assistência, cujo objetivo é obter um conhecimento abrangente da criança e sua família, com desdobramentos nas demais etapas. A análise e a síntese dos dados obtidos através da anamnese resultam na identificação do problema, que pode ser uma necessidade não atendida, uma expectativa ainda não concretizada ou um processo interrompido.

b) *Avaliação e Evolução do paciente* – Fase onde são realizados o exame físico e a evolução de enfermagem. É constituída através da observação e comunicação, fornecendo os dados básicos que permitem a avaliação do paciente e mais tarde o efeito da intervenção de enfermagem.

Segundo Laurent e Dias (2006), quando se colhe dados de anamnese, é importante saber dirigir as perguntas e fazer uso de uma linguagem acessível, para facilitar as respostas. A anamnese precisa ser o mais completa possível, descrevendo a evolução da criança, e deve ser conduzida com um familiar que a conheça.

As mesmas autoras afirmam que o exame físico da criança dá ênfase a muitas características que divergem daquelas que são enfatizadas quando se trata de um adulto. O registro do exame físico representa o relato de um momento específico da criança, embora ela esteja mudando contínua e rapidamente. Esse registro, portanto, servirá de base para determinar se a criança está crescendo e se desenvolvendo normalmente.

A anamnese tem por objetivos:

- a) estabelecer uma relação entre enfermeira, criança e família;
- b) conhecer os fatores pessoais, familiares e ambientais relacionados ao processo saúde/doença;
- c) obter elementos para guiar a enfermeira no exame físico do paciente;
- d) direcionar as intervenções de enfermagem para as necessidades de cuidados (LAURENT; DIAS, 2006).

O instrumento de anamnese e exame físico do paciente estrutura-se em quatro partes: identificação do paciente, história da doença e necessidades humanas, impressão, e identificação do profissional que coletou os dados.

A anamnese e o exame físico devem ser feitos no momento da internação, quando as condições clínicas do paciente permitirem. Os dados da anamnese devem ser retomados anualmente, se houver reinternação. O exame físico, no entanto, deve ser realizado a cada reinternação, proporcionando dados que estejam sempre atualizados.

Laurent e Dias (2006) ensinam que a etapa Evolução de Enfermagem é o registro diário feito pela enfermeira após avaliar o estado geral do paciente. Nessa evolução deve constar a avaliação dos diagnósticos de enfermagem vigentes e novos diagnósticos identificados a partir dos sinais e sintomas observados.

A evolução do paciente no Processo de Enfermagem, segundo as autoras acima citadas, estrutura-se em:

- a) **subjetivo**, isto é, aquilo que o cliente ou o familiar informa a seu respeito;

- b) **objetivo**, que descreve o exame físico do cliente segundo as necessidades humanas, dando ênfase àquelas que geraram os diagnósticos de enfermagem, onde estão descritos os novos sinais e sintomas que surgirem, para justificar a abertura e encerramento dos diagnósticos;
- c) **impressão**, onde são listados os principais diagnósticos de enfermagem e suas respectivas etiologias quando o mesmo é aberto, sendo mais tarde atualizada a situação do diagnóstico (melhorado, mantido);
- d) **conduta**, na qual o enfermeiro registra as intervenções mais importantes, alguma ação ou informa que a conduta segue conforme a prescrição de enfermagem.

A evolução de enfermagem deve ser feita exclusivamente pela enfermeira, com data e horário, sendo encerrada com seu nome legível e o registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Pelo menos uma vez ao dia ela precisa ser preenchida, pois a enfermeira avalia as respostas do paciente às intervenções relacionadas aos diagnósticos de enfermagem.

Para Laurent e Dias (2006), as intercorrências e alterações na situação de saúde, realização de procedimentos e alterações de prescrição devem ser registradas no turno em que ocorrerem.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a anamnese e o exame físico pediátrico seguem o instrumento elaborado em fevereiro de 2000 pelo Comitê do Processo de Enfermagem e pelo Grupo de Trabalho sobre Diagnóstico de Enfermagem (Anexo A).

Esse instrumento é baseado no levantamento das necessidades da criança e foi elaborado para dinamizar o Processo de Enfermagem, facilitando a elaboração dos diagnósticos.

O referencial, que orienta a metodologia do Processo de Enfermagem no HCPA, foi baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979), ou seja: Regulação neurológica, Percepção dos órgãos dos sentidos, Oxigenação, Regulação térmica, Regulação vascular, Alimentação, Hidratação, Crescimento celular, Eliminação, Integridade cutâneo-mucosa, Reprodução, Sexualidade, Cuidado corporal, Atividade física, Recreação, Lazer, Sono e repouso, Segurança física, Amor/afeto, Auto-imagem, Aprendizagem/educação, Criatividade, e Liberdade e participação (CROSSETTI, 2000).

O modelo de instrumento para anamnese e exame físico pediátrico (Anexo A) apresenta-se disposto em três colunas:

- a primeira coluna contempla os itens de identificação, história e necessidades básicas;
- a segunda coluna (subjetivo) contém os dados da anamnese, as informações da família e da criança, no que diz respeito às necessidades básicas;
- a terceira coluna (objetivo) contempla o exame físico, observações e interpretações da enfermeira.

Através das considerações apontadas, embasadas nas idéias orientadoras dos estudiosos aqui apresentados e em outras referências bibliográficas, leituras e pesquisas, objetiva-se contribuir com a prática das enfermeiras de diversas instituições hospitalares, no que se refere ao Processo de Enfermagem em Pediatria. E, também, para que as enfermeiras das Unidades Pediátricas possam reavaliar sua prática, atentando para a importância dos seus registros na avaliação do paciente.

4 METODOLOGIA

Segundo Gil (2002), na metodologia, devem ser descritos os procedimentos a serem seguidos na realização da pesquisa, bem como a organização da pesquisa que contemplou os aspectos a seguir:

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa documental, de natureza qualitativa e descritiva que visa verificar os registros dos históricos de enfermagem e das notas de admissão, realizados pelas enfermeiras das Unidades de Internação Pediátrica, nos prontuários de crianças internadas.

Para Minayo (1994), p. 21

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização e variáveis.

Conforme Gil (2002), as pesquisas descritivas têm o objetivo de caracterizar determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis. Segundo o mesmo autor, esse tipo de pesquisa se preocupa com as atuações práticas, e neste estudo se pretendeu conhecer a prática da avaliação em pediatria através da análise de prontuários.

De acordo com o autor, a pesquisa documental preocupa-se em analisar documentos que não receberam nenhum tratamento analítico prévio.

4.2 Campo

A Pesquisa foi realizada nas Unidades de Internação Pediátrica do 10º andar, Ala Norte e Ala Sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte consta de 37 leitos, sendo distribuídos em sete enfermarias com cinco leitos cada (1011, 1017, 1019, 1021 e 1023, 1025 e 1027) e dois quartos de isolamento (1029 e 1031), referência para pacientes pediátricos com fibrose cística com cepácea (HCPA, 2006).

Atende crianças na faixa etária de 30 dias a seis anos incompletos, neonatos com patologias pediátricas, crianças e adolescentes com idade de até 14 anos e com estatura menor que 110 cm, desde que permaneçam seguras e confortáveis nos berços. Predominantemente internam crianças com doenças respiratórias, distúrbios eletrolíticos, sepses, doenças pneumológicas, doenças do aparelho digestivo, distúrbios nutricionais, imunológicos e neurológicos, além de problemas ortopédicos, cirúrgicos e vítimas de negligência (HCPA, 2006).

A Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul possui onze quartos semi-privativos com dois leitos cada, uma enfermaria com sete leitos, onde internam, preferencialmente, crianças menores de cinco anos de idade, três leitos de isolamento e dois leitos destinados a pacientes de convênio e privativos, totalizando um número de 34 leitos (HCPA, 2006).

Na Unidade 10º Sul internam crianças de dois meses a 14 anos de idade incompletos. No ano de 2006, houve a ampliação da faixa etária de atendimento dos 12 anos para 14 anos, sendo por vezes necessária a internação de crianças com menos de dois meses de idade e mais de 14 anos de idade, dependendo de particularidades inerentes a faixa etária infantil. As patologias que motivam a internação são diversas, mas as equipes médicas que mais internam nesta Unidade são as seguintes: Pediatria Clínica, Gastropediatria, Ortopedia, Psiquiatria Infantil, Pneumologia Infantil e Cirurgia Pediátrica. É alto o índice de crianças com doença crônica e prognóstico reservado (HCPA, 2006).

Em ambas as unidades, a equipe de enfermagem é composta por duas enfermeiras por turno, além dos auxiliares de enfermagem.

4.3 Fonte das informações

Estudos qualitativos usam amostras pequenas e não-aleatórias, pois o alvo da pesquisa qualitativa é descobrir o significado e revelar realidades múltiplas. Não existem critérios estabelecidos para o tamanho das amostras qualitativas; o mesmo é definido em função da finalidade da pesquisa, da qualidade das informações e do tipo de estratégia de amostragem usada, sendo determinado a partir da necessidade de informações (POLIT; BECK E HUNGLER, 2004).

Foram avaliados dez prontuários de crianças hospitalizadas na Pediatria do HCPA, que foram submetidas ao Processo de Enfermagem e que estavam internadas há pelo menos cinco dias. Por se tratar de um estudo preliminar, acredita-se que o número de dez prontuários é suficiente para se ter uma idéia inicial de como tem sido realizada a sistematização de enfermagem nas unidades pediátricas.

Estipulou-se o mínimo de cinco dias de internação por acreditar-se que, após esse tempo, o histórico de enfermagem já deva ter sido realizado.

4.4 Coleta das informações

A coleta de dados processou-se através das seguintes etapas: leitura dos prontuários buscando as anotações nos registros das enfermeiras e acadêmicos de enfermagem das Unidades Pediátricas, relacionadas à anamnese, exame físico e nota de admissão de enfermagem, desde a data da admissão até a data da coleta. Esses dados foram coletados no mês de setembro de 2007. Os focos da análise foram os registros contemplados nas etapas do Histórico de Enfermagem (Anexo A) e as notas de admissão de enfermagem na folha de evolução (Anexo B).

Após a coleta, houve a transcrição para o Instrumento de Coleta dos Dados I, caracterizado como instrumento piloto (Apêndice A). O instrumento foi adaptado para atender às necessidades do estudo, dando origem ao Instrumento de Coleta de Dados II (Apêndice B). Após a coleta, os dados foram agrupados na Planilha de Análise de Dados (Apêndice C) para a posterior análise.

4.5 Análise das informações

A análise qualitativa é uma atividade intensiva que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo. Não existem regras sistemáticas para análise e interpretação dos dados qualitativos (POLIT; BECK E HUNGLER, 2004).

Para o presente estudo, o estilo de análise que melhor se adequou foi a *Análise de Conteúdo Manifesto*. Nesta análise, o conteúdo é revisado procurando-se palavras ou temas particulares que tenham sido especificados previamente. O resultado pode ser analisado estatisticamente, isto é, pode-se contar a frequência da ocorrência dos temas ou palavras particulares (POLIT; BECK E HUNGLER, 2004). Neste caso, foi contado o número de vezes que cada dado deixou de ser registrado, no prontuário, na etapa da anamnese e exame físico de enfermagem. Já para as notas de admissão de enfermagem, os dados foram aparecendo aleatoriamente e também foram contados na medida em que se repetiram.

Laville e Dionne, apud Gil (2002), afirmam que a análise qualitativa não requer modelo teórico prévio. O processo de análise e interpretação pode ser elaborado pouco a pouco, gerando uma explicação lógica dos dados encontrados, analisando as variáveis e as suas inter-relações.

Conforme Gomes (1994), as duas funções da análise de conteúdo são de encontrar as respostas para as questões formuladas ao longo da pesquisa e de confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho. A análise de conteúdos, cronologicamente, pode abranger as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise, onde o material a ser analisado é organizado, devem ser feitas unidades de registros e de contexto. Portanto, nesta fase, os dados foram sendo anotados no instrumento de coleta de dados de acordo com as etapas, seus itens e subitens, em relação ao seu preenchimento ou não preenchimento. Então foi feita a leitura desses instrumentos a fim de tomarmos contato com a sua estrutura. Também foram registradas as impressões a respeito de cada prontuário em um diário de campo.

Durante a fase exploratória, os dados obtidos foram transcritos para a planilha de análise dos dados (Apêndice C), na qual foi feita uma análise vertical. Cada prontuário foi analisado individualmente, seguido de uma análise horizontal, em que

cada item das etapas do histórico de enfermagem foi verificado quanto ao preenchimento nos dez prontuários.

E por último, na terceira fase ou fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde é previsto desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Assim, estes resultados foram discutidos e interpretados com suporte da literatura específica, dando origem ao capítulo dos resultados.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto do Trabalho de Conclusão de Curso foi aprovado inicialmente pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo C), sendo posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (Anexo D).

Os dados apresentados preservam o sigilo dos pacientes e dos profissionais que registraram as informações. Outrossim, procurou-se, na análise desses dados, a imparcialidade que caracteriza toda investigação científica. Além disto, as autoras assinaram o Termo de Compromisso para a Utilização de Dados (Anexo E), preconizado pela instituição com a qual se comprometeram ao afirmar que as informações seriam utilizadas única e exclusivamente para execução do presente trabalho.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados, os dados encontrados foram agrupados nas seguintes categorias: tempo entre a admissão e o registro; caracterização das crianças; registros nos históricos de enfermagem e registros nas notas de admissão de enfermagem.

6.1 Tempo entre a admissão e o registro

Com relação ao tempo transcorrido entre a anamnese e o exame físico de enfermagem e a admissão da criança na Unidade de Internação Pediátrica, pode-se identificar que quase a totalidade dos registros da nota de admissão e do Histórico de Enfermagem foram realizados no mesmo dia da internação da criança na unidade. Identificou-se apenas um prontuário onde não há data dos registros e outro onde os registros da anamnese e exame físico foram realizados 12 dias após a admissão na unidade.

Preconiza-se que os dados sejam coletados no momento da internação ou quando as condições da criança permitirem, pois a identificação das necessidades da criança dinamiza o processo de enfermagem e facilita a elaboração dos diagnósticos para posterior implementação dos cuidados.

6.2 Caracterização das crianças

Foram analisados quatro prontuários de crianças internadas no 10^o Norte e seis prontuários de crianças internadas no 10^o Sul. As idades das crianças do 10^o Norte variaram de dois meses a um ano e um mês, enquanto que as do 10^o Sul variaram de três meses a oito anos e onze meses.

A maioria das crianças (sete) é procedente de Porto Alegre e as demais (três), da região metropolitana (Novo Hamburgo, Alvorada e Viamão).

Os informantes que acompanharam as crianças no momento da coleta dos dados para o histórico de enfermagem foram, na sua maioria (seis), a mãe; em duas situações estavam o pai e a mãe juntos; nas demais situações, o pai ou a tia.

Lima (2004) afirma que a mãe é a cuidadora mais encontrada nas unidades pediátricas, dividindo-se entre o filho internado, os que ficaram em casa, o marido e os afazeres domésticos. Culturalmente, é a mãe que fica com a criança no hospital.

Segundo Denardin apud Lima (2004), é a mulher que detém o saber sobre o cuidado, sendo o mesmo passado de geração a geração. A mãe se organiza, faz arranjos internos na família, deixa outras atividades e passa a se dedicar ao familiar doente e, a maioria, deixa o emprego para se dedicar ao filho.

6.3 Registros nos históricos de enfermagem

Os históricos de enfermagem foram examinados quanto ao preenchimento ou não preenchimento de cada etapa do instrumento. Serão descritas na seqüência em que aparecem no instrumento utilizado pelas enfermeiras para a coleta das informações.

O instrumento para coleta de dados, histórico de enfermagem, apresenta-se disposto em três colunas: na 1^o coluna têm-se os dados de identificação, história e as necessidades básicas; na 2^o coluna, o subjetivo, encontra-se os dados da anamnese, ou seja, as informações da família e da criança, relacionada a cada necessidade básica; e na 3^o coluna, o objetivo, encontra-se o exame físico, observações e interpretações da enfermeira.

Identificação - Este item foi preenchido em todos os prontuários. Os dados sobre crença e religião não constam em cinco prontuários; procedência e heredograma não constam em três prontuários; proveniência, nome do acompanhante e telefone, em um prontuário.

Segundo o roteiro da anamnese e exame físico, o subitem procedência deve ser preenchido com a cidade onde a criança mora. Em heredograma, registram-se a os antecedentes mórbidos da família, profissão dos pais, condições sócio-econômicas e uso de drogas pelos familiares.

Hockenberry (2006) afirma que as crenças estão relacionadas às causas das doenças e à manutenção da saúde, sendo parte importante da herança cultural das famílias. Estas são inseparáveis das crenças religiosas, influenciando na forma pela qual as famílias lidam com os problemas de saúde e, também, na maneira como elas respondem aos fornecedores de cuidados à saúde.

História - No item História, todos os prontuários estavam preenchidos, porém, em um deles, o item da história passada não estava registrado. Nos demais, no que se refere à história atual, o dado menos registrado foi Repercussão da Doença, omitido em quatro prontuários. Na história passada, foi omitida em cinco prontuários a informação sobre patologias; alergias e medicamentos não foram registrados em quatro prontuários.

Espera-se, nesta etapa, que a enfermeira preencha os dados a respeito de patologias e cirurgias, incluindo doenças infecto-contagiosa. Em alergias, devem ser descritos o agente determinante e a reação alérgica, e, se a criança não apresentar, deve constar que não apresenta.

É preconizado que sejam listadas medicações, frequência e dose recebidas pela criança, e questiona-se a auto-medicação. Condições de pré-natal e nascimento devem ser questionadas até a idade pré-escolar ou se for relevante. Em internações anteriores, deve ser descrito o motivo, a idade e o tempo de internação.

No item história atual, não foi abordada repercussão da doença em quatro prontuários. Neste item, deveriam ser abordadas questões como dúvidas, receios, conhecimento do diagnóstico e do tratamento e, também, questões em relação à organização familiar durante a internação.

Segundo Elsen (1994), a família não deve ser vista como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, pois ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros; ela deve ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser considerada, sendo que a participação deve ser incentivada em todo o processo cuidar/curar.

Para Motta (1997), a internação da criança gera uma nova dinâmica familiar, pois os papéis sociais são redistribuídos, visando um novo equilíbrio. Há a possibilidade de surgirem problemas financeiros, instabilidade emocional, negligência quanto ao cuidado com outros filhos, ciúmes dos irmãos, sentimentos de perda pessoal e de culpa.

Regulação Neurológica - No item Regulação Neurológica, no que se refere aos dados subjetivos, não havia nenhum registro em cinco dos dez prontuários. Entre os outros cinco que haviam sido preenchidos, em pelo menos um deles não consta registro dos subitens sentou sem apoio, caminhou e falou. Mesmo este prontuário sendo de um lactente que ainda não chegou nesta etapa de

desenvolvimento, há a instrução no manual de que seja registrado “não relevante para a faixa etária”.

A avaliação dos subitens idade em que sentou sem apoio, caminhou e falou é fundamental que seja realizada até a idade pré-escolar, para que sejam identificados atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. O item observação deve ser descrito com informações da família sobre o desenvolvimento, inclusive o desempenho escolar.

Na coluna dos dados objetivos deste item, todos os prontuários foram preenchidos, porém, no subitem desenvolvimento neuropsicomotor não havia nenhum registro em oito dos dez prontuários. Neste espaço é esperado que a enfermeira escreva as observações da sua avaliação a respeito do desenvolvimento da criança. Em comunicação, faltaram referências em cinco prontuários; nível de consciência e comportamento não teve anotações em dois prontuários.

O subitem comunicação pode estar relacionado à idade das crianças, pois quatro eram lactentes. Porém, no manual, é preconizado que este subitem contenha registros relacionados à idade, informando-se a adequação ou não. Caso seja constatado algum tipo de alteração, a mesma deve ser descrita em observação.

Para Hockenberry (2006), as formas de comunicação podem ser verbais, que envolvem a linguagem e suas expressões, vocalizações na forma de risos, gemidos ou berros, ou as implicações do que não é dito à luz do que foi dito; não verbal ou linguagem corporal, que inclui gestos, movimentos, expressões faciais e posturas; comunicação abstrata, que envolve brincadeiras, expressões artísticas, símbolos, fotografias e escolha de roupas. Por ser possível exercer um controle consciente maior sobre a comunicação verbal, esse é um indicador menos confiável de sentimentos verdadeiros, especialmente com relação às crianças.

Muitos fatores influenciam o processo de comunicação. A mesma deve ser apropriada à situação, adequadamente oportuna e feita com clareza. Por isso, as enfermeiras devem usar técnicas de comunicação eficazes e, principalmente, devem saber ouvir. As mensagens verbais e não-verbais não podem ser contraditórias (HOCKENBERRY, 2006).

O crescimento e o desenvolvimento expressam a soma das inúmeras alterações que ocorrem durante a vida de um indivíduo. O percurso completo consiste em várias dimensões inter-relacionadas (HOCKENBERRY, 2006).

As etapas são de crescimento, desenvolvimento, maturidade e diferenciação, sendo esses processos contínuos e simultâneos, influenciados por fatores endócrinos, genéticos, constitucionais, ambientais e nutricionais (HOCKENBERRY, 2006).

O corpo se torna mais complexo, e a personalidade se expande. O crescimento pode ser visto como uma mudança quantitativa, e o desenvolvimento como qualitativa. Por isso, é importante que as enfermeiras saibam que existem problemas de saúde característicos e peculiares a cada fase do desenvolvimento.

Percepção dos Órgãos dos Sentidos - No subjetivo, nove dos prontuários foram preenchidos, apenas um dos prontuários não teve este item em sua totalidade. Nos demais, o subitem dor não foi registrado em sete prontuários, audição em dois prontuários e tato em um. Nesta etapa ainda, havia o registro de uma observação em que o paciente referia dor nos olhos ao assistir televisão, mas a enfermeira registrou não ter avaliado este aspecto.

O subitem dor deve ser questionado, sendo descrito quanto à localização e tipo em observações.

A dor pode ser considerada o quinto sinal vital, e mesmo assim ela ainda é subestimada entre os profissionais da saúde. Se a dor fosse considerada com a mesma seriedade que são os outros sinais vitais, tenderia a ser tratada mais adequadamente. Portanto, a enfermeira deveria avaliar a dor sempre que checasse o pulso, a pressão arterial, a temperatura e a frequência respiratória. Na medida em que a dor é uma experiência sensorial e emocional, lançam-se mão de várias estratégias para a avaliação da dor (HOCKENBERRY, 2006).

No espaço para registro do objetivo, relacionado ao exame físico da cabeça e pescoço, em um prontuário não havia nenhum registro. Dentre os demais prontuários, os subitens menos preenchidos são os seguintes: nariz, ouvidos, orelhas e pescoço, que deixaram de ser avaliados em cinco prontuários, seguidos de conjuntivas, em três e couro cabeludo e fontanelas em dois. No mesmo item foram feitas as seguintes observações: abaulamento na região frontal por queda há dois anos em um prontuário e secreção ocular em outro.

No subitem nariz é esperado que seja descrito a presença de secreções, e/ou lesões ou alterações, como desvio de septo e epistaxe. Em orelhas e ouvidos, devem ser observados presença de secreções, lesões, sangramentos, acuidade diminuída, uso de aparelhos auditivos e tipo de implantação auricular.

Com relação à cabeça e pescoço, deveria haver registros sobre as alterações da forma, presença de bossa e o perímetro cefálico em crianças de até um ano, além da presença de gânglios, traqueostomia, nódulos e abscessos.

Hockenberry (2006) ressalta que exame físico da cabeça e pescoço pode indicar assimetrias e anormalidades significativas, que podem configurar o indício de lesão cerebral. Fechamento precoce de suturas cranianas pode sinalizar condições patológicas. Na face, o movimento simétrico pode revelar paralisia. Hiperextensão do pescoço pode sinalizar dor, enquanto flexão, irritação meníngea.

Oxigenação - No subjetivo, este item teve registro em oito prontuários. Em dois desses, não havia registros sobre respiração alterada, e em um desses, havia uma observação quanto à presença de estridor.

Quanto aos registros objetivos, dados sobre oxigenação não aparecem em dois prontuários. No subitem exame físico do tórax não havia nenhuma informação em três dos dez prontuários.

Hockenberry (2006) reforça que o tórax deve ser examinado quanto ao tamanho, forma, simetria, movimento, desenvolvimento do peito e presença de marcos ósseos formados pelas costelas e pelo esterno (HOCKENBERRY, 2006).

Regulação Térmica e Vascular - No subjetivo, seis prontuários estavam preenchidos na sua totalidade, e os outros quatro não tinham nenhum registro. É preconizado que as alterações referidas pela família sejam sinalizadas e também descritas no espaço para observações.

No objetivo, oito dos prontuários estavam preenchidos e em dois prontuários não havia nenhum registro. Dentre os oito prontuários com registros, observaram-se dois com ausência de sinais vitais e outros dois com ausência de TA. Nesta parte, o manual orienta que deve ser citada a presença de flebites, esclerose de vasos, cicatriz de flebotomia, fístula artério-venosa, arritmias, fibrilação, pulsos filiformes. Deve, também, ser informada a presença de cateteres, sua localização, tipo e data de implantação.

Alimentação / Hidratação / Crescimento Celular - Nove dos prontuários tinham esta etapa preenchida nos dados subjetivos. No entanto, em quatro deles, não foram registrados dieta, controle de peso e estatura. Em dois não foram registradas aceitação alimentar e hídrica e suas alterações. Em um dos prontuários não há referência às alterações de peso. No espaço para observação havia apenas

um registro de perda de peso. Espera-se que sejam registrados uso de sondas, apetite voraz, cansaço para mamar e alimentos que a criança não aceita.

Os dados objetivos estavam presentes em sete prontuários. Nestes, houveram alguns itens não preenchidos, tais como: percentil na curva de crescimento em seis deles, prega cutânea e altura em três deles, peso em dois deles e tecido subcutâneo em um deles. Identificou-se um registro de candidíase oral no espaço destinado às observações. Nesse espaço é esperado o registro das condições do tecido subcutâneo, dentição, cavidade oral, mucosas e prega cutânea.

A ausência do registro do percentil na curva de crescimento pode estar relacionada à ausência do gráfico no instrumento. Entretanto, o mesmo encontra-se disponível na Unidade de Internação Pediátrica.

A literatura tem preconizado que os dados antropométricos devem ser colocados nos gráficos de crescimento. O perímetro cefálico é utilizado para avaliar o crescimento cabeça/cérebro nos dois primeiros anos de vida. O perímetro adequado situa-se entre os percentis 10 e 90; percentis fora dessa curva podem indicar macro ou microcefalia. A partir dos dois anos é importante que se calcule e se registre no gráfico o índice de massa corporal para detectar obesidade (PORTO ALEGRE, 1994). Cabe ressaltar que na pediatria do HCPA este dado é calculado e registrado pelo Serviço de Nutrição no prontuário.

O índice peso/altura expressa a relação da massa corporal para a altura, isto é, a harmonia das dimensões corporais da criança. Uma criança com déficit de peso para a sua altura encontra-se em situação adversa. Essas crianças devem ser avaliadas com atenção, pois apresentam um comprometimento global de sua saúde (PORTO ALEGRE, 1994).

Eliminações - Nove prontuários contemplavam o item subjetivo. Destes, três não contemplaram dados relacionados à frequência do hábito intestinal, e em dois não constam dados sobre o controle do esfíncter anal. No espaço destinado às observações encontrou-se apenas um registro de poliúria.

Nos dados objetivos, em cinco prontuários havia alguns dos registros. Destes, dois não avaliaram fezes e um não avaliou vômitos e drenagens.

Percebe-se que há um grande número de prontuários não preenchidos com dados objetivos. Constam no manual de orientação quais os dados a serem registrados em relação ao abdome: presença de ascite, massas palpáveis, cicatrizes, sondas, drenos, dor a palpação, globo vesical, hérnias e ruídos

hidroaéreos. Em relação aos genitais, devem ser descritas presença de lesões, edema, secreções e sangramento, evidências de abuso sexual, hérnias, fístulas e sonda vesical. Em relação a glúteos e ânus, presença de úlceras de pressão, distrofias musculares, hematomas, equimoses, nódulos, cistos, secreções e prolapso retal.

Chama a atenção que em um dos prontuários havia história de abuso sexual, porém, nenhuma referência é feita quanto ao exame físico dos genitais, glúteos e ânus.

Integridade Cutâneo-Mucosa - Esta etapa foi preenchida em nove prontuários, tanto nos aspectos subjetivos quanto nos objetivos. Destes, em um não consta registro subjetivo relacionado à mucosa e em outro, à pele.

Os dados do subjetivo devem ser preenchidos com as alterações de pele e mucosas referidas pela criança e/ou família.

Nos dados objetivos, em quatro prontuários não há registro sobre a mucosa e em dois, sobre a pele. Em um destes prontuários foi encontrado o registro de mucosa oral com umidade diminuída. Ressalta-se que o manual orienta a avaliação da pele e mucosa conjuntamente, e que no espaço para observações devem constar as alterações identificadas como palidez cutânea, icterícia, pele hipocorada, moteada, além da presença de lesões como escabiose, escoriações, soluções de continuidade, presença de cicatrizes, dermatite de fraldas, equimoses e exantemas. Caso não existam alterações, deve ser registrado “sem alterações”.

Cuidado Corporal / Atividade Física / Recreação e Lazer - Os dados do subjetivo foram contemplados em nove dos dez prontuários. No entanto, em sete destes não foram contemplados atividade física e lazer, em três deles, limitações, em dois, hábitos de higiene, em um prontuário não consta informações sobre mobilidade.

Seguindo a orientação do manual, deveria constar do subitem atividade física e lazer a presença ou não de limitações na movimentação/deambulação, segundo as informações da família, além das preferências de lazer da criança, para que as mesmas fossem atendidas durante a hospitalização.

No que se refere aos dados objetivos, em oito dos prontuários foram encontrados registros. Em dois deles não há registro da avaliação das restrições de movimentos e condições de higiene. Em um deles não há registro do exame físico

dos membros e sua mobilidade. E em um prontuário havia apenas o registro de condições de higiene.

Sono e Repouso - Em quatro dos prontuários há registros tanto objetivos quanto subjetivos. Em outros quatro prontuários há registro apenas dos dados subjetivos. Em dois deles não há registros subjetivos nem objetivos. No espaço destinado às observações houve apenas dois registros: um relacionado ao ranger dos dentes e outro ao sono agitado. As duas observações foram feitas no subjetivo, sendo que, nesta etapa, as mesmas devem conter relatos da família.

Com relação ao sono e repouso, espera-se que a criança seja observada, e, a partir daí, sejam descritas as alterações.

Nos primeiros meses as crianças não possuem alternância nítida no padrão de sono e vigília, com períodos definidos, como nos adultos. Logo após o nascimento, o bebê mantém-se em um estado mais propício para a interação com o meio: alerta, olhar vivo, calmo, ativo. Nas 48 horas seguintes, é comum haver um estado de sonolência.

Posteriormente, há um aumento progressivo nos estados de vigília. Em torno dos seis meses de vida, os bebês começam a ter padrões de sono e a cochilar em determinados momentos do dia (PORTO ALEGRE, 1994).

Segurança Física e Emocional / Amor / Afeto / Auto Imagem - Os dados do subjetivo foram contemplados em nove prontuários. Quanto aos itens dessa etapa, os que não foram registrados são os seguintes: como se relaciona com a família, omitido em seis prontuários, acidentes e doenças infecciosas, omitidos em cinco prontuários, quem cuida da criança e brinca com outras crianças, omitidos em um prontuário.

No objetivo, havia registro dessa etapa em oito prontuários. Entretanto, em um deles só foi registrado o subitem evidência de acidentes. Dos dados que não foram registrados, o aspecto relacionamento com os familiares deixou de aparecer em cinco prontuários, enquanto medo, ansiedade, choro constante, agitação, que se referem ao aspecto emocional da criança, não aparecem em dois prontuários.

O aspecto como se relaciona com a família, o qual não foi preenchido em seis dos dez prontuários, não possui referências no manual de como deve ser completado. E em relacionamento com os familiares, no qual deveria estar descrito como a família se relaciona com a criança, o item objetivo equipara-se ao subjetivo, pois não aparece em cinco dos prontuários.

No atendimento da criança é impossível pensar em vê-la de forma isolada, sem conhecer o conjunto de suas necessidades básicas. A primeira delas é a de receber amor, isto é, de relacionar-se intimamente com alguém que a valoriza. O primeiro vínculo de relacionamento afetivo é o que se faz entre a binômia mãe-filho, mas a necessidade de afeto pode também ser satisfeita por pessoas e/ou instituições que exerçam a função de mães substitutas, avós, irmãs mais velhas, mães adotivas ou pessoas do sexo masculino, especialmente se for depois do primeiro ano de vida (PORTO ALEGRE, 1994).

A idéia que a criança faz de si mesma (auto-imagem) é profundamente dependente do amor que recebeu na primeira infância. A criança que apresenta carência afetiva tem seu desenvolvimento neuropsicomotor prejudicado, apresentando muitas vezes sintomas típicos de crianças que sofreram maus-tratos por negligências, como por exemplo: torna-se vulnerável a infecções, tem sintomas clínicos inexplicáveis, fica apática, desligada do ambiente, com problemas de aprendizagem e distúrbios de conduta (PORTO ALEGRE, 1994).

Outra necessidade afetiva é a de aceitação pelo grupo; inicialmente, isso se refere ao grupo familiar, e é por se sentir aceita que a criança começa a ter a sensação de identificação e de pertencimento que posteriormente se referirá ao grupo de vizinhança, da escola, dos amigos. Profissionais ligados à área de saúde mental vêm trabalhando no sentido de construir redes de apoio e ampliar a sensação de pertencimento como forma de promoção e prevenção em saúde mental especialmente com grupos anteriormente excluídos socialmente (PORTO ALEGRE, 1994).

Aprendizagem / Criatividade / Liberdade e Participação / Educação para a Saúde - Em nove prontuários há registros de dados subjetivos. Em sete prontuários não foi contemplado o item sistema de valores da família. Em cinco prontuários há ausência de como previne infestações parasitárias, em dois prontuários faltaram informações sobre o conhecimento do esquema de vacinação, e em três deles não há registro do subitem profissional no que se refere ao controle de saúde. O mesmo não foi preenchido totalmente em um prontuário.

Todos os prontuários contemplaram alguns dos dados objetivos desta etapa. Porém um deles contemplou apenas imunizações e o outro contemplou apenas comprometimento familiar. Os itens que não foram registrados, respectivamente, foram os seguintes: infestações parasitárias, nível de conhecimento da família, nível

de conhecimento da criança em quatro prontuários; falta de interesse em aprender, realiza procedimentos corretamente em três dos prontuários; imunizações e limitações cognitivas em dois dos prontuários; e evidências de maus tratos e comprometimento familiar em um dos prontuários. Havia também uma observação onde a enfermeira registrou que a mãe alegava mudança freqüente de domicílio para não procurar acompanhamento médico para o filho que tinha diagnóstico de sopro cardíaco.

Segundo o manual de orientação, no subitem sistema de valores da família, devem ser questionadas as crenças religiosas, mitos, tabus e pré-conceitos que possam interferir no tratamento.

Sendo a família o primeiro e único modelo que irá influenciar a criança mais diretamente durante toda a sua vida, é necessário considerar se a estruturação e o funcionamento familiar possuem as condições necessárias para atender as demandas da criança ou se a família necessita de ajuda para fazê-lo. É função da família preparar os filhos para que se tornem membros adultos capazes e autônomos para a sociedade. Isto se faz por meio do ensino de certos tipos específicos de comportamento, transmissão de normas e valores e provisão de papéis adultos, sobre os quais a criança possa formar vínculos e sua auto-estima, tendo clara a idéia de qual é o seu lugar na família e no meio social que está inserido (PORTO ALEGRE, 1994).

Em cinco prontuários, o item como previne infestações parasitárias deixou de ser descrito. Este tipo de questão é essencial no momento em que revela como a família trata das questões de saúde, se tem conhecimento e comprometimento quanto à saúde da criança. A hospitalização também é uma forma de fazer educação em saúde, pois no momento em que a criança está vivenciando uma hospitalização, a família está inserida no ambiente hospitalar e pode ser informada em relação a essas questões.

Identificação do Profissional - Um prontuário não continha essa informação, onde o profissional deve identificar-se com o nome legível, data e número do COREN.

O manual orienta que quando o profissional, por alguma razão, não consiga completar a anamnese e o exame físico, poderá identificar-se colocando seu número do COREN e data no quadro correspondente a necessidade básica na qual parou a

sua investigação. Isso permite que o colega de outro turno colha os demais dados pra conclusão dos diagnósticos da criança.

6.4 Notas de admissão

Nos prontuários, foram verificadas, também, as notas de admissão. Destas, foram retirados os dados abordados pelas enfermeiras dos itens: subjetivo – história e necessidades básicas; objetivo – necessidades humanas básicas, cuidados e procedimentos.

Em oito dos dez prontuários havia nota de admissão de enfermagem e apenas dois não tinham nota de admissão. Nos demais, os aspectos abordados pelas enfermeiras foram:

a) dados subjetivos, ou seja, que foram questionados com os familiares e registrados segundo a história e necessidades humanas básicas:

- história de internação prévia em outra unidade, prematuridade em um dos prontuários, história de violência sexual em outro. Nos restantes apareceram dados de identificação em dois prontuários, proveniência em cinco, a idade da criança em um e em outro o acompanhante;

- em necessidades básicas encontraram-se dados como: condições respiratórias na internação, febre, crises convulsivas, momentos de agitação, uso de medicações, náuseas, vômitos, desnutrição, estado neurológico da criança, desnutrição, o motivo da internação e os diagnósticos médicos como BCP, derrame pleural e estenose subglótica;

b) dados objetivos, ou seja, os que foram avaliados pela enfermeira e registrados segundo as necessidades humanas básicas:

- em sua maioria, o padrão ventilatório foi o mais observado, sendo descrito em seis prontuários, seguido de estado nutricional e sinais vitais em cinco, estado emocional e condições da pele em quatro, rede venosa, eliminações, perfusão periférica e abdome em três, e hidratação, períneo, secreções, pulso e presença de drenos em um prontuário;

- quanto à conduta, cuidados e procedimentos de enfermagem, foram encontrados os seguintes dados: orientação quanto às rotinas da unidade sete vezes, entrega de cartões de acompanhante e diagnósticos de enfermagem seis vezes, cuidados com oxigenioterapia três vezes, administração de medicamentos

duas vezes, e sondagem e preparação de material para um procedimento de urgência um vez.

O Grupo de Enfermagem do HCPA (GENF) / Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE) do HCPA disponibiliza para as enfermeiras um informativo para auxílio de como redigir a evolução de enfermagem, com a estrutura e o modelo de evolução. Preconiza-se que sejam registrados: hora da admissão, condições da admissão, subjetivo e objetivo conforme a anamnese e exame físico, ou nota de reinternação. Em interpretação devem ser listados os diagnósticos de enfermagem prioritários com o fator relacionado, e em conduta a enfermeira deve registrar o cuidado que julgue mais importante, descrever alguma ação que tenha realizado ou “conforme prescrição de enfermagem”.

Pelos itens registrados, percebe-se que a maioria dos prontuários contemplava os aspectos a serem registrados na notas de admissão de enfermagem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Processo de Enfermagem confere identidade à prática profissional das enfermeiras e contribui na construção do conhecimento na área de enfermagem. O mesmo é o instrumento pelo qual se estruturam as bases teóricas da profissão.

A avaliação realizada como uma fase do PE é de extrema relevância, pois torna a sistematização da assistência mais racionalizada, individualizada e humanizada. No momento em que os dados da história e exame físico de enfermagem são questionados e avaliados pela enfermeira, eles se tornam essenciais para que se possa levantar diagnósticos e implementar cuidados.

O exame físico deve conter os aspectos necessários para uma avaliação completa, que veja a criança como um todo, inserida em um contexto familiar e social, o meio no qual ela vive. De certa forma, esses aspectos contribuem diretamente para a reposta da criança e da família às questões de saúde, bem como aos cuidados prestados durante a hospitalização.

No presente trabalho, os dados obtidos através da coleta de dados, nos registros das enfermeiras, revelam as etapas mais registradas e os itens que foram contemplados em cada etapa. Também, mostram os dados que deixaram de ser registrados. Estes dados contribuiriam para qualificar a assistência em se tratando do cuidado à criança.

Nesta seqüência, os dados menos registrados são os seguintes: Crença e religião, que é um dado importante, pois revela como a família lida com as questões de saúde, bem como em relação ao cuidado da criança.

Patologia que revelaria a história passada da criança em relação ao nascimento e pré-natal, motivo de internações anteriores e alergias. Estes registros também serviriam para responder algumas dúvidas pontuais a respeito da situação de saúde atual da criança.

Regulação neurológica, a parte mais ampla e diversificada do exame físico, pois tanto funções físicas quanto emocionais são reguladas por impulsos neurológicos.

Desenvolvimento neuropsicomotor, que mostraria os aspectos quantitativos do crescimento, isto é, crescimento do corpo, relacionado aos aspectos qualitativos, a expansão da personalidade.

A dor, que já é considerada um quinto sinal vital, tem devida importância em percepção dos órgãos dos sentidos, porém ainda é subestimada pelas enfermeiras, sendo este um dos itens menos preenchidos do instrumento de anamnese e exame físico de enfermagem.

O exame físico cabeça e pescoço também é importante para a avaliação de assimetrias e anormalidades, que indicariam lesões graves e atrasos de desenvolvimento. Entretanto, a metade dos prontuários não continha esses dados.

Percentil na curva de crescimento, que não é referida em muitos prontuários, é essencial para avaliar se a criança está entre os percentis esperados para sua faixa etária. Alterações nesse sentido podem indicar o comprometimento da saúde da criança como um todo.

Eliminações, que não foram avaliadas em metade dos prontuários, podem revelar aspectos importantes quanto à fisiologia do aparelho digestivo e urinário e seu funcionamento. O exame físico do abdome pode descrever anormalidades, revelando situações como íleo paralítico e obstrução intestinal, entre outras.

Atividade física e lazer, independentemente da idade da criança, devem ser avaliados sempre, pois mesmo à criança hospitalizada, não importando o tempo que ocorrer sua internação, a recreação deve ser garantida. O ambiente lúdico, a brincadeira e outros tipos de lazer auxiliam no desenvolvimento da criança, na forma como ela vivencia a hospitalização, tornando-a menos traumática e mais confortável. Percebe-se que mais da metade dos prontuários examinados omitem esses dados.

Como se relaciona com a família, no subjetivo, e Relacionamento com familiares, no objetivo, são outros itens que deixaram de ser registrados com frequência. Entretanto, eles mostram a forma como a criança se insere na família, bem como a família referencia o tipo de relacionamento que mantém com a criança. Esses dados podem revelar se a criança tem carência afetiva, se é negligenciada ou mal-tratada, sendo esses fatores muito importantes na formação da personalidade do indivíduo. A enfermeira pode identificar alterações e intervir de alguma forma.

Novamente o fator família aparece entre os itens mais omitidos, não sendo contemplado o item Sistema de valores da família. A família é a base do desenvolvimento da personalidade da criança, pois valores são transmitidos através do vínculo que se estabelece entre os familiares.

E por último, dados sobre Infestações parasitárias também não aparecem em cinco prontuários, dados estes que poderiam indicar condições sócio econômicas,

de negligência para com a saúde da criança e falta de conhecimento sobre a prevenção destas infestações. Porém, cabe à enfermeira levantar estes aspectos e interferir na educação para a saúde.

Todos estes itens que deixaram de ser abordados ou registrados em mais da metade do número total dos prontuários têm relevância clínica. Entretanto, cabe ressaltar que os itens podem ter sido avaliados e não anotados ou referenciados por não apresentarem alterações. Porém, o manual para o preenchimento da anamnese e exame físico da pediatria preconiza que haja o preenchimento desses itens com algumas siglas chaves: “NSI” não sabe informar, “NA” não avaliado ou “NR” não relevante para a faixa etária ou sexo, mas que seja evitado deixar espaços em branco.

Outro fator importante, que deve ser lembrado, é que os dados da anamnese e exame físico podem ser retomados sempre que necessário. Se outras alterações ou questões que a enfermeira achar relevante forem percebidas, os dados podem ser alterados no histórico de enfermagem, colocando-se a data do novo registro e a identificação do profissional que registrar a informação.

Sugere-se que o instrumento seja reavaliado, pois o mesmo se trata de um instrumento piloto, cujo manual de preenchimento ainda está “em teste”. Ele foi criado no ano de 2000 e desde então não há referências quanto à qualidade das informações registradas neste instrumento. Caso seja confirmado que as informações que realmente são necessárias para o preenchimento sejam indispensáveis para o desenvolvimento do cuidado adequado, sugere-se a redução do instrumento, permanecendo apenas os itens indispensáveis, o que tornaria mais viável a sua realização na totalidade, facilitando e objetivando o processo de trabalho da enfermeira pediátrica.

Ressalta-se que este não é um trabalho conclusivo e que o mesmo pode ser ampliado com uma metodologia quantitativa, dando uma maior fidedignidade da real utilização do instrumento norteador do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Miriam de Abreu. **Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem**: concepções de docentes e discentes. Porto Alegre: PUCRGS/Faculdade de Educação, 2002.
- COLLET, Neusa. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.
- CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira (Org). **Manual de orientação para o preenchimento da anamnese e exame físico pediátrico**. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Jun/2000.
- ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, Lyidia Inês Rossi (coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. Cap. 4, p. 67-80.
- HCPA. Serviço de Enfermagem Pediátrica. **Relatório de Atividades 2006**. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: 2006.
- HOCKENBERRY, Marilyn. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- LAURENT, Maria do Carmo Rocha; DIAS, Vera Lúcia Mendes. A sistematização da assistência em pediatria. **Programa de Atualização em Enfermagem**: saúde da criança e do adolescente. Porto Alegre: v. 1, p.37-84, 2006.
- LIMA, Elizabete Clemente. **Ser família convivendo com a criança dependente de ventilação mecânica**: uma abordagem do cuidado de enfermagem. 1tr8f. Tese Dissertação de Mestrado – Escola Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2004.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. Cap. 1, p. 9-29.
- MOTTA, Maria da Graça Corso da. **O ser doente no tríptico mundo da criança, família e hospital**: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: UFSC, 1997. 207f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P.. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade**, 1994.

RODRIGUES, Yvon Toledo. **Semiologia pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados

Data da coleta:

Data da admissão:

1. Identificação da criança:

- Iniciais:
- Registro:
- Idade:
- Procedência:
- Informante:

Momento em que foi realizado o Processo de Enfermagem:

2. Critérios:

- Anamnese:

Completa Parcial

- Exame físico na 1ª Internação:

Completa Parcial

3. Etapas registradas da anamnese e exame físico – Histórico de Enfermagem

a) Identificação Sim Não

- O que não foi registrado:

b) História Sim Não

- O que não foi registrado:

Regulação neurológica: Sim Não

- O que não foi registrado:

• Subjetivo:

Objetivo:

Percepção dos órgãos dos sentidos:

Sim Não

• O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

c) Oxigenação: Sim

Não

• O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

d) Regulação térmica e vascular:

Sim Não

• O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

e) Alimentação/Hidratação/Crescimento celular:

Sim Não

• O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

f) Eliminações: Sim

Não

- O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

g) Integridade cutâneo - mucosa:

Sim

Não

- O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

h) Cuidado corporal - Atividade física – Recreação e lazer:

Sim

Não

- O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

i) Sono e repouso:

Sim

Não

- O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

j) Segurança física e emocional -

k) Amor / Afeto - Auto imagem :

Sim

Não

- O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

l) Aprendizagem/Criatividade/Liberdade e Participação/Educação para a saúde:

Sim

Não

O que não foi registrado:

Subjetivo:

Objetivo:

Evolução:

- Itens registrados:

a) Subjetivo:

- História:

- Necessidades básicas:

- Cuidados/Procedimentos:

b) Objetivo:

- Necessidades humanas básicas:

APÊNDICE B – Instrumento para Coleta dos Dados II

APÊNDICE – Instrumento para Coleta de Dados	
<p>Data da Coleta: _____ Data da Admissão: _____</p> <p>1. Identificação das crianças:</p> <p>· Iniciais:</p> <p>· Registro:</p> <p>· Idade:</p> <p>· Procedência:</p> <p>· Informante:</p> <p>· Momento em que foi realizado</p> <p>O Processo de Enfermagem:</p>	<p>2. Critérios:</p> <p>· Anamnese:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial</p> <p>· Exame físico na 1ª Internação:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial</p> <p>· Exame físico em reinternações:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial</p>
tr. Etapas registradas da anamnese e exame físico – Histórico de Enfermagem	
<p>a) Identificação</p> <p>· O que não foi registrado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>b) História</p> <p>· O que não foi registrado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

c) Regulação neurológica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		d) Percepção dos órgãos dos sentidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
· O que não foi registrado:		· O que não foi registrado:	
Subjetivo:	Objetivo:	Subjetivo:	Objetivo:
e) Oxigenação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não · O que não foi registrado:		f) Regulação térmica e vascular: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não · O que não foi registrado:	
Subjetivo:	Objetivo:	Subjetivo:	Objetivo:
g) Alimentação/Hidratação/Crescimento celular: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não · O que não foi registrado:		h) Eliminações: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não · O que não foi registrado:	
Subjetivo:	Objetivo:	Subjetivo:	Objetivo:

i) Integridade cutâneo - mucosa :		j) Cuidado corporal - Atividade física – Recreação e lazer:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
· O que não foi registrado:		· O que não foi registrado:	
Subjetivo:	Objetivo:	Subjetivo:	Objetivo:
k) Sono e repouso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		l) Segurança física e emocional - Amor / Afeto - Auto imagem:	
· O que não foi registrado:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Subjetivo:	Objetivo:	· O que não foi registrado:	Objetivo:
		Subjetivo:	Objetivo:
m) Aprendizagem/Criatividade/Liberdade e Participação/Educação para a saúde:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
· O que não foi registrado:			

Subjetivo:	Objetivo:
4. Evolução:	
· Itens registrados:	b) Objetivo:
a) Subjetivo: · História:	· Necessidades humanas básicas:
· Necessidades básicas:	
· Cuidados/Procedimentos:	

ANEXO A - Histórico de enfermagem

ANEXO B – Evolução

ANEXO C – Carta de aprovação da COMPESQ

ANEXO D – Carta de aprovação do GPPG

ANEXO E – Termo de compromisso para utilização de dados