

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

JAYNARA MENEZES SOUSA PINHEIRO

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: MANEJO E PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS
NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

São Luís
2016

JAYNARA MENEZES SOUSA PINHEIRO

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: MANEJO E PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS
NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Francisca Georgina M. de Sousa

São Luís
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pinheiro, Jaynara Menezes Sousa

Histórico de Enfermagem: manejo e percepções de enfermeiros no contexto da terapia intensiva pediátrica /Jaynara Menezes Sousa Pinheiro. – São Luís, 2016.

138 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Francisca Georgina Macedo de Sousa.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Enfermagem. 2. Processo de enfermagem. 3. Registros de enfermagem. 4.Unidade de terapia intensiva pediátrica. I. Título.

CDU 616-083

JAYNARA MENEZES SOUSA PINHEIRO

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: Manejo e Percepções de Enfermeiros no Contexto da Terapia Intensiva Pediátrica.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa – Orientadora
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Andrea Cristina Oliveira Silva – 1º Membro
Doutora em Ciências
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Sirliane de Souza Paiva – 2º Membro
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Eremita Val Rafael – 1º Membro Suplente
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Santana de Maria Alves de Sousa – 2º Membro Suplente
Doutora em Ciências Sociais
Universidade Federal do Maranhão

*Dedico essa Dissertação a todos os
profissionais que exercem a enfermagem,
com zelo e compromisso, contribuindo para
fortalecê-la como Ciência.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir viver essa grande oportunidade de aprimorar meus conhecimentos;

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e ao Mestrado Acadêmico em Enfermagem (MAENF), por terem me acolhido e me feito retomar à vida acadêmica e à pesquisa;

Aos professores do MAENF por todos os ensinamentos e pela ajuda na construção do conhecimento em Enfermagem;

Aos colegas do MAENF pelo convívio e amizade nesses dois anos. Espero que tenhamos êxito e alcancemos nossos objetivos. Obrigada turma!

À Professora Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa, minha orientadora. Não tenho palavras para agradecer todo o empenho, organização e competência, na execução de nossa pesquisa. Obrigada por mais uma vez acreditar em mim, por sua ajuda nos momentos mais críticos e por contribuir imensamente para o meu crescimento pessoal e profissional. Meu carinho e admiração por você é imensurável, e será para sempre. Obrigada por caminhar ao meu lado nessa trajetória!

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente – GEPSFCA – e todos os membros, pelo apoio e palavras de estímulo. É sempre muito bom compartilhar conhecimentos com vocês;

Ao enfermeiro Danilo Marcelo Araújo dos Santos, muito obrigada! Nesse percurso, se tornou um grande amigo e um forte alicerce, ao mesmo tempo que admirava e contava com a sua tranquilidade, disposição e competência. Obrigada por cada minuto dedicado à nossa pesquisa;

Às colegas Nicole Maria Costa e Silva e Marcela Osório Reis Carneiro pelo companheirismo e por tornarem a coleta de dados um momento mais tranquilo e prazeroso. Obrigada meninas!

À Direção do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, à Coordenação de Enfermagem e à Chefia de Enfermagem da UTI Pediátrica por terem permitido a realização dessa pesquisa;

Aos profissionais da UTI Pediátrica pela convivência nos meses da pesquisa, fazendo eu me sentir, muitas das vezes, parte da equipe. Não esquecerei de vocês!

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico (SAME) pela ajuda na localização dos prontuários e pela receptividade;

À Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, em especial à Unidade São Luís, da qual tenho imenso orgulho de fazer parte, pela liberação parcial e ajustes na escala que permitiram maior disponibilidade para realizar minhas atividades acadêmicas e científicas durante o período do Mestrado;

Aos meus colegas enfermeiros da Ortopedia Infantil por ouvirem meus desabafos e por todo incentivo e palavras de ânimo;

Aos meus pais, João Batista Silva Sousa e Maria José Menezes Sousa, por estarem sempre presentes, dividindo comigo minha ansiedade, enxugando minhas lágrimas e me erguendo nos momentos mais angustiantes desse caminho. Sei que minha felicidade e realização, também são de vocês!

Ao meu esposo, André Luís Pinheiro Nogueira, por todo o incentivo, muitas das vezes em silêncio, e por todas as cobranças, pois sabia que eram para meu crescimento pessoal e profissional;

Ao meu filho, Gabriel Menezes Sousa Pinheiro, que com apenas quatro anos, entendeu os momentos que precisei de silêncio e minhas ausências nas brincadeiras e saídas. Cobrava-me com lindos sorrisos e uma indagação: "Mãe, quando vai terminar seu trabalho? ". Meu filho você é maravilhoso! Amo você infinitamente. Obrigada pela compreensão tão precoce!

Ao meu pequeno Davi, minha doce surpresa do final do Mestrado. Tão pequeno e indefeso, já saboreou diversas sensações em meu ventre. Meu filho, foste responsável por me trazer a serenidade e calma nas turbulências do final do percurso. Mamãe já te espera para te abraçar e dizer muito obrigada!

À minha família pelas palavras de ânimo e estímulo;

À minha sogra Marinalva Pinheiro Silva por todas as palavras de carinho, torcida incansável e pelas orações maravilhosas;

À minha amiga e comadre Suellen Cristina Smith Viana Feitosa, sempre ao meu lado em todos os momentos. Obrigada pelos finais de semana que dedicou seu tempo a me ajudar na organização dos dados da pesquisa;

Às minhas amigas, por todas as palavras de carinho e incentivo. Amo todas!

PINHEIRO, J. M. S. **Histórico de Enfermagem: Manejo e Percepções de Enfermeiros no Contexto da Terapia Intensiva Pediátrica** 2016. 138 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é a metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, tendo como essência o cuidar e como ferramenta de organização do trabalho, o Processo de Enfermagem. Este é operacionalizado por um trabalho em equipe, articulado e complementar possibilitando a continuidade do cuidado. A primeira etapa do Processo de Enfermagem foi implantada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão em 2013. Nos últimos dois anos esse serviço alterou o quadro funcional por aposentadoria, demissões e admissões de novos funcionários. Esse fato, aliado a questões operacionais e do processo de trabalho, nos fez questionar: que concepções são reveladas pelos enfermeiros sobre o Processo de Enfermagem e como lidam com a operacionalização do histórico na assistência? A pesquisa teve como objetivos: compreender concepções dos enfermeiros sobre o Processo de Enfermagem no cuidado a crianças em terapia intensiva; avaliar os registros e caracterizar o manejo do histórico de enfermagem nessa Unidade de Terapia Intensiva. Utilizou-se o método misto de pesquisa combinando pesquisa quantitativa e qualitativa com análises estatísticas e textuais. Para obtenção dos dados, utilizou-se a observação participante e coleta dos dados primários com 12 enfermeiros apoiada por questionário com perguntas abertas analisados com apoio metodológico da Análise de Conteúdo. A segunda etapa da pesquisa foi documental e retrospectiva utilizando 72 Históricos de Enfermagem de crianças internadas no serviço de janeiro a agosto de 2015. Para análise, utilizou-se instrumento construído para esse fim, a partir dos itens de cada Necessidade Básica Humana da mesma maneira que estão apresentados no Histórico de Enfermagem do serviço contexto da pesquisa. Para análise do preenchimento, utilizou-se escores que variaram de 1 a 189 pontos. Foi classificado em Péssimo (1 a 66 pontos); Ruim (67 a 100 pontos); Regular (101 a 145 pontos); Bom ou Ótimo” (145 ou mais pontos). Na abordagem qualitativa foram construídas duas categorias temáticas (Valorização do Histórico de Enfermagem e Dificuldades para o Manejo do Histórico de Enfermagem) e sete subcategorias (Oportunidade de Primeiro Contato e Mobilizador de Vínculo e Processos Interativos; Instrumento para o Planejamento e Gestão de Cuidado; Estratégia para o Cuidado Individualizado e Ampliado; Recurso para Segurança e Minimização de Riscos; Instrumento de Valorização da Enfermagem; Relativas ao Processo de Trabalho; Relativas a Estrutura do Histórico de Enfermagem). Os resultados qualitativos revelaram que os enfermeiros atribuem ao Histórico de Enfermagem características burocráticas, apesar de considerarem que o mesmo contribui para o cuidado integral, amplo e resolutivo em um constructo ambivalente entre o que pensam e o que fazem, pois um número considerável dos itens desse analisados estavam incompletos ou em branco. Quanto ao preenchimento do Histórico de Enfermagem 47,2% foi classificado como regular, 23,7% ruim, 22,2% ótimo e 6,9% péssimo. Os resultados caracterizaram o manejo do Histórico de Enfermagem por enfermeiros da terapia intensiva pediátrica numa perspectiva subjetiva e objetiva da análise dos dados revelando-o como ambivalente, ambíguo e

desqualificado no tocante à formalidade no preenchimento do mesmo nas práticas de cuidado do enfermeiro.

Descritores: Enfermagem. Processo de Enfermagem. Registros de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

PINHEIRO, J.M.S. **Nursing history: nurses handling and perception in pediatric intensive therapy** 2016. 138 f. Thesis (Master). Graduate Program in Nursing. Federal University of Maranhão, São Luis, Brazil, 2016.

ABSTRACT

The Nursing Care Systematization is the methodology used to plan, execute and assess the care, having as essence the care as a working organization tool, the Nursing Process. That is operationalized by a team work, articulated and complementary, enabling the care continuity. The Nursing Process first stage was inserted at the Pediatric Intensive Care Unit of Maranhão Federal University Teaching Hospital in 2013. In the last two years this service has been through a plenty of work staff alterations due to retirement, resignation and new workers hiring. This fact, associated to matters of operation and work process, made us question: what conceptions are revealed by the nurses about the Nursing Process and how they deal with the assistance history operationalization? The research had as objectives: comprehend the nurses' conceptions about the children care Nursing Process in intensive care; assess the registers and characterize the Nursing History handling in this Intensive Care Unit. It was used the research mixed method combining quantitative and qualitative research with statistical and textual analysis. For data obtainment, it was used the participant observation and primary data collection with the 12 nurses, supported by a questionnaire with open questions analyzed with the Content Analysis methodological support. The research second stage was documental and retrospective using as documental support 72 hospitalized children Nursing Histories in the period between January and August, 2015. For the Nursing History analysis it was used a tool made specifically for this goal, from the items of each Human Basic Need on the same mode they are presented on the Nursing History of the research service context. For the analysis of the Nursing History filling it was used scores which vary from 1 to 189 points. It was classified as Terrible (1 to 66 points); Bad (67 to 100 points); Regular (101 to 145 points); Good or Great (145 or more points). On the qualitative approach two thematic categories were built (Nursing History Valorization and Difficulties on the Nursing History Handling) and seven subcategories (First Contact and Bond Mobilizing Opportunity and Interactive Process; Care Planning and Management Instrument; Individualized and Enlarged Care Strategy; Risks Security and Minimization Resource; Nursing Valorization Instrument; Relative to Working Process; Relative to Nursing History Structure). The qualitative results revealed the nurses assign bureaucratic characteristics to the Nursing History, despite of considering it contributes for the integral care, ample and resolute on an ambivalent construct between what they think and do as a substantial number of the analyzed items were incomplete or blank. Regarding the Nursing History filling 47,2% were classified as regular, 23,7% bad, 22,2% great and 6,9% terrible. The results characterized the Nursing History handling by nurses of the pediatric intensive care from a subjective and objective perspective of the data analysis revealing it as

ambivalent, ambiguous and disqualified in terms of its filling during the nurse care practices.

Keywords: Nursing. Nursing Process. Nursing Registers. Pediatric Intensive Care Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação das Necessidades Humanas Básicas definidas por João Mohana.....	24
Figura 1 – Processo de Enfermagem segundo Modelo de Wanda Horta.....	28
Figura 2 – Quadro Esquemático das Categorias e Subcategorias Temáticas.....	62
Quadro 2 – Mês da Internação na UTI Pediátrica/HUMI no ano de 2015, dos prontuários identificados e localizados com Histórico de Enfermagem. São Luís, 2016.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Prontuários localizados com e sem Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica/HUMI, 2016.....	75
Tabela 2 –	Classificação do Histórico de Enfermagem implantado na UTI Pediátrica segundo escore de avaliação do preenchimento dos itens de cada Bloco de Necessidades. HUMI, 2016.....	76
Tabela 3 –	Preenchimento do Item Identificação do Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016.....	79
Tabela 4 –	Preenchimento dos Itens finais do Bloco Identificação do Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016.....	82
Tabela 5 –	Preenchimento dos Itens dos Antecedentes no Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica/ HUMI. São Luís, 2016.....	85
Tabela 6 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco III do Histórico de Enfermagem correspondente a História da Doença Atual. UTI Pediátrica/ HUMI. São Luís, 2016.....	88
Tabela 7 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a oxigenação. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016.....	90
Tabela 8 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a Hidratação/ Nutrição/ Eliminação/ Regulação Hidroeletrolítica. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016.....	93
Tabela 9 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a Regulação Neurológica/ Exercício e Atividade Física/ Mobilidade/ Sono e Repouso/ Mecânica Corporal/ Locomoção. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016.....	96
Tabela 10 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a seção Cardiovascular. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016.....	98
Tabela 11 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a seção Cuidado corporal/ Integridade física e cutaneomucosas/ Segurança física. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016.....	100

Tabela 12 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a seção Abrigo, Ambiente e Regulação Térmica. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016.....	102
Tabela 13 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a seção Regulação Hormonal, Crescimento Celular e Sexualidade. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016.....	103
Tabela 14 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a seção Dor. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016.....	105
Tabela 15 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco V do Histórico de Enfermagem correspondente às Necessidades Psicossociais. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016.....	106
Tabela 16 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco VI do Histórico de Enfermagem correspondente às Necessidades Psicoespirituais. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016.....	108
Tabela 17 –	Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco VII do Histórico de Enfermagem correspondente aos Dados do Enfermeiro. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016.....	109

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	20
3 MARCO TEÓRICO	21
3.1 Modelos Teóricos da Enfermagem	21
3.2 Apropriando-se do Marco Teórico das Necessidades Humanas Básicas ...	23
4 METODOLOGIA	31
4.1 Tipo e Natureza do Estudo	31
4.2 Participantes e Local da Pesquisa	32
4.3 Métodos e Técnicas para Obtenção dos Dados	33
4.4. Coleta Dos Dados	36
4.4.1 Dados Qualitativos	36
4.4.2 Dados Quantitativos	58
4.5 Aspectos Éticos	58
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	59
5.1 Descrição da Observação Participante	59
5.2 Descrição das Categorias e Subcategorias Temáticas	62
5.3 Manejo do Histórico de Enfermagem quanto ao Preenchimento	75
5.4 Convergência dos Dados Qualitativos e Quantitativos	109
6. CONCLUSÃO	112
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES	122
ANEXOS	134

1 INTRODUÇÃO

A essência da enfermagem é o cuidar e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, tornando-se ferramenta imprescindível ao trabalho do enfermeiro (CHAVES; SOLAI, 2013) ampliando seu campo de atuação e evidenciando suas práticas por meio do conhecimento científico. É também instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro que 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 (TRUPPEL *et al.* 2009).

Nesse âmbito, a enfermagem tem como ferramenta de organização do trabalho, o Processo de Enfermagem (PE), que pode ser definido como o paradigma científico para a consolidação da enfermagem como ciência, proporcionando ordem e direção ao cuidado sendo a essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, apoiando o enfermeiro na tomada de decisões e na avaliação das consequências (TANNURE; PINHEIRO, 2010). De maneira lógica e objetiva, Wanda Horta (1979, p. 35; 2011, p. 34) define o PE como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas cujo foco é prestar assistência ao ser humano”, e dessa forma situa o PE como processo dinâmico com valorização à condição humana.

O PE se operacionaliza em diversas etapas que variam de acordo com diferentes autores no que diz respeito ao número e à terminologia, porém comumente envolve a identificação de problemas de saúde do cliente (histórico), o delineamento do Diagnóstico de Enfermagem (DE), a instituição do Planejamento de Enfermagem (intervenção ou plano de cuidados), a implementação das ações prescritas e a avaliação ou Evolução de Enfermagem (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; TRUPPEL *et al.*, 2009).

A investigação consiste na coleta de informações referentes ao estado de saúde do indivíduo, família ou comunidade, com o propósito de identificar as necessidades, os problemas, preocupações e reações humanas destes (TANNURE, PINHEIRO, 2010).

O diagnóstico é um julgamento clínico sobre a resposta do indivíduo a problemas de saúde reais ou potenciais e processos de vida (NANDA, 2012) e pelo qual determina prioridades, estabelece resultados, define intervenções e individualiza plano de cuidados. Portanto, os Diagnósticos de Enfermagem são produtos do raciocínio clínico dos dados coletados por meio do Histórico de Enfermagem (HE).

Nessa perspectiva, utilizar os Diagnósticos de Enfermagem ultrapassa a “simples listagem de problemas”, mas corresponde a uma etapa que “envolve avaliação crítica e tomada de decisão” (ARAÚJO *et al.*, 2011, p. 672), pois o cuidado de enfermagem “não é um fenômeno natural, mas configura-se como empreendimento humano”

(MALUCELLI, *et al.*, 2010, p. 630) e exige objetividade, pensamento crítico-reflexivo e tomada de decisão dos enfermeiros. Por conseguinte, a utilização dos DE traz à prática assistencial vantagens como a articulação e direcionamento das ações contribuindo para a qualidade do cuidado numa dimensão bio-psico-social (INÁCIO *et al.*, 2010).

Entretanto, apesar das vantagens e das definições legais do Exercício Profissional, a operacionalização do PE esbarra em muitas dificuldades prevalecendo na prática clínica a organização do cuidado centrado em tarefas, o que estabelece, muitas vezes, uma prática automática, resultante da burocratização (ROSSI; CASAGRANDE, 2001). Essas dificuldades, comumente referidas na implantação do processo, podem ser identificadas pela inadequação quanto ao dimensionamento de enfermeiros, o despreparo da equipe, a falta de recursos materiais, o entendimento dos gestores, tanto do serviço de enfermagem como da instituição, o preparo prático e a sensibilização da equipe (PAGANIN *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, a implantação do PE é produto da articulação de todas as etapas. Isto é, uma etapa pouco consolidada interfere na qualidade da etapa subsequente e compromete todas as outras fases. Dessa forma, diante da complexidade do cuidar, emerge a necessidade de que o Processo de Enfermagem seja direcionado, constituído de ações e intervenções que promovam assistência diferenciada e sistematizada. Além disso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve tomar forma e estruturar-se nos diversos contextos da prática de enfermagem e de forma muito singular na terapia intensiva onde há a prática contínua de assistência mais especializada. Nessa perspectiva, os cuidados de enfermagem

devem ser realizados de maneira integral e ampliada, uma vez que rompe, em parte, com o modelo médico centrado, tecnicista, com a divisão de tarefas e com a fragmentação do ser humano e avança na identificação de necessidades e atendimento das mesmas em um processo dinâmico, cooperativo, técnico e científico.

O PE consolida-se na prática do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), a partir da implantação da etapa de levantamento de dados por meio da construção e efetivação prática do Histórico de Enfermagem em 2014 quando da realização da pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos (SANTOS, 2014), apoiada no projeto de pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: uma pesquisa convergente-assistencial, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio da Edital Universal 14/2013.

De todo, a maior contribuição do PE depende da união de esforços, sendo necessário envolver a equipe visando à continuidade do trabalho para a ação sustentada e coerente do enfermeiro. Inácio *et al* (2010) salienta que a promoção da qualidade da assistência de enfermagem por meio do PE compromete toda a equipe ativando a participação e a colaboração desta.

No tocante aos cuidados de maior complexidade, estes são prestados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), onde há prática contínua de assistência especializada. Em virtude disso, as UTIs vêm sofrendo mudanças na assistência de enfermagem a partir da implantação e execução da SAE, possibilitando ao enfermeiro da UTI intervir e solucionar alterações e complicações detectadas precocemente, visando à melhoria na qualidade de vida e à recuperação dos pacientes dessa unidade (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

Nesse contexto, os cuidados de enfermagem devem ser realizados numa perspectiva integral e ampliada, uma vez que rompe, em parte, com o modelo médico centrado, tecnicista, com a divisão de tarefas e com a fragmentação do ser humano e avança na identificação de necessidades e atendimento das mesmas em um processo dinâmico, cooperativo, técnico e científico. Nesse sentido a SAE poderá organizar as

práticas de trabalho, as ações e as atitudes de cuidado, importantes e necessárias no ambiente da terapia intensiva. (RODRIGUES et al, 2007).

Entretanto, apesar da assistência de enfermagem ter como base a integralidade do cuidado e do ser humano, na UTI, na maioria das vezes, está voltada para os aspectos biológicos dos indivíduos hospitalizados e dos aparatos tecnológicos utilizados para a prestação dos cuidados. Esse modelo, pouco valoriza os aspectos subjetivos do cuidado e as necessidades sociais, emocionais e espirituais dos indivíduos.

Sob essa perspectiva e após implantação da primeira fase do PE (Histórico de Enfermagem) na UTI Pediátrica do HUUFMA e para atender a necessidade de continuidade na organização e documentação da Assistência de Enfermagem nesse serviço, emergiu como necessidade e urgência avaliar concepções do Processo de Enfermagem e o manejo do Histórico de Enfermagem pelos enfermeiros que exercem suas atividades no contexto acima mencionado. Contribuiu também para o desenvolvimento da pesquisa a inserção de novos enfermeiros e a desvinculação de outros por demissão e aposentadoria.

Essa condição não representa recuar no andamento da implantação das etapas subsequentes do PE, significa investir na capacitação dos novos enfermeiros quanto ao manejo do HE. Portanto, avaliar concepções e manejo do HE na UTI Pediátrica foi condição necessária para investir na qualidade e eficácia da assistência, na autonomia e no conhecimento técnico, teórico e científico do profissional de enfermagem. É uma investigação que coloca a estratégia em ação e verifica respostas iniciais do enfermeiro às etapas do PE que quando desenvolvidas adequadamente, favorecem o desenvolvimento do julgamento crítico da enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Apoiada na assertiva de que na terapia intensiva as necessidades de cuidados são complexas e dinâmicas, define-se como exigência um levantamento de dados abrangente e múltiplo apoiado em um trabalho colaborativo e complementar de muitos profissionais, questiona-se: o que pensam os enfermeiros da terapia intensiva pediátrica sobre o PE? Como lidam com o HE nas suas práticas profissionais? Que condições comprometem o manejo do HE? Como se apresenta o manejo dos diferentes itens do HE? Sob esse escopo a pesquisa foi guiada pela seguinte pergunta: que concepções são reveladas pelos enfermeiros da UTI Pediátrica do

Hospital Universitário Materno Infantil sobre o Processo de Enfermagem e como lidam com a operacionalização do Histórico de Enfermagem nas práticas assistenciais?

Pelo fato de já exercer minhas atividades profissionais com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as fases do Processo de Enfermagem, optei por manter essa temática no processo de investigação do Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Assim, reingressei no Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente – GEPSFCA – vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, em busca de apoio técnico e científico para atingir minha meta. Em 2014, ao ingressar no Mestrado Acadêmico em Enfermagem, após dez anos de experiência como enfermeira assistencial, definir duplo objetivo: adquirir e aprimorar conhecimentos e desenvolver uma pesquisa aliada ao meu contexto profissional e que permitisse investimento no aperfeiçoamento pessoal e profissional e contribuição efetiva para a prática assistencial.

De forma complementar, a temática do processo de cuidar sempre despertou meu interesse, em especial o cuidado sistematizado. Sob esse enfoque, a relevância do estudo está na afirmativa de que a implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem, oportuniza avanços na qualidade da assistência, e impulsiona sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde (TRUPPEL *et al*, 2009). E ainda, que o Histórico de Enfermagem em UTI Pediátrica contribuirá para o desenvolvimento científico da profissão de enfermagem, direcionando sua assistência, pois fornece subsídios para a elaboração de cuidados, implementação das intervenções e avaliação de acordo com as necessidades de crianças gravemente enfermas. Acrescenta-se ainda, que instrumentalizar os profissionais de enfermagem para uma coleta de dados completa e eficaz, poderá providenciar valiosas informações aos gestores dos serviços de saúde sobre o processo de cuidado com contribuição para o cuidado de enfermagem. Ressalta-se que a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica contexto da pesquisa faz parte de um Hospital Universitário, portanto, a investigação trará benefícios não somente aos profissionais da área e pacientes, mas também ao corpo docente e discente que atuam nesse local.

2 OBJETIVOS

- Compreender concepções dos enfermeiros sobre o Processo de Enfermagem no cuidado a crianças em terapia intensiva;
- Avaliar os registros de enfermagem na primeira etapa do Processo de Enfermagem (Histórico de Enfermagem) da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA);
- Caracterizar o manejo do Histórico de Enfermagem pelos enfermeiros da UTI Pediátrica.

3 MARCO TEÓRICO

O referencial que sustenta o Módulo de Enfermagem do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU - implantado na UTI contexto desta investigação é o modelo conceitual de Wanda Horta que permite avaliar e identificar necessidades e intervenções de enfermagem tendo o ser humano como um todo indivisível a partir da intersecção dos componentes biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que demandam planejamento e intervenções ampliadas do cuidado no processo saúde-doença da criança em terapia intensiva e de reforçar a importância do cuidado voltado às Necessidades Humanas Básicas.

3.1 Modelos Teóricos da Enfermagem

Os modelos teóricos da enfermagem têm contribuído positivamente na prática assistencial de enfermagem quando utilizados como referencial para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois “proporciona meios para organizar as informações e os dados dos pacientes, para analisar e interpretar esses dados, para cuidar e avaliar os resultados desse cuidado” (AMANTE; ROSSETO; SCNNEIDER, 2009, p. 55). Afirmam as autoras que quando os enfermeiros colocam em prática o PE, os pacientes passam a receber “cuidados qualificados em um mínimo de tempo e um máximo de eficiência”.

McEwen (2009, p. 50) destaca que antes do desenvolvimento das teorias, a enfermagem encontrava-se subordinada à medicina e a

[...] prática de enfermagem era prescrita por outros e realçada pelas tarefas tradicionais e ritualistas. [...] o uso da teoria oferece estrutura e organização ao conhecimento da enfermagem e proporciona um meio sistemático de coletar dados para descrever, explicar e prever a prática. O uso da teoria também promove a prática racional e sistemática desafiando e validando a intuição. As teorias tornam a prática de enfermagem mais declaradamente determinada, afirmando não apenas o foco dessa prática, mas as metas e os resultados específicos. As teorias determinam e esclarecem a enfermagem e a finalidade da sua prática, para distingui-la das outras profissões de atendimento estabelecendo seus limites profissionais” (McEWEN, 2009, p. 50).

De maneira geral, estudiosos de enfermagem credita a Florence Nightingale o papel de primeira teórica moderna da enfermagem, cuja estrutura conceitual para a enfermagem enfatizava a utilidade do conhecimento empírico. Ela acreditava que o conhecimento desenvolvido e usado pelos enfermeiros deveria ser diferente do conhecimento médico. Na sua estrutura conceitual Florence defendia que o ar fresco, os aspectos sanitários, o conforto e a socialização eram necessários para a cura (NIGHTINGALE, 1959).

McEwen (2009, p. 537) defende que a ciência da enfermagem preocupa-se em responder às questões de interesse para a profissão e em enriquecer o corpo de conhecimento e ao descrever sobre os aspectos futuros na Teoria de Enfermagem “é necessária maior ênfase sobre a aplicação da teoria na prática e sobre a relação entre teoria, prática e pesquisa”, pois para a autora, em uma disciplina prática como é a Enfermagem, a teoria e a prática são inseparáveis e o desenvolvimento e a aplicação da teoria têm sido considerados fundamentais para o desenvolvimento da profissão e da prática autônoma. Além disso, “no futuro, os enfermeiros usarão rotineiramente as bases de dados de diagnósticos e intervenções, assim como os sistemas especializados, para auxiliar na tomada de decisões” (McEWEN, 2009, p. 538).

Nessa perspectiva, Schaurich e Crossetti (2010) destacam que, para o cuidado de enfermagem alcançar a complexidade e unicidade da condição de estar saudável ou doente de indivíduos ou grupos, será necessário abranger aspectos técnicos, científicos, éticos, filosóficos, estéticos, humanísticos e culturais. Asseguram ainda que a enfermagem “só vem conseguindo consolidar-se como ciência e arte porque tem produzido uma linguagem específica que atribui significado aos elementos constitutivos do seu ser, saber e fazer” (SCHARICH; CROSSETTI, 2010, p. 183). Enquanto que Garcia e Nobrega (2004) compreendem que as teorias de enfermagem contribuem substancialmente para uma sólida base de conhecimento que organiza o mundo da enfermagem, pois o “uso da teoria de enfermagem apoia os enfermeiros na definição de seus papéis, na aproximação da realidade e consequente adequação e qualidade do desempenho profissional, bem como a produção do conhecimento” (MOURA *et al*, 2005, p. 66). Portanto, as teorias de enfermagem constituem-se aportes epistemológicos para a construção do saber e do fazer da Enfermagem.

3.2 Apropriando-se do Marco Teórico das Necessidades Humanas Básicas

Na enfermagem brasileira, a primeira enfermeira a falar sobre teoria no campo profissional foi Wanda de Aguiar Horta, na segunda metade dos anos 60. A teórica iniciou sua incursão conceitual por meio de publicações sobre o Processo de Enfermagem, num esforço considerável para a divulgação do conhecimento e com a finalidade de despertar a enfermagem brasileira para a importância do assunto (HORTA, 1979).

Em 1970, Horta destacou que o corpo de conhecimento em enfermagem era derivado da experiência prática, não existindo uma estrutura de conhecimentos que fundamentasse o fazer da enfermagem. Foram inquietações que impulsionaram a teórica a desenvolver uma teoria de Enfermagem, afirmando que para isso era preciso ir além do saber, do pensamento lógico e da criatividade (HORTA, 1979).

Com muito esforço, buscou desenvolver um constructo teórico capaz de explicar a natureza da enfermagem, seu campo de ação e sua metodologia de trabalho. Acreditava que a enfermagem tornava-se uma ciência aplicada, a partir do momento que os enfermeiros desenvolviam Teorias de Enfermagem, sistematizavam conhecimentos, fato positivo que incidiu sobre a transformação da enfermagem empírica para a enfermagem científica (TANNURE, 2012).

Horta (1979, 2011) descreveu sua fundamentação teórica embasada na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow intitulada *Motivacion e Personality*, na determinação de cinco níveis de necessidades: fisiológicas, segurança, sociais, autoestima, autorrealização e, segundo a divisão proposta por João Mohana em necessidades de níveis psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais. Apoiou-se ainda nas leis do Equilíbrio, da Adaptação e do Holismo, para construir a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB's), que segundo Tannure e Pinheiro (2010), consistiu numa proposta de assistência sistematizada aos enfermeiros brasileiros, introduzindo, dessa maneira, uma nova visão de Enfermagem no país.

Segundo Horta (1979), a lei do equilíbrio (homeostase), o universo mantém processos de equilíbrio entre os seus seres, e como, o ser humano é parte desse universo, está sujeito as leis que o regem, no tempo e espaço. A lei da adaptação mostra que o universo pode provocar situações de equilíbrios e desequilíbrios, e que

o ser humano, parte desse processo, tem de se manter em situações de ajustamento para manter-se equilibrado. Segundo a lei do holismo o ser humano deve ser visto como ser holístico, integrado com necessidades bio-psíquicas-sócio-espirituais.

Quanto às Necessidades Humanas Básicas, conforme as denominações de João Mohana nos níveis psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual a teórica defende que este terceiro nível é uma característica exclusiva do ser humano. Os outros dois níveis são comuns a todos os seres vivos (HORTA, 1979; HORTA, 2011).

Esse modelo diferenciava-se da teoria sobre a motivação humana de Maslow que hierarquizou, segundo Wanda Horta (1979, 2011), as necessidades em cinco níveis: necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização na assertiva de que um indivíduo só apresentava uma necessidade de um nível seguinte, se o mínimo de satisfação das necessidades de um nível anterior fosse obtido e que não havia satisfação completa, pois assim não haveria motivação individual. Enquanto João Mohana (1964) defendeu que se o indivíduo recebesse ajuda, poderia ter necessidades hierarquizadas atendidas em um nível mais elevado e as categorizou conforme apresentado no **Quadro 1**:

Quadro 1. Classificação das Necessidades Humanas Básicas definidas por João Mohana.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS		
PSICOBIOLOGICAS	PSICOSSOCIAIS	PSICOESPIRITUAIS
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercício e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Cuidado corporal Integridade cutâneomucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfatória, visual, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Sociabilidade Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Autorrealização Autoestima Participação Autoimagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética ou filosofia de vida

Fonte: João Mohana, 1964

As **Necessidades Psicobiológicas** são consideradas forças, instintos ou energias inconscientes que surgem sem planejamento, do nível psicobiológico do homem, e se manifestam, na vontade de banhar, de repousar, assim por diante. Elas estão subdivididas em 16 subgrupos: regulação neurológica, percepção dos órgãos dos sentidos, oxigenação, regulação vascular, regulação térmica, hidratação, eliminação, integridade física, atividade física, cuidado corporal, segurança física/meio ambiente, sexualidade, regulação, crescimento celular e terapêutica (MARQUES; MOREIRA; NOBREGA, 2008).

As **Necessidades Psicossociais** são manifestações que ocorrem no indivíduo por meio de instintos do nível psicossocial, como a necessidade de viver em grupo e realizar trocas sociais. Os 11 subgrupos estão descritos na segunda coluna do Quadro 1.

Em relação às **Necessidades Psicoespirituais** o homem procura buscar e compreender o que vivencia de inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando os limites de sua experiência. Possui como subgrupo a religiosidade e a espiritualidade (BENEDET; BUB, 2001).

No processo de adoecimento e de risco de vida vivencia-se sentimentos de insegurança frente ao desconhecido, o medo da morte e de incertezas quanto ao futuro, condição que reforça a estratégia da religiosidade e da espiritualidade no contexto da terapia intensiva, e que, portanto, devem ser valorizados e incluídos no processo de cuidado.

Para Vêras, Vieira e Morais (2010), a fé em Deus possibilita o desenvolvimento da esperança e de perspectivas de dias melhores e favorece a resignação minimizando o impacto da doença e da hospitalização. De outro modo, as autoras, assim como Bousso, Serafim e Misko (2010) reconhecem que a religiosidade e a espiritualidade são recursos que devem ser estimulados nos espaços dos serviços de saúde por contribuir para a dinâmica do trabalho cotidiano e como potencializadores das relações interpessoais e mediadoras no processo saúde-doença.

Para Fornazari e Ferreira (2010), a religiosidade e a espiritualidade possibilitam maior controle sobre as vidas e contingências do processo de viver, assim os sujeitos passam a lidar com maior tranquilidade com o processo de adoecimento. O contrário, isto é, a ausência dessa ferramenta é fator gerador de angústia e

ansiedade. Sob essa perspectiva, a religiosidade e a espiritualidade ajudam a dar significado às experiências de doença e morte e mostram-se como condutoras de comportamentos para um estado de adaptação e ajustamento e de renovação de energia para que os envolvidos identifiquem recursos e aprendam a lidar com as situações. É, portanto, uma ferramenta de suporte para as mães e famílias e para os profissionais que lidam com situações extremas entre a vida e a morte.

Apoiada nesse constructo teórico Horta (1979, p. 39; 2011, p. 38) define Necessidades Humanas Básicas como “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”. Portanto, essas necessidades estão relacionadas à sobrevivência física, psíquica e espiritual, que não sendo atendidas ou realizadas de forma ineficaz, provocam desconforto ao indivíduo, podendo gerar a doença, pois estão inter-relacionadas e fazem parte de um todo (o ser humano).

Horta (2011) definiu também em sua teoria, os três seres que se distinguem na Enfermagem:

a) Ser-Enfermeiro, que é um ser humano com todas as suas dimensões que se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. É “gente que cuida de gente” (HORTA, 1979, p. 3; 2011, p. 2). O Enfermeiro é o agente responsável pelo planejamento do cuidar para atender as Necessidades Humanas Básicas dos clientes, por meio do qual estabelece ação direta e atuante diante dos problemas por eles apresentados (MARQUES; MOREIRA; NOBREGA, 2008). Sob essa dimensão, a teórica insere no contexto das práticas de enfermagem a observação, a interação e a intervenção para satisfazer as Necessidades Humanas Básicas desses clientes;

b) Ser-Cliente, que segundo a autora, pode ser um indivíduo, família ou comunidade que necessitam de cuidados em qualquer fase do seu ciclo vital e do ciclo saúde-doença;

c) Ser-Enfermagem, definido como um ser abstrato que se manifesta na interação e transação do Ser-Enfermeiro com o Ser-Cliente, sendo o objetivo do Ser-Enfermagem assistir às Necessidades Humanas Básicas.

Wanda Horta também construiu quatro conceitos que fundamentam a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (o ser humano, o ambiente, a saúde e a enfermagem). Para Horta (2011, p. 29) o ser humano é definido como indivíduo, família ou comunidade e “parte integrante do universo dinâmico e como tal sujeito às

leis que o regem no tempo e no espaço estando em constante interação com o universo, dando e recebendo energia”. A dinâmica desse processo interativo resulta em alterações no equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço; o ambiente foi definido como um “universo dinâmico” no qual o ser humano está “sujeito a todas as leis que o regem no tempo e no espaço” (HORTA, 2011, p. 29), classificando o ambiente como favorável, semi-favorável, difícil e desfavorável; a saúde sugere o equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço e significa um estado de latência das necessidades e dependendo do desequilíbrio, as necessidades são afetadas em maior ou menor grau (HORTA, 1979; 2011); a enfermagem é para Horta (1979, p. 29; 2011, p. 31):

ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar; manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Pautada no conceito de enfermagem, Wanda Horta definiu também que assistir em enfermagem é:

[...] fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar, quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou supervisionar e encaminhar a outros profissionais (HORTA, 1979, p. 30)

É importante ressaltar que na Teoria das Necessidades Humanas Básicas duas proposições de destacam. A primeira diz respeito às funções do enfermeiro que consiste em assistir o ser humano nas suas necessidades básicas com o propósito de torná-los independente. A segunda compreende o estudo das Necessidades Humanas Básicas assim como os fatores que alteram a manifestação das necessidades e o atendimento das mesmas e a assistência a ser prestada (TANNURE, 2012).

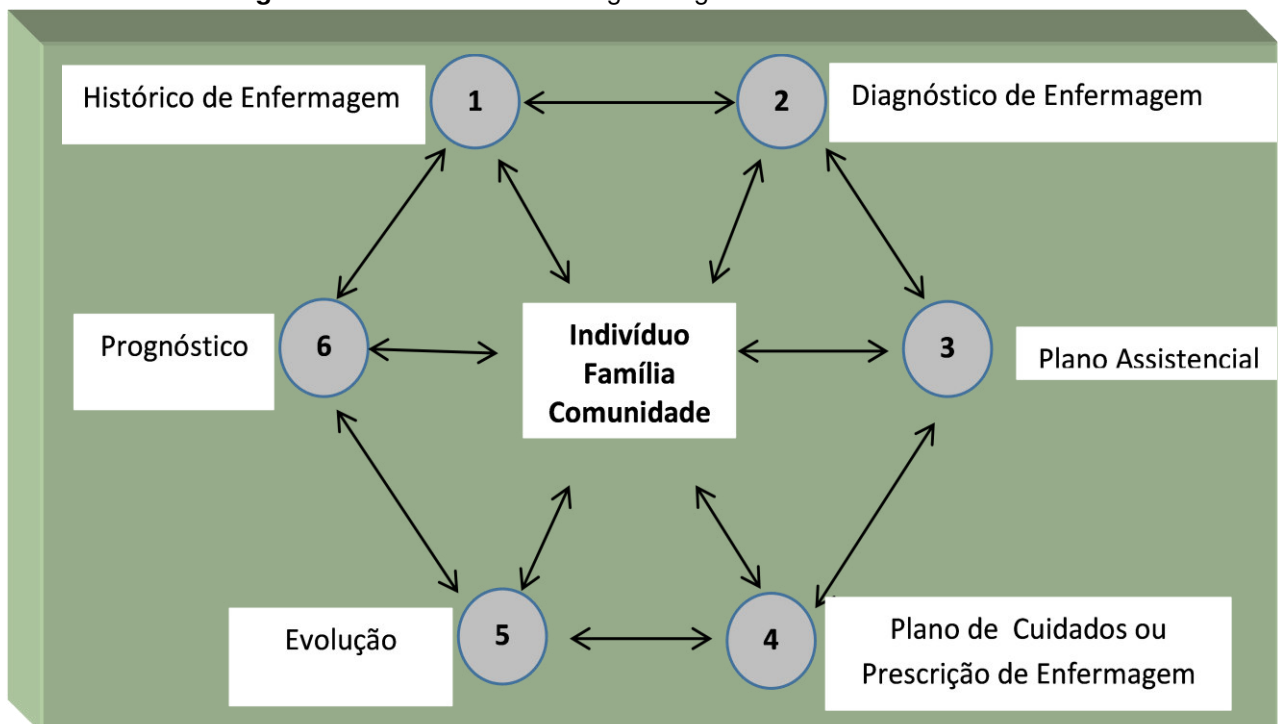
Horta (1979), por meio dessas proposições estabelece princípios de enfermagem como descritos abaixo:

- a) A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano;
- b) A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio;

- c) Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação;
- d) A Enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade;
- e) A Enfermagem reconhece o ser humano como elemento participativo do seu autocuidado.

Assim, para a atuação efetiva da Enfermagem, a assistência às Necessidades Humanas Básicas deve ser realizada baseada em um método científico, que, na teoria em questão, denominou-se de Processo de Enfermagem definido por Horta (1979, p. 35; 2011, p. 34) como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas cujo foco é prestar assistência ao ser humano”, constituído de seis fases: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem. As etapas do PE podem ser representadas graficamente por um hexágono cujas etapas encontram-se no vértice da figura e no centro situam-se o indivíduo, a família e a comunidade:

Figura 1. Processo de Enfermagem segundo o Modelo de Wanda Horta



Fonte: Horta, W. 2011

O Histórico de Enfermagem é o “roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano (significativos para o enfermeiro) que tornam possível a identificação de seus problemas” (HORTA, 1979, p. 41; 2011, p. 40). Deve ser conciso, claro e preciso. É individual, de responsabilidade do Enfermeiro, utilizando técnica de entrevista informal e empregando no exame físico a inspeção, palpação e ausculta.

O Diagnóstico de Enfermagem é a segunda fase do Processo de Enfermagem, na qual os problemas de enfermagem, as Necessidades Humanas Básicas afetadas e o grau de dependência do paciente são identificados. Os Diagnósticos de Enfermagem para Pereira, Stuchi e Arreguy-Sena (2010, p. 75) “são focos clínicos da profissão” cuja atividade aproxima profissionais e usuários, possibilitando aos últimos conhecer melhor as suas respostas físicas e emocionais durante o desenvolvimento do processo de trabalho do enfermeiro.

Para Horta (2011) o Diagnóstico de Enfermagem comporta duas dimensões: identificar as necessidades e determinar o grau de dependência. Para tanto a autora elaborou um modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão. Quanto à natureza, essa dependência pode ser Total (o enfermeiro faz pelo paciente tudo que ele não pode fazer por si próprio) ou Parcial (quando a assistência de enfermagem é direcionada para ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar), e diz respeito à extensão qualitativa em Total-Fazer e Parcial-Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar. Para isso sugere o uso dos símbolos F (fazer), A (ajudar), O (orientar), S (supervisionar), E (encaminhar).

Elaborou ainda uma representação gráfica dos níveis de dependência da enfermagem, utilizando um círculo dividido em quadrantes: para grau 1, é preenchido um quadrante; para grau 2, dois quadrantes; para grau 3, três quadrantes e a dependência total corresponderia por sua vez, ao preenchimento completo do círculo. Utilizou para tanto dos seguintes indicadores: conhecimento do paciente, deambulação, mobilidade, estado mental, condições do ambiente e socioeconômica. Entretanto, essa condição não foi claramente construída pela teórica em virtude do seu adoecimento que culminou com sua morte (MARQUES; MOREIRA; NOBREGA, 2008).

Sendo assim Wanda Horta fornece aos enfermeiros uma metodologia para elaborar diagnósticos de enfermagem baseando-nos na análise dos problemas de enfermagem segundo necessidades básicas afetadas e grau de dependência.

Quanto ao Plano Assistencial, Horta (1979, p. 65; 2011, p. 66) define como

[...] a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido. É resultante da análise do Diagnóstico de Enfermagem, examinando-se os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência.

Dessa maneira os diagnósticos são estabelecidos e colocados todos os cuidados referentes às necessidades. Se novas necessidades surgirem, o Plano Assistencial poderá ser acrescido de novos cuidados a serem implementados.

O Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem é o “roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano” (HORTA, 1979, p. 66; 2011, p. 67). Deve ser clara, concisa e específica. Sua forma de apresentação varia de acordo com a metodologia empregada. Deve ser utilizado sempre o verbo no infinitivo.

A Evolução de Enfermagem é definida como o “relato diário ou periódico de mudanças no paciente sob assistência” (HORTA, 1979, p. 67; 2011, p. 68). Da evolução poderão advir mudanças nos diagnósticos de enfermagem, no Plano Assistencial e no Plano de Cuidados.

O Prognóstico de Enfermagem é entendido como a “estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem” (HORTA, 1979, p. 68; 2011, p. 69). É um meio de avaliação do processo. Um bom prognóstico é aquele que leva ao autocuidado, portanto à independência de enfermagem.

Por fim, enfatiza-se a importância da construção teórica de Wanda Horta para a Enfermagem, pois é um suporte que

[...] fornece ao enfermeiro pesquisador, docente, administrador e assistência, subsídios para sua prática diária [...] dando direção suficiente para que o enfermeiro seja capaz de fazer observações, decidir que problemas de enfermagem existem, estabelecer metas, fazer prescrições de enfermagem, executá-las, avaliar o alcance das metas específicas dentro das várias situações clínicas e fazer o prognóstico de enfermagem. (MARQUES; MOREIRA; NOBREGA, 2008, p. 486).

É, portanto, um caminho teórico, por meio do qual caminharíamos na implantação do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do HUUFMA.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e Natureza do Estudo

Para determinar o tipo de estudo levou-se em consideração a assertiva de Creswell (2007, p. 23) de que “os passos preliminares para elaborar uma proposta de pesquisa, consistem em avaliar as alegações do conhecimento trazidas para o estudo, considerar a estratégia de investigação que será usada e identificar métodos específicos”. Usando esses três elementos definiu-se o método misto para guiar a operacionalização da investigação.

A técnica de métodos mistos

É aquela em que o pesquisador tende a basear as alegações do conhecimento em elementos pragmáticos (orientado para consequência, centrado no problema e pluralista). Essa técnica emprega estratégias de investigação que envolve coleta de dados simultâneo ou sequencial para melhor entender os problemas de pesquisa. A coleta de dados também envolve a obtenção tanto de informações numéricas como de informações de texto de forma que o banco de dados final representa tanto informações quantitativas como qualitativas (CRESWELL, 2007, p.35).

Os métodos mistos, portanto, combinam métodos da pesquisa quantitativa com métodos emergentes da qualitativa incluindo análises estatísticas e textuais. Por meio desse método, o pesquisador baseia a investigação supondo que a coleta de diversos tipos de dados garanta um entendimento melhor do problema pesquisado (CRESWELL, 2007).

De modo geral, os estudos mistos têm obtido visibilidade nos últimos anos com a proposta de integrar evidências obtidas entre as modalidades qualitativas e quantitativas e ultrapassar as fronteiras que as separam. De fato, os estudos quantitativos e qualitativos nas suas especificidades possuem aplicações profícuas e também limitações. Por esta razão, a construção de estudos com métodos mistos poderá proporcionar pesquisa de grande relevância para a Enfermagem.

4.2 Participantes e Local de Realização da Pesquisa

Na UTI Pediátrica do HUUFMA há 18 enfermeiros como servidores. Desse total, um (01) enfermeiro possui contrato de prestação de serviços por meio do Ministério da Saúde, dez (10) pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e sete (07) pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Durante a coleta dos dados, uma enfermeira encontrava-se em licença médica para tratamento de saúde. Os profissionais que entraram em gozo de férias não foram configurados como perda, pois o tempo de pesquisa contemplou o retorno desses profissionais ao trabalho.

Todos os profissionais da enfermagem, independente da categoria, exercem suas atividades distribuídos em escalas de seis ou 12 horas de trabalho, mantendo no mínimo 3 (três) enfermeiros e 6 (seis) técnicos de enfermagem por turno. Os do turno diurno têm escalas de trabalho de seis horas, divididos nos horários da manhã e tarde, e esporadicamente fazem plantão extra com uma jornada de 12 horas diurnas. Os enfermeiros do turno da noite cumprem basicamente escalas de trabalho de 12 horas.

Do total de 18 enfermeiros da UTIP, 12 foram participantes da pesquisa. As perdas decorreram por recusa (03); afastamento por processo de aposentadoria (01); tratamento de saúde (01); e exclusão por ser membro da equipe executora da pesquisa (01).

A pesquisa foi realizada na UTIP do HUUFMA serviço de referência para o Estado do Maranhão, desde sua inauguração em novembro de 2005, por ter sido a primeira UTIP do estado e única até o ano de 2011. Foi escolhida como cenário da pesquisa por ser o setor do HUUFMA considerado piloto na implantação da SAE, tendo em vista que o projeto de implantação desta, já foi iniciado com a fase do Histórico de Enfermagem e os profissionais de Enfermagem encontravam-se totalmente envolvidos com a temática e execução do PE.

Essa UTIP tem como público alvo crianças acima de 28 dias de vida até 16 anos de idade e, excepcionalmente, recém-nascidos, quando não há disponibilidade de leitos em UTI Neonatal. Essa UTIP possui instalados 10 leitos com uma área comum separados entre si por cortinas divisórias e são distribuídos em sete (07)

camas motorizadas e três (03) berços de calor radiante. Disponibiliza de uma cama motorizada em um quarto fechado dotado de painel de vidro que permite a observação do paciente em isolamento. Este leito é ocupado mediante bloqueio de um leito da área comum, de forma que não se ultrapasse o número máximo de dez pacientes na unidade.

Os leitos desse serviço, assim como de todo o HUUFMA, são exclusivos para atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por essa razão, são regulados pela Central de Regulação Municipal. A UTIP fica localizada no quarto andar da Unidade Materno Infantil do HUUFMA, juntamente com os demais serviços de internação pediátrica: clínica, cirúrgica e infecto-parasitária. Para essas unidades é que são realizadas as transferências da maioria das crianças após alta da terapia intensiva. A UTIP, por estar inserida no Hospital Universitário, serve de campo de ensino e prática assistencial para a Residência Multiprofissional e Médica, e para estágio profissional de Enfermeiros ou Técnicos em Enfermagem.

4.3 Métodos e Técnicas para Obtenção dos Dados

No tocante ao delineamento da pesquisa com métodos mistos, este, depende dos objetivos da pesquisa, da disponibilidade de acesso ao campo e do tipo de coleta de dados. Nesta pesquisa, os procedimentos foram iniciados com o processo de coleta de dados qualitativos apoiado pela observação participante e pela coleta de dados primários por meio de questionário do tipo estruturado com perguntas abertas, seguida pela análise dos dados a partir do referencial da Análise de Conteúdo.

Enfatiza-se que o início da coleta de dados foi precedido pela entrada da pesquisadora no campo com o objetivo de familiarização com o contexto da UTI Pediátrica e com a equipe, visando, sobretudo facilitar a operacionalização da investigação por meio dos instrumentos definidos para coleta de dados. Durante um mês tive a oportunidade de interagir com todos os enfermeiros dos três turnos de trabalho, assim como os demais membros da equipe. Essa estratégia foi interessante, em especial, para a etapa de observação participante. Gray (2012) destaca que assim o pesquisador se torna membro do grupo que está sendo pesquisado, começa a

entender a situação pesquisada e passa a estar imerso no contexto onde acontece a pesquisa com o objetivo de compartilhar e compreender o mundo simbólico dos participantes.

Deste modo, a observação participante “envolve trabalhar ou atuar junto às pessoas para observar suas interações com o seu ambiente social e explorar como isso altera suas ideias e seu comportamento” (GRAY, 2012, p. 323). A finalidade da observação participante na pesquisa foi apreender como os enfermeiros manejavam o Histórico de Enfermagem nas suas práticas assistenciais e apoiá-los nas suas dificuldades. Esse processo se estendeu por seis (06) meses e relatos e percepções sobre o Processo de Enfermagem foram revelados e registrados em notas de campo durante e/ou logo após o período de observação.

A observação foi realizada em todos os turnos e dias da semana com duração de 2 a 4 horas. A observação participante foi guiada por um roteiro flexível e operacional (Apêndice A) e foi importante, em especial, no início do processo dada a inexperiência da pesquisadora com o método. Entretanto, com o passar dos dias fui me apropriando do seu conteúdo e sua utilização tornou-se secundária.

Em seguida a coleta dos dados primários foi realizada por meio de questionário com perguntas abertas. Para Gray (2012) os questionários são ferramentas de pesquisa por meio dos quais as pessoas devem responder ao mesmo conjunto de perguntas utilizando abordagem descritiva. Essa estratégia foi importante, pois as demandas assistenciais da terapia intensiva e os múltiplos vínculos empregatícios dos enfermeiros foram condições que inviabilizaram a utilização da entrevista e poderia incorrer em prolongamento do período da pesquisa. Ao contrário, o questionário poderia ser respondido em momento e lugar que lhes era conveniente, enquanto a entrevista exigiria horário para o encontro com cada um dos participantes.

O formulário foi construído por duas perguntas abertas que levaram os participantes a responder de forma descritiva. O esforço foi de construir perguntas de forma clara, concisa, sem ambiguidade e livre de jargões e abreviaturas (Apêndice B) de forma que os participantes interpretasse e construísse uma resposta com as informações solicitadas. Não tenho dúvidas de que o período da observação em que estabeleci com os enfermeiros interação produtiva e amigável tornou esse processo menos complexo e mais produtivo.

Foi entregue por contato pessoal a cada um dos enfermeiros e devolvidos à pesquisadora em data e horário negociado com os mesmos. Para garantir o retorno dos formulários pelos enfermeiros a pesquisadora utilizou das ferramentas de mensagens eletrônicas e e-mails. Em alguns casos a data da devolução foi renegociada.

De posse dos formulários os dados brutos foram inseridos em quadros com duas colunas (na primeira os dados brutos e na segunda coluna dados analíticos) alcançados com o recurso da Análise de Conteúdo.

Na segunda etapa, utilizou-se o desenho de estudo retrospectivo, transversal e documental com abordagem quantitativa. A coleta foi realizada com dados secundários tendo como base os Históricos de Enfermagem preenchidos pelos enfermeiros da UTI Pediátrica no período de oito (08) meses do ano de 2015 (janeiro a agosto) em um total de 72 Históricos.

Para identificação das internações da UTI Pediátrica no período acima definido utilizou-se os registros de admissão (Livro de Admissão do setor) onde consta número de prontuário e data da internação. Com esses dados foi construída uma lista de identificação dos prontuários, os mesmos foram localizados em sua maioria no Setor de Arquivo Médico (SAME) da instituição, incluindo os prontuários de crianças que evoluíram para óbito ou que se encontrava em outros setores após alta da UTIP.

No período da pesquisa na UTI Pediátrica, houve 170 internações, destas 22 foram reinternações. Portanto, 148 prontuários precisavam ser localizados. Entretanto, 11 deles não foram acessados (02 por óbito e 09 estavam no trâmite legal de faturamento). Dos 137 prontuários aos quais os pesquisadores tiveram acesso, 75 estavam com o Histórico de Enfermagem anexado à documentação. Isto é, em 62 prontuários não havia o Histórico de Enfermagem. Dos 75 HE localizados, três (03) deles foram excluídos, pois serviram como teste piloto para utilização do instrumento de coleta de dados. Ao final foram analisados 72 Históricos de Enfermagem (Apêndice C), com apoio de um instrumento (Apêndice D) construído especificamente para esse fim. Para tanto, foram considerados todos os itens do Histórico de Enfermagem implantado na UTI Pediátrica do HUUFMA.

O instrumento utilizado foi do tipo *checklist*. A parte inicial do instrumento consta do cabeçalho para preenchimento do nome da criança, nº do prontuário, data e hora de admissão na UTIP. Constituído por 106 itens que foram dispostos em um

quadro com cinco (05) colunas. Na primeira coluna constava a descrição do item e nas colunas seguintes as possibilidades de resposta segundo a avaliação do preenchimento do referido item: PC (preenchimento completo), PI (preenchimento incompleto), NP (não preenchido) e NA (não se aplica).

Os itens do instrumento foram divididos em sete (07) blocos da mesma forma que o HE implantado na UTI: Identificação, Antecedentes, História da Doença Atual, Necessidades Psicobiológicas, Necessidades Psicossociais, Necessidades Psicoespiritual e Dados do Enfermeiro que preencheu o HE. Esses blocos foram mantidos conforme a estrutura HE utilizado no cenário da pesquisa, contemplando a teoria de Enfermagem utilizada no serviço. Ao final do preenchimento do formulário, o pesquisador assinava e datava o mesmo.

Para análise dos HE seguia-se a ordem dos itens e de acordo com o preenchimento assinalava-se com “X” a coluna correspondente: preenchimento completo, incompleto, não preenchido ou não se aplica.

No bloco da Identificação, foi considerado como preenchimento incompleto: abreviaturas no campo do nome da criança e do nome da mãe, leito identificado somente com a letra, idade constando somente o numeral, campo da acompanhante sem o nome completo,

A terceira e última etapa da operacionalização da pesquisa consistiu na integração dos dados qualitativos e quantitativos como determina a metodologia dos estudos mistos.

4.4 Coleta dos Dados

4.4.1 Dados Qualitativos

Os dados coletados pela observação participante serão apresentados descritivamente.

A observação participante dessa pesquisa se deu no período de janeiro a julho de 2015. Estive inserida na UTI Pediátrica, cenário do estudo, três vezes por semana, alternando os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) e nos finais de semana, a fim de conseguir alcançar a totalidade dos profissionais enfermeiros.

Nesse primeiro momento, estive atenta para conhecer a rotina do trabalho, como as tarefas eram distribuídas entre os profissionais, os materiais utilizados e a estrutura do serviço, com o intuito de aprofundamento e associação das informações obtidas durante o processo da pesquisa. Nessa fase, observava tudo que acontecia com a criança, desde a sua admissão no setor até a sua alta, transferência ou óbito, apesar de ter centrado o foco de minha observação nas atividades específicas do profissional enfermeiro na realização da primeira fase do Processo de Enfermagem (Histórico de Enfermagem). Essa fase foi vivida com certa dificuldade, porque englobou o início da minha experiência enquanto pesquisadora, de entrar no campo selecionado e de desenvolver uma pesquisa, uma vez que considerava ser difícil permanecer no ambiente fazendo a observação, bem como trabalhar com um tema do qual a equipe de enfermagem apresentava certa resistência operacional.

A observação foi precedida pelo esclarecimento do procedimento aos enfermeiros assim como a finalidade da pesquisa. A princípio, por não fazer parte do quadro de funcionários do hospital, tive consciência da necessidade de confiança, respeito e empatia entre mim e os participantes da pesquisa. Procurei realizar uma atividade de troca, auxiliando e realizando alguns procedimentos, pois assim demonstrava conhecimento técnico, experiência e capacidade de intervenção, e não somente estar ali para observá-los.

No momento inicial, ao explicar como se daria a observação participante, quais os objetivos e finalidades do estudo, os enfermeiros sentiram-se espionados ou em avaliação, demonstrando desconfiança com minha presença no campo. Muitos procuravam justificar o porquê de um ou outro procedimento, com receio de estarem realizando alguma atividade que pudesse ser avaliada como incorreta. Outros, notoriamente se afastavam. Porém, nesses momentos, deixava claro que não estava ali para avaliar ou atribuir notas, e sim para observar com o objetivo de ajudar nas dúvidas e questionamentos que pudessem surgir no tocante ao manejo do HE.

À medida que o contato tornou-se frequente e que me tornei conhecida, participando das atividades cotidianas, desenvolveu-se relação de confiança e os sentimentos de estarem sendo “espionados” foram atenuados.

Meu papel no cenário de pesquisa assumia modificações conforme as situações se distinguiam. Exercia o papel de enfermeira da UTI em decorrência das necessidades das crianças e acompanhantes ou aquelas decorrentes de situações

emergenciais. Afastava-me quando havia situações que traziam desconforto a criança e ao observado, o que me fazia perder alguns diálogos e atividades. No entanto, quando a interação entre mim e os enfermeiros, ou mesmo entre as crianças e acompanhantes, se estabeleceram, as situações constrangedoras diminuíram e os participantes foram espontaneamente expressando interesse pelo andamento da pesquisa.

A partir daí centrei minha observação no preenchimento do Histórico de Enfermagem pelo enfermeiro da UTI Pediátrica em questão.

Posteriormente, os dados produzidos pelo questionário foram analisados a partir do referencial metodológico da Análise de Conteúdo segundo recomendações de Laurence Bardin utilizando a técnica da Análise de Conteúdo Temática-Categorial.

A Análise de Conteúdo (AC) é um conjunto de técnicas polimorfos e polifuncionais para descrever descobertas e significados com um máximo de rigor e cientificidade, ou como diz Bardin (2010, p. 33-37) é “um leque de apetrechos” adaptável ao campo das comunicações onde a “descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens”. Por meio desses procedimentos o pesquisador delimita as unidades de codificação ou unidades de registro e alcança a “descoberta de conteúdos e estruturas que confirmam (ou informam) o que se procura demonstrar [...] ou pelo esclarecimento de elementos de significações suscetíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a priori não possuímos a compreensão” (BARDIN, 2011, p. 35).

A AC consiste em “trabalhar a fala e as significações” (BARDIN, 2011, p. 50) e costuma ser feita pelo método de dedução frequencial ou análise por categorias temáticas. Na primeira, o pesquisador enumera a ocorrência de um mesmo signo linguístico (palavra) que se repete com frequência visando constatar a existência desse material não se preocupando com o sentido contido no texto nem a diferença de sentido entre um texto e outro. Esse processo culmina em descrições numéricas e no tratamento estatístico dos mesmos. Na análise por categorias temáticas ou temática-categorial, o pesquisador tenta encontrar uma série de significações por meio da codificação. Codificar ou caracterizar um segmento é colocá-lo em uma classe de equivalência definida a partir das significações em função do julgamento do pesquisador que exige do mesmo, sensibilidade para apreender o que importa (BARDIN, 2010, 2011). Para a autora, o método das categorias, é uma “espécie de

gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos de uma mensagem” (BARDIN, 2010, p. 39). A técnica consiste em classificar os diferentes elementos em gavetas segundo um sentido capaz de introduzir uma ordem daquilo que se procura ou espera encontrar e funciona por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias segundo reagrupamento analógico. Para Bardin (2011) o esforço do pesquisador ao usar a AC é duplo, pois visa entender o sentido da comunicação e ao mesmo tempo buscar outra significação por meio de três fases: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase ou pré-análise é identificada como fase de organização e envolve a leitura flutuante que consiste no primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise. Na leitura flutuante utilizou-se a recomendação de Bardin (2010, 2011) quando diz que a leitura é “sintagmática”, isto é, segue um encadeamento de pensamento que se manifesta por uma sucessão de palavras, frases e sequências. É ao mesmo tempo “paradigmática”, pois o pesquisador tem em mente o “universo dos possíveis”: isto não foi dito, mas poderia ter sido dito; ou isso foi dito em outro momento e por outro participante. Assim foi realizado contato com os dados brutos tendo por objetivo conhecer o texto e mobilizar a análise crítica e reflexiva e a definição do *corpus* da pesquisa pela reunião dos dados contidos nas respostas descritivas dos 12 questionários. Nessa fase hipóteses são construídas assim como a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação formal do material utilizando-se das regras da exaustividade (esgotar a totalidade da comunicação não omitindo nada); a representatividade (onde a amostra deve representar o universo pesquisado); a homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema e terem sido obtidos por técnicas iguais e por indivíduos semelhantes); a pertinência (os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivos da pesquisa) e a exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria).

A segunda fase ou de exploração do material teve como objetivo reunir palavras e frases que funcionaram como “rótulos” que quando agrupadas em suas especificidades apontaram para ressignificações. Nessa fase foram escolhidas as unidades de codificação (UC) ou unidades de registro (UR) adotando-se os seguintes procedimentos: definição das UR's, escolha das categorias e a classificação

semântica em temas. A codificação corresponde a uma transformação sistemática dos dados brutos que são agregados em unidades que permitem a descrição pertinente do conteúdo analisado (BARDIN, 2010, 2011) seguida pela classificação e agregação dessas UR em categorias. Para Bardin (2011, p. 134) unidade de registro “é uma unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade base visando à categorização”. Para a autora podem ser UR uma palavra, uma frase ou afirmação acerca de um assunto. Como resultado dessa fase analítica emergiram 137 UR's. A esse agrupamento é dado um título genérico e tem como objetivo “fornecer, por condensação uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 2011, p. 149).

A última fase da AC é denominada de tratamento dos resultados e aqui foi utilizado o critério semântico e foi organizada em duas etapas: a de inventário para isolar os elementos e a classificação para impor organização às mensagens. Na fase de inventário, foram construídas 10 categorias temáticas que após organização utilizando o mecanismo de inferência (processo em que o pesquisador realiza análise de conteúdo da análise de conteúdo) a fase de categorização avançou conceitualmente e foram novamente reagrupadas. Os dados brutos coletados por meio do formulário foram digitados em planilha do *word* respeitando a forma e o conteúdo expresso pelos participantes. Em seguida, apoiadas no método da Análise de Conteúdo foram definidas as Unidades de Registros em um total de 137 que a partir do agrupamento dos mesmos resultaram em duas (02) Categorias e sete (07) subcategorias temáticas.

Os dados brutos das duas questões e suas unidades de registro estão expostas conforme esquema abaixo:

Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 1	Unidades de Registro
<p>O Histórico de Enfermagem é um instrumento de coleta que permite ao enfermeiro: estabelecer uma relação de interação e confiança com o paciente/família; uma avaliação holística do paciente e uma identificação de problemas reais e os potenciais de enfermagem. Tudo isso gera um conhecimento mais profundo sobre as necessidades do paciente/família e facilita o diagnóstico e o planejamento das ações de enfermagem, assim como, a avaliação diária.</p>	<p>Estabelecer processos interativos do enfermeiro com a família e com a criança</p> <p>Favorece vínculos de confiança com a família</p> <p>Permite visão ampliada da criança</p> <p>Identifica problemas reais e potenciais de enfermagem</p> <p>Aprofunda conhecimento dos enfermeiros sobre as necessidades da criança e da família</p> <p>Facilita a identificação de diagnósticos de enfermagem</p> <p>Facilita o planejamento das ações de enfermagem</p> <p>Recurso estratégico para a avaliação diária da criança</p>
Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 2	Unidades de Registro
<p>O Histórico é importante para o registro da condição em que se encontra o paciente no momento da internação, seu aspecto emocional, social e biológico. Com ele poderemos traçar os cuidados necessários para melhoria de sua condição de doença, norteia as suas necessidades. Nos direcionam na identificação dos riscos a que ele poderá ficar exposto durante seu tratamento no Setor de Internação e assim poderemos implantar os cuidados indicados para minimizar os danos.</p>	<p>Favorece registro da condição clínica, emocional e social da criança no momento da internação</p> <p>Permite visão ampliada da criança nos aspectos emocional, social e biológico</p> <p>Permite planejamento de cuidados individualizados e específicos</p> <p>Norteia as intervenções a partir de necessidades da criança</p> <p>Direciona o enfermeiro na Identificação de riscos</p> <p>Possibilita estabelecer medidas de prevenção de riscos e minimização de danos</p> <p>Funciona como estratégia para a segurança da criança durante hospitalização</p>

Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 3	Unidades de Registro
<p>Por ser a primeira fase do Processo de Enfermagem, o histórico vai nos ajudar a avaliar as evidências e os fatores de risco que possam agregar os problemas de saúde do paciente, facilitando a identificação de problemas reais ou potenciais de saúde. Dessa forma, o enfermeiro sabendo a necessidade específica do cliente garantirá um cuidado mais individualizado e humanizado. Outro fator importante é o aumento do vínculo enfermeiro-cliente, tornando o cuidado mais qualificado, pois se conhecerá não apenas os fatores biológicos que cercam aquele paciente, mas também as alterações psicossociais e espirituais, pois estas estão inseridas dentro do histórico baseado em Wanda Horta. Além do mais, para se fazer um bom histórico, deve-se haver uma anamnese detalhada e isso facilitará prescrever e evoluir posteriormente o paciente.</p>	<p>Histórico como primeira etapa do Processo de Enfermagem</p> <p>Ajuda o enfermeiro a identificar evidências para o cuidado</p> <p>Permite o enfermeiro identificar fatores de risco para a saúde da criança</p> <p>Facilita a identificação de problemas reais e potenciais para intervenção do enfermeiro</p> <p>Permite a identificação e o planejamento do cuidado de enfermagem</p> <p>Estratégico para o cuidado individualizado e humanizado</p> <p>Favorece maior vínculo entre a criança/família e a equipe de enfermagem</p> <p>Qualifica o cuidado por permitir visão ampliada do cliente</p> <p>Permite visão ampliada do cliente por ir além dos fatores biológicos</p> <p>Correlaciona histórico com teoria de Enfermagem</p> <p>Favorece anamnese detalhada</p> <p>Suporte para a prescrição e cuidados</p> <p>Meio para evolução de Enfermagem</p>
Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 4	Unidades de Registro
<p>Contribui para aproximar o enfermeiro da família e do paciente, pois se torna uma oportunidade para estabelecer um vínculo no primeiro momento; também contribui para que o enfermeiro conheça melhor seu paciente e descubra informações que o subsidiarão para a construção de seus cuidados de forma individualizada. Reafirma a legalidade e a cientificidade dos registros de enfermagem, valorizando ainda mais a assistência de enfermagem; pois o histórico é o ponta pé inicial para estabelecimento do Processo de Enfermagem.</p>	<p>Contribui para aproximação do enfermeiro com a criança e a família</p> <p>Oportunidade para estabelecimento de vínculos</p> <p>Contribui para maior conhecimento do enfermeiro sobre a criança e suas condições clínicas</p> <p>Permite coletar informações que subsidiarão o planejamento do cuidado</p> <p>Favorece o cuidado individualizado</p> <p>Reafirma a legalidade e cientificidade dos registros de enfermagem</p> <p>Instrumento para valorização da assistência de enfermagem</p> <p>Destaca o Histórico de Enfermagem como primeira fase do Processo de Enfermagem</p>

Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 5	Unidades de Registro
<p>O Histórico de Enfermagem contribui para o enfermeiro e a equipe diretamente na sua assistência pois permite buscar informações de fundamental importância para assistência, proporcionando também dados de forma holística do paciente.</p>	<p>Contribui para a assistência de enfermagem</p> <p>Instrumento para identificação de informações relevantes para a assistência de enfermagem</p> <p>Instrumento fundamental para a assistência de enfermagem</p> <p>Permite visão holística da criança</p>
Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 6	Unidades de Registro
<p>Sim. É um instrumento útil na avaliação do cuidado. Com a realização de uma coleta de dados bem feita as demais etapas do processo são mais fáceis de serem executadas.</p>	<p>Instrumento útil para a avaliação do cuidado</p> <p>Instrumento que dá sustentação a coleta de dados</p> <p>Facilita as demais fases do Processo de Enfermagem</p>
Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 7	Unidades de Registro
<p>O Histórico de Enfermagem abrange tanto a anamnese quanto o exame físico. Através dessa fase podemos conhecer melhor nosso cliente, estabelecer vínculos de confiança, identificar as alterações psicossociais e espirituais e prosseguir definindo metas ou prescrições de enfermagem, avaliando o paciente e realizando registro.</p>	<p>Instrumento que permite realizar a coleta de dados e exame físico da criança</p> <p>Permite ao enfermeiro conhecer melhor a criança e a família</p> <p>Instrumento para estabelecimento de vínculos de confiança com a família</p> <p>Instrumento que permite ao enfermeiro identificar alterações psicossociais e espirituais</p> <p>Apóia definição de metas para o cuidado</p> <p>Suporte para prescrição de enfermagem</p> <p>Instrumento para avaliação da criança e da família</p> <p>Recurso para formalizar os registros de enfermagem</p>

Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 8	Unidades de Registro
<p>Considerando o Histórico de Enfermagem, o primeiro contato realizado entre paciente/família e equipe de enfermagem, podemos dizer que o mesmo nos dá embasamento para prestarmos uma assistência direcionada e individualizada ao paciente, abrangendo-o em uma visão holística, dessa forma trabalharemos o paciente de forma preventiva, minimizando eventuais danos psicobiológicos ao paciente/família.</p>	<p>Caracterizado como oportunidade de primeiro contato com a criança e a família</p> <p>Dá ao enfermeiro embasamento para o processo de cuidado</p> <p>Recurso para o cuidado individualizado</p> <p>Recurso para o cuidado ampliado</p> <p>Permite aliar ações de prevenção minimizando danos</p>
Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 9	Unidades de Registro
<p>O histórico é a primeira etapa do Processo de Enfermagem, corresponde ao primeiro contato entre enfermeiro e paciente e constitui-se de anamnese e exame físico. Através dele obtemos informações relevantes quando a história e vida atual e pregressa, permitindo identificar fatores que possam estar associadas ao problema de saúde atual do paciente.</p>	<p>Caracterizado como primeira etapa do Processo de Enfermagem</p> <p>Corresponde ao primeiro contato do enfermeiro com a criança e a família</p> <p>O HE é constituído de anamnese e exame físico</p> <p>Instrumento que permite coletar informações relevantes da história atual e pregressa da criança e da família</p> <p>Permite ao enfermeiro identificar fatores e associá-los com o agravo de saúde</p>
Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 10	Unidades de Registro
<p>O Histórico de Enfermagem tem seu valor, não nego, mas na realidade da UTI pediátrica do HUMI ele é pouco lembrado e/ou utilizado. A assistência de enfermagem desenvolvida é voltada para tarefas exaustivas e repetitivas de forma generalizada. Logo, não vejo ainda nenhuma contribuição do histórico. Particularmente, não recorro ao histórico para planejar algum cuidado. Coleta informações no modelo biomédico.</p>	<p>Caracterizado como fase valorizada pelo enfermeiro.</p> <p>O HE é pouco utilizado ou lembrado no contexto da UTI pediátrica.</p> <p>O HE não contribui para a assistência de enfermagem, devido a tarefas exaustivas e repetitivas desenvolvidas por esses profissionais.</p> <p>O planejamento do cuidado é independente do HE.</p> <p>A coleta de informações baseada no modelo biomédico.</p>

Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 11	Unidades de Registro
<p>O Histórico contribui no sentido que com ele conhecemos como começou a doença que levou o paciente a estar internado naquele momento, a história de vida do paciente e família (fatores socioeconômicos, tipo de moradia, grau de instrução...). É através do histórico, no primeiro momento que realizamos o exame físico do paciente. É com o histórico que damos início à SAE, ele é a primeira etapa e após o mesmo, temos embasamento para realizar os diagnósticos, a prescrição e evolução do paciente.</p>	<p>Instrumento que permite realizar a coleta de dados e exame físico da criança</p> <p>Instrumento que dá suporte a SAE.</p> <p>O HE é a primeira etapa do PE</p> <p>O HE contribui para as demais fases do PE: diagnósticos, prescrição e evolução.</p>
Questão 1 - Dados Brutos – Formulário 12	Unidades de Registro
<p>O Histórico de Enfermagem permite o exame físico completo e o levantamento de dados dos pacientes. O que serve de base para uma assistência planejada e com embasamento científico.</p>	<p>O HE permite o exame físico completo e o levantamento de dados dos pacientes.</p> <p>O HE como base da assistência de enfermagem planejada e científica.</p>

Abaixo os dados brutos do formulário, correspondentes à segunda questão:

Questão 2 - Dados brutos – Formulário 1	Unidades de Registro
<p>Infelizmente, o excesso de atribuições, as indefinições de papéis entre técnico, enfermeiro e administrativos, a falta de padronização de rotinas, a resistência e influência dos enfermeiros mais antigos são os fatores mais limitantes para o preenchimento do HE, pois gera sobrecarga de trabalho e sentimento desestimulante. Aliado a isso, observa-se um instrumento de coleta longo e com informações desnecessárias como apetite, higiene, último banho, puberdade, comunicação, aceitação/autoestima, recreação/lazer. E informações confusas como no item 4.10 (terapêutica) e duplicadas como no item 5.5 (espaço), pois essas informações já consta na ficha do serviço social.</p>	<p>O enfermeiro possui excesso de atribuições profissionais.</p> <p>Conflito de papéis entre as categorias profissionais: técnico de enfermagem, enfermeiro e administrativos.</p> <p>Desorganização da rotina de trabalho.</p> <p>Enfermeiros com resistência à mudanças de rotina de trabalho.</p> <p>O preenchimento do HE gera sobrecarga de trabalho e sentimento desestimulante.</p> <p>O HE é instrumento longo.</p> <p>O HE tem informações desnecessárias apetite, higiene, último banho, puberdade, comunicação, aceitação/autoestima, recreação/lazer.</p> <p>O HE contém informações confusas e duplicadas.</p>

Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 2	Unidades de Registro
<p>Acho que a extensão do Formulário que se tornou muito longo, com várias perguntas desnecessárias para ajudar no processo de identificação das necessidades e consequentes cuidados a serem prescritos. Numa admissão, gastamos uma média de 1h40min para conseguirmos responder a todas as perguntas da ficha, o que compromete a assistência prática aos pacientes de um Setor como a UTI.</p> <p>Também acho que esteticamente a ficha causa um cansaço visual, porque os parágrafos são muito juntos, as letras são muito pequenas.</p> <p>Acho que muitas perguntas são pertinentes e importantes. Mas, algumas não acho necessárias, como autoestima, necessidades psicoespirituais, no espaço: se a residência é própria ou não e a metragem da área e nº de cômodos.</p> <p>No item dor, a UTI nunca implantou o Protocolo de dor e por isso não temos parâmetros para mensurar esse item.</p> <p>Na regulação hormonal poderia ficar o peso, altura e glicemia.</p> <p>Na regulação térmica entendo que deveria ficar somente a medida da TAX.</p> <p>Outro problema na implantação correta no preenchimento da ficha foi a falta de treinamento do mesmo, onde seria avaliado o preenchimento de algumas fichas e validada as mesmas, inclusive respondendo aos questionamentos sobre dúvidas em deixar itens em branco, riscar todo o item ou utilizar alguma sigla como por ex: não se aplica.</p>	<p>O HE é instrumento longo.</p> <p>O HE tem informações desnecessárias para o levantamento de dados e prescrição de enfermagem.</p> <p>O tempo de preenchimento do histórico é grande e compromete a assistência.</p> <p>A estética do HE não favorece o preenchimento (parágrafos são muito juntos, as letras são muito pequenas).</p> <p>O HE contém perguntas pertinentes e importantes.</p> <p>A falta de parâmetros para mensurar dor no HE.</p> <p>O HE contém perguntas desnecessárias (autoestima, necessidades psicoespirituais, no espaço: se a residência é própria ou não e a metragem da área e nº de cômodos).</p> <p>Sugestões de alterações no HE (na regulação hormonal poderia ficar o peso, altura e glicemia; na regulação térmica deveria ficar somente a medida da TAX).</p> <p>Necessidade de treinamento dos enfermeiros para aplicar o HE</p>

Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 3	Unidades de Registro
<p>Acho que tendo parte do pressuposto que a enfermagem em seus primórdios, embasava seus conhecimentos de forma empírica e seguia a assistência pelo “modelo medicalocêntrico”, cujo foco era a doença, e essa visão é seguida até hoje, especialmente pelos enfermeiros mais antigos, que querem prestar assistência de forma imediata. Alguns até chegam a desconhecer a importância do Processo de Enfermagem, por se tratar de algo teoricamente novo na graduação. Outro problema é o excesso de atividades burocráticas dentro do setor, e até mesmo fora, que dificultam o exercício profissional, sem falar na agregação de algumas funções que não seriam de sua competência.</p>	<p>A enfermagem utiliza o modelo medicalocêntrico.</p> <p>O imediatismo do enfermeiro na execução do cuidado.</p> <p>O enfermeiro desconhece a importância do PE.</p> <p>O enfermeiro com excesso de atividades burocráticas dentro da UTI.</p> <p>Desvio de função do enfermeiro na UTI.</p>
Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 4	Unidades de Registro
<p>Fatores limitantes: o tempo, pois às vezes sobrecarga de trabalho ou mais de uma admissão; a falta de compreensão dos outros profissionais e dos técnicos de enfermagem por não entenderem esse momento e ficam interrompendo e chamando a todo momento, atrapalhando sua realização; outro fator que limita o uso no primeiro momento é o fato de muitos virem acompanhados de pessoas que não são os pais e não sabem dar a informação; falta de habilidade do enfermeiro para a realização do exame físico; envolvimento do enfermeiro com outras atribuições que não são as suas, assim tirando o tempo do preenchimento; falta de interesse do enfermeiro em preencher por não entender a importância do Processo de Enfermagem, não acreditar que possa ser completamente implantado e achar que é só mais uma tarefa a fazer.</p>	<p>Sobrecarga de trabalho do enfermeiro.</p> <p>A falta de conhecimento e envolvimento dos outros profissionais no PE.</p> <p>Fragilidade das informações cedidas pelo acompanhante da criança.</p> <p>Falta de habilidade do enfermeiro na realização do exame físico.</p> <p>Desvio de função do enfermeiro na UTI.</p> <p>O enfermeiro desconhece a importância do PE.</p>
Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 5	Unidades de Registro
<p>Um dos fatores limitantes é o tempo, às vezes a rotina diária não permite muitas vezes a disponibilidade de tempo para um adequado preenchimento desse histórico.</p>	<p>Sobrecarga de trabalho do enfermeiro.</p> <p>O tempo de preenchimento do histórico é grande e compromete a assistência.</p>

Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 6	Unidades de Registro
<p>Fragmentação do histórico e das etapas seguintes do processo. Hoje o histórico é um evento isolado, assim como as prescrições. Não são envolvidas com o diagnóstico; dificuldade de abordar a família para questionamento das necessidades psicossociais; gasto de no mínimo uma hora para preenchimento do impresso.</p>	<p>Fragmentação das etapas do PE. Dificuldade na abordagem do familiar, nas questões psicossociais. O tempo de preenchimento do histórico é grande e compromete a assistência.</p>
Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 7	Unidades de Registro
<p>O tempo que muitas das vezes é corrido e não conseguimos fazer o preenchimento do impresso de forma eficaz; exercer atividades que poderiam ser executadas por outros profissionais, como exemplo a coleta de exames laboratoriais. Tem turno que são cinco coletas, por exemplo, ou seja, nem sempre executamos com rapidez, e acabamos por desviar o nosso tempo numa atividade que não é nossa; outro dificultante é o fato de algumas tarefas que o técnico poderia executar, fica sendo com obrigação do enfermeiro: por exemplo transferência de paciente, estável, em ar ambiente, não precisaria de um enfermeiro, um técnico poderia executar corretamente; outro fator que limita é o fato do impresso ser extenso demais, abordando questões que poderiam ser removidas, pois na prática não utilizamos com frequência.</p>	<p>O tempo de preenchimento do histórico é grande e compromete a assistência. Sobrecarga de trabalho do enfermeiro. Desvio de função do enfermeiro na UTI. Conflito de papéis entre as categorias profissionais: técnico de enfermagem e enfermeiro. O tempo de preenchimento do histórico é grande e compromete a assistência. O HE é instrumento longo. O HE tem informações desnecessárias para a prática de enfermagem.</p>

Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 8	Unidades de Registro
<p>Considerando a UTIP, um setor onde admitimos paciente na sua maioria com quadro grave, e que necessitam de urgência à assistência, e paralelo a isso, também nos confrontamos uma família fragilizada emocionalmente, sugiro que o formulário deva ser algo mais sucinto, com perguntas mais direcionadas e objetivas aos cuidados que deverão ser prestadas, dentro desse contexto, pontuo alguns itens, que nos ajudariam no preenchimento e conseqüentemente na assistência prestada, bem como: <u>a extensão do formulário</u> é um fator que se torna cansativo para o profissional como para a família, ambos em momento de tensão pela urgência no atendimento para a equipe e para a família; <u>a dinâmica do formulário</u>, no que diz respeito a tamanho das letras e espaços reduzidos das perguntas subjetivas; <u>perguntas desnecessárias</u> ao contexto da assistência necessária, a qual devemos prestar ao paciente.</p>	<p>O HE é instrumento longo.</p> <p>A UTIP é um setor de pacientes com estado grave, de assistência urgente e de família fragilizada emocionalmente.</p> <p>O HE possui letra pequena e espaços reduzidos das perguntas subjetivas.</p> <p>O HE tem perguntas desnecessárias para a prática de enfermagem.</p>
Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 9	Unidades de Registro
<p>É um instrumento de coleta de dados extenso em um setor crítico. O preenchimento adequado requer tempo, são informações obtidas através de investigação minuciosa e exame físico completo. A indisponibilidade de tempo devido intercorrências no setor, a ausência dos responsáveis na admissão do paciente, até mesmo a falha de comunicação entre os enfermeiros diante da necessidade de continuidade do preenchimento são fatores que limitam a utilização do instrumento na UTI.</p>	<p>O HE é instrumento longo.</p> <p>O tempo de preenchimento do histórico é grande e compromete a assistência.</p> <p>Ausência dos responsáveis na admissão.</p> <p>Falta de comunicação entre os enfermeiros na continuidade do preenchimento do HE.</p>

Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 10	Unidades de Registro
<p>As atividades são tipicamente tarefeiras. Cabe a enfermeira cuidar desde o patrimônio do setor até briga de acompanhantes. O tempo é mínimo. Com a implantação de plantões de 6 horas. A mudança no quadro de funcionários também serviu para aumentar o trabalho braçal dos enfermeiros. E os prontuários que ficam retidos nas mãos da equipe multidisciplinar. E os computadores, além de minha limitação, são poucos para tantos profissionais. Particularmente acho o histórico muito extenso, com perguntas dúbias e pouco funcional. E o pobre acompanhante que não sabe se chora ou se responde às perguntas.</p>	<p>Rotina de trabalho do enfermeiro classificada como tarefeira.</p> <p>Desvio de função do enfermeiro na UTI.</p> <p>Falta de tempo para o preenchimento do HE, com os plantões de 6h.</p> <p>Monopolização dos prontuários.</p> <p>Número de computadores insuficientes para o número de profissionais.</p> <p>O HE é instrumento longo.</p> <p>O HE é pouco funcional e contém perguntas dúbias.</p> <p>Dificuldade de abordagem do acompanhante fragilizado emocionalmente.</p>
Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 11	Unidades de Registro
<p>Um dos principais fatores limitantes é a sobrecarga de trabalho e o desvio de atividades. Outro ponto limitador é a falta de capacitação para colocar o histórico em funcionamento. Como trabalhamos em grande parte do tempo com pacientes carentes e com famílias pouco instruídas, dificulta na hora da entrevista para o preenchimento do histórico. O fato do histórico ser muito longo também se torna um empecilho.</p>	<p>Sobrecarga de trabalho do enfermeiro.</p> <p>Desvio de função do enfermeiro na UTI.</p> <p>O HE é um instrumento longo.</p> <p>O nível de instrução do familiar compromete o levantamento de dados.</p> <p>A falta de capacitação entre os profissionais para o funcionamento do HE.</p>
Questão 2 - Dados Brutos – Formulário 12	Unidades de Registro
<p>O que mais dificulta é a falta de protocolos efetivos que norteiem as atividades de todos os setores. Fazendo com que a enfermagem fique sobrecarregada com atribuições indevidas. Isto tira o enfermeiro do cuidado sistematizado e da devida supervisão.</p>	<p>A falta de protocolos para nortearem as atividades do setor.</p> <p>Sobrecarga de trabalho do enfermeiro.</p> <p>Desvio de função do enfermeiro na UTI.</p> <p>A distância entre o enfermeiro e o cuidado sistematizado e da supervisão de enfermagem.</p>

Quando agrupadas, resultaram em dez categorias temáticas, mostradas em esquema abaixo:

Unidades de Registro Agrupadas	Categoria Temática
<p>Estabelecer processos interativos do enfermeiro com a família e com a criança</p> <p>Favorece vínculos de confiança com a família</p> <p>Favorece maior vínculo entre a criança/família e a equipe de enfermagem</p> <p>Contribui para aproximação do enfermeiro com a criança e a família</p> <p>Oportunidade para estabelecimento de vínculos</p> <p>Instrumento para estabelecimento de vínculos de confiança com a família</p>	<p>Mobilizador de vínculos e processos interativos</p>
<p>Permite visão ampliada da criança</p> <p>Permite visão ampliada da criança nos aspectos emocional, social e biológico</p> <p>Permite visão ampliada do cliente por ir além dos fatores biológicos</p> <p>Permite visão holística da criança</p> <p>Recurso para o cuidado ampliado</p> <p>Instrumento que permite ao enfermeiro identificar alterações psicossociais e espirituais</p> <p>Permite ao enfermeiro conhecer melhor a criança e a família</p> <p>Recurso estratégico para a avaliação diária da criança</p> <p>Favorece o cuidado individualizado</p> <p>Recurso para o cuidado individualizado</p>	<p>Estratégia para o cuidado individualizado e ampliado</p>
<p>Caracterizado como oportunidade de primeiro contato com a criança e a família</p> <p>Corresponde ao primeiro contato do enfermeiro com a criança e a família</p>	<p>Oportunidade de primeiro contato</p>

<p>Identifica problemas reais e potenciais de enfermagem</p> <p>Facilita a identificação de diagnósticos de enfermagem</p> <p>Facilita a identificação de problemas reais e potenciais para intervenção do enfermeiro</p> <p>Aprofunda conhecimento dos enfermeiros sobre as necessidades da criança e da família</p> <p>Favorece anamnese detalhada</p> <p>Contribui para maior conhecimento do enfermeiro sobre a criança e suas condições clínicas</p> <p>Dá ao enfermeiro embasamento para o processo de cuidado</p> <p>Suporte para a prescrição e cuidados</p> <p>Meio para evolução de Enfermagem</p> <p>Reafirma a legalidade e cientificidade dos registros de enfermagem</p> <p>Suporte para prescrição de enfermagem</p> <p>Facilita as demais fases do Processo de Enfermagem</p> <p>Histórico como primeira etapa do Processo de Enfermagem</p> <p>Correlaciona histórico com teoria de Enfermagem</p> <p>Destaca o Histórico de Enfermagem como primeira fase do Processo de Enfermagem</p> <p>Caracterizado como primeira etapa do Processo de Enfermagem</p> <p>O HE é constituído de anamnese e exame físico</p> <p>Instrumento que dá sustentação a coleta de dados</p> <p>Instrumento que permite realizar a coleta de dados e exame físico da criança</p>	<p style="text-align: center;">Suporte para o Processo de Enfermagem</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

<p>Permite planejamento de cuidados individualizados e específicos</p> <p>Estratégico para o cuidado individualizado e humanizado</p> <p>Apóia definição de metas para o cuidado</p> <p>Permite coletar informações que subsidiarão o planejamento do cuidado</p> <p>Norteia as intervenções a partir de necessidades da criança</p> <p>Facilita o planejamento das ações de enfermagem</p> <p>Instrumento que permite coletar informações relevantes da história atual e pregressa da criança e da família</p> <p>Ajuda o enfermeiro a identificar evidências para o cuidado</p> <p>Instrumento para avaliação da criança e da família</p> <p>Instrumento útil para a avaliação do cuidado</p>	<p style="text-align: center;">Instrumento para o planejamento e gestão do cuidado</p>
<p>Direciona o enfermeiro na Identificação de riscos</p> <p>Possibilita estabelecer medidas de prevenção de riscos e minimização de danos</p> <p>Permite aliar ações de prevenção minimizando danos</p> <p>Funciona como estratégia para a segurança da criança durante hospitalização</p> <p>Permite o enfermeiro identificar fatores de risco para a saúde da criança</p> <p>Permite ao enfermeiro identificar fatores e associá-los com o agravo de saúde</p>	<p style="text-align: center;">Recurso para segurança e de minimização de riscos</p>

<p>Instrumento para valorização da assistência de enfermagem</p> <p>Contribui para a assistência de enfermagem</p> <p>Instrumento para identificação de informações relevantes para a assistência de enfermagem</p> <p>Instrumento fundamental para a assistência de enfermagem</p>	<p>Instrumento de Valorização da Enfermagem</p>
<p>O enfermeiro possui excesso de atribuições profissionais.</p> <p>O preenchimento do HE gera sobrecarga de trabalho e sentimento desestimulante.</p> <p>O enfermeiro com excesso de atividades burocráticas dentro da UTI.</p> <p>Sobrecarga de trabalho de enfermeiro.</p> <p>Rotina de trabalho do enfermeiro classificada como tarefaira.</p> <p>Falta de tempo para o preenchimento do HE, com plantões de 6 horas</p>	<p>Instrumento de sobrecarga de trabalho do enfermeiro</p>

Conflito de papéis entre as categorias profissionais: técnico de enfermagem, enfermeiro e administrativos

Desvio de função do enfermeiro na UTI

Desorganização da rotina de trabalho

Enfermeiros com resistência à mudanças de rotina de trabalho

Necessidade de treinamento dos enfermeiros para aplicar o HE.

A enfermagem utiliza o modelo medicalocêntrico.

O imediatismo do enfermeiro na execução do trabalho.

O enfermeiro desconhece a importância do PE

A falta de conhecimento e envolvimento dos outros profissionais no PE.

Falta de habilidade do enfermeiro na realização do exame físico.

Fragmentação das etapas do PE.

Falta de comunicação entre os enfermeiros na continuidade do preenchimento do HE.

A falta de capacitação entre os profissionais para o funcionamento do HE

A falta de protocolos para nortear as atividades do setor.

A distância entre o enfermeiro e o cuidado sistematizado e da supervisão de enfermagem.

Oportunidade de organização do serviço de enfermagem, definição de papéis entre as categorias e conhecimento do PE

<p>O HE é um instrumento longo.</p> <p>O tempo de preenchimento do histórico é grande e compromete a assistência</p> <p>O HE tem informações desnecessárias apetite, higiene, último banho, puberdade, comunicação, aceitação/autoestima, recreação/lazer</p> <p>O HE contém informações confusas e duplicadas</p> <p>O HE tem informações desnecessárias para o levantamento de dados e prescrição de enfermagem.</p> <p>A estética do HE não favorece o preenchimento (parágrafos são muito juntos, as letras são muito pequenas).</p> <p>O HE contém perguntas pertinentes e importantes.</p> <p>A falta de parâmetros para mensurar dor no HE</p> <p>O HE contém perguntas desnecessárias (autoestima, necessidades psicoespirituais, no espaço: se a residência é própria ou não e a metragem da área e nº de cômodos.</p> <p>Sugestões de alterações no HE (na regulação hormonal poderia ficar o peso, altura e glicemia; na regulação térmica deveria ficar somente a medida da Tax).</p> <p>O HE tem informações desnecessárias para a prática de enfermagem.</p> <p>O HE possui letra pequena e espaços reduzidos das perguntas subjetivas.</p> <p>O HE é pouco funcional e contém perguntas dúbias.</p>	<p style="text-align: center;">Instrumento com questões desfavoráveis ao preenchimento do HE</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

O reagrupamento das categorias temáticas afins, resultaram em (02) Categorias Temáticas e (07) subcategorias temáticas, conforme esquema abaixo:

Categorias Temáticas	Categoria Temática após Reagrupamento
<p>Oportunidade de primeiro contato</p> <p>Mobilizador de vínculos e processos interativos</p> <p>Instrumento de Planejamento e Gestão do Cuidado</p> <p>Suporte para o Processo de Enfermagem</p> <p>Estratégia para o Cuidado Individualizado e Ampliado</p> <p>Recurso para Segurança e Minimização de Riscos</p> <p>Instrumento de Valorização da Enfermagem</p>	<p>Valores do Histórico de Enfermagem</p>
<p>Instrumento de sobrecarga de trabalho do enfermeiro</p> <p>Oportunidade de organização do serviço de enfermagem, definição de papéis entre as categorias e conhecimento do PE</p> <p>Instrumento com questões desfavoráveis ao preenchimento do HE</p>	<p>Dificuldades para o Manejo do Histórico de Enfermagem</p>

E quanto às subcategorias obteve-se:

Categorias Temáticas após Reagrupamento	Subcategorias Temáticas
<p>Valores do Histórico de Enfermagem</p>	<p>Oportunidade de primeiro contato e Mobilizador de vínculos e processos interativos</p> <p>Instrumento de Planejamento e Gestão do Cuidado</p> <p>Estratégia para o Cuidado Individualizado e Ampliado</p> <p>Recurso para Segurança e Minimização de Riscos</p> <p>Instrumento de Valorização da Enfermagem</p>
<p>Dificuldades para o Manejo do Histórico de Enfermagem</p>	<p>Relativas ao Processo de Trabalho</p> <p>Relativas à Estrutura do Histórico de Enfermagem</p>

4.4.2 Dados Quantitativos

A análise do preenchimento do HE pelos enfermeiros deu-se a partir de duas possibilidades: pela descrição dos itens com preenchimento adequado e a partir de um escore para avaliação do preenchimento similar ao usado por Ceia e Cesar (2011). Para tanto foi atribuído a cada item peso que variou de 1 a 3 segundo os itens do Histórico de Enfermagem da seguinte maneira: Peso 1 para os itens da Identificação, Antecedentes e Histórico da Doença Atual; Peso 2 para os itens referentes às Necessidades Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespiritual; Peso 3 para os itens referentes ao Enfermeiro que preencheu o HE. Em seguida, foram classificados como “péssimo” se o percentual fosse de 1 a 35% (1 a 65 pontos); como “ruim” se o preenchimento adequado tivesse alcançado entre 36% e 53% (66 a 99 pontos); “regular” entre 54% e 77% (100 a 144 pontos); “bom ou ótimo” com 78% (145 ou mais pontos).

4.5 Aspectos Éticos

Para atender aos critérios éticos foram seguidas as recomendações determinadas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A pesquisa vincula-se a pesquisa matricial Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: uma pesquisa convergente assistencial, encaminhado para apreciação da Comissão Científica do HUUFMA protocolado com registro 5664/2012-00 (Anexo A) e parecer favorável de no 10/2013 e em seguida ao Comitê de Ética e Pesquisa, protocolado com parecer consubstanciado favorável de nº 258.249 (Anexo B). Como nessa etapa da pesquisa foi incluído novo membro na equipe de execução foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA documento (Apêndice E) solicitando anuência do mesmo para seguimento com o processo de investigação.

Aos participantes da pesquisa foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) em duas vias, onde os objetivos e

finalidades da investigação foram esclarecidos, e assegurados o anonimato dos participantes e o consentimento para a divulgação dos resultados obtidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Descrição da Observação Participante

Durante o período da pesquisa, em duas oportunidades, observei a utilização do HE pelo enfermeiro, ambos realizados no turno de admissão da criança no setor. Esse processo ocorreu final do turno vespertino, por ser a hora considerada mais tranquila pelo enfermeiro. Em ambas as situações, os HE não foram preenchidos completamente, e justificada pela demanda de trabalho da UTI. A finalização seria feita pelo enfermeiro do plantão noturno. Observei que o HE era utilizado como registro da admissão da criança.

A partir dos blocos do HE o de **Identificação** era quase completamente preenchido, com algumas informações faltantes como o grupo sanguíneo e o nome do acompanhante por exemplo. Não houve relato de dificuldade no preenchimento dessa etapa. Quanto aos **Antecedentes**, muitas das vezes o preenchimento era equivocado no campo das Doenças de Infâncias e exigia dos enfermeiros fazer vários questionamentos quanto aos hábitos de vida, sendo considerado, por estes, como um dado desnecessário do HE e, de certa forma, difícil de ser perguntado, devido às condições clínicas da criança e do acompanhante, como relatou um enfermeiro: “... receio do pai ou mãe relembrar o que a criança costumava fazer anteriormente que talvez não voltará a fazer”.

Os enfermeiros apresentaram dificuldades no preenchimento do Bloco 3, **História da Doença Atual**, muitas vezes os dados eram registrados de maneira incompleta ou de forma inadequada.

No Bloco **Necessidades Psicobiológicas** encontrei o maior número de relatos de dificuldades dos enfermeiros. Descreveram como dificuldade a extensão dos dados, muitas informações para serem perguntadas em pouco tempo, informações classificadas como desnecessárias, repetidas e de difícil avaliação. Por exemplo, como registrar Glasgow, se na maioria das vezes, a criança estava sedada. Ou o campo da mobilidade e do sono que alguns enfermeiros relataram não

observarem esses dados. Outra dificuldade encontrada foi a mensuração dos perímetros cefálicos, torácico e abdominal, normalmente justificada pelas condições restritas da criança e o risco de causar dor ou desconforto às mesmas. A avaliação da genitália também ficava prejudicada, sendo realizada quando do banho. Entretanto, essa avaliação não é registrada no HE, pois é realizada, na maioria das vezes, no dia subsequente ao dia da admissão. Essa informação é perdida no que diz respeito à informação no HE.

A subseção da **Regulação Imunológica** foi classificada como informações difíceis de abordagem durante a admissão, pois os pais não sabiam responder ou não estavam com a Caderneta da Criança onde consta o registro das vacinas administradas.

A **Terapêutica**, item classificado como dispensável no HE, pelos enfermeiros. A **Dor** foi um item reconhecido como importante, mas que não era preenchido completamente no HE.

No Bloco das **Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais**, não foram valorizadas pelos enfermeiros, e por isso, foi deixado em branco. As justificativas utilizadas eram que ficavam difíceis de responder por muitas das vezes o acompanhante não ser membro da família ou por darem mais importância em preencher as necessidades biológicas, achando dispensáveis informações sobre essas necessidades.

Durante o período da observação participante, pude notar que a maior contribuição na utilização do HE era dos enfermeiros recém-admitidos ou Residentes de Enfermagem. Algumas enfermeiras com mais tempo de exercício profissional na UTI, apresentavam muita resistência em utilizar o HE nas suas práticas de cuidado considerando-o desnecessário, aliado à alegação de falta de tempo ou por optar pela dimensão instrumental do cuidado como pode-se identificar nesse relato: “sou enfermeira de procedimentos, não tolero papel. Nem computador. Prefiro que elas (as Residentes ou as outras enfermeiras) façam o Histórico e eu vou cuidando aqui...”. Um dos fatores mais limitantes para a utilização do HE, citado pelos enfermeiros, era o fato de terem que exercer funções não-específicas da enfermagem, como coleta de exames laboratoriais, funções burocráticas e transferências das crianças de setor. Outro fator é o tempo. Não perdiam a oportunidade de me mostrar como era corrido o dia a dia: “olha como está hoje... não dá pra fazer Histórico... vai ficar pra noite”. Por

outro lado, também observei considerações favoráveis ao processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem e a utilização do HE. Nesse sentido, ouvi dos enfermeiros que a implantação da SAE é oportuna, pois possibilita uma linguagem universalizada para os cuidados de enfermagem, estabelecendo um padrão de qualidade e que a primeira fase implantada, é um grande avanço. A maioria dos enfermeiros reconheceu esse aspecto e que direciona os cuidados de enfermagem a partir do PE.

5.2 Descrição das Categorias e Subcategorias Temáticas

Figura 2. Quadro Esquemático das Categorias e Subcategorias Temáticas



CATEGORIA1: VALORES DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

SUB-CATEGORIA 1. Oportunidade de Primeiro Contato e Mobilizador de Vínculos e Processos Interativos

Para o ser humano a doença é sinônimo da quebra da harmonia orgânica interferindo em todos os aspectos da sua vida. Quando esse indivíduo necessita de hospitalização, ele é automaticamente retirado de seu ambiente familiar, há interferência direta da sua rotina e, no hospital ele encontra um ambiente novo e estranho, onde outras rotinas e normas controlam e determinam suas ações. Segundo Quirino, Collet e Neves (2010), a hospitalização é uma situação essencialmente angustiante, que exige dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, a minimização do sofrimento da criança, assim como da família, elemento que se torna fundamental para o cuidado integral. Nesse aspecto, a família desempenha papel indispensável, tanto para os cuidados quanto para a continuidade e adesão ao tratamento, por isso, o cuidado centrado na criança e sua família é fundamental para estabelecer aliança e confiança entre a tríade criança, família e profissional.

A enfermagem, por ser a categoria profissional que passa um tempo maior acompanhando o paciente, tem papel essencial durante a hospitalização, pois realiza cuidados visando reduzir riscos aos envolvidos nesse processo (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010). O Enfermeiro é reconhecido como um profissional “articulador e integrador dos diferentes saberes”, principalmente, por ser presença constante junto ao paciente capaz de mais facilmente detectar suas necessidades alteradas (NASCIMENTO *et al*, 2008). Nessa perspectiva o HE como primeira etapa do PE possibilita, o primeiro contato com a criança e com a família e define estratégias de cuidado apoiadas nas necessidades específicas e individuais. As falas revelam que:

O Histórico de Enfermagem é um instrumento de coleta que permite ao enfermeiro estabelecer uma relação de interação e confiança com o paciente/família (E 1)

Contribui para aproximar o enfermeiro da família e do paciente, pois se torna uma oportunidade para estabelecer um vínculo no primeiro momento; também contribui para que o enfermeiro conheça melhor seu paciente e descubra informações que o subsidiarão para a construção de seus cuidados de forma individualizada (E 4)

Para Rodrigues *et al* (2013), envolver a família no cuidado à criança humaniza o ambiente hospitalar, ajuda a criança a aceitar e adaptar-se à internação, faz com que a criança sinta-se amparada, reduzindo o sentimento de abandono em relação a outros membros da família e facilita a relação criança/equipe de saúde. Porém, durante a hospitalização, o relacionamento criança/família/profissionais de saúde pode tornar-se vulnerável e distante, pela percepção da hostilidade e desconsideração da equipe, permeando dessa forma um sentimento de exclusão no paciente e familiar (CÔA; PETTENGILL, 2011).

A utilização do HE configura-se como importante ferramenta na aproximação profissional/cliente/família. Define-se como momento de escuta, de levantamento de problemas, tornando-se grande oportunidade para a formação de vínculo e aliança.

O momento dedicado ao preenchimento do HE pode estreitar o vínculo com as famílias assistidas. O laço que se estabelece é importante, segundo Rodrigues *et al* (2013), pois viabiliza confiança mútua, fortalece o vínculo e aumenta o respeito pelo profissional de enfermagem, resultando no êxito do cuidado e assistência prestados à criança.

Dessa maneira, utilizar apropriadamente o momento da primeira fase do Processo de Enfermagem, ou seja, realizar a entrevista é conhecer o paciente e conduzir de forma coerente às demais etapas a partir desse contato (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2010).

Assim é sempre possível ter uma definição mais clara do problema e importantes dados para determinar como se poderá prosseguir no trajeto do cuidado, uma vez que o vínculo já foi estabelecido.

SUB-CATEGORIA 2. Instrumento para o Planejamento e Gestão do Cuidado

Na área de saúde, observa-se um crescente aprimoramento dos conhecimentos técnicos e científicos dos profissionais, fortalecendo seu desenvolvimento e responsabilidades, fazendo com que haja maior qualificação da assistência ao paciente (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2010).

Nas unidades de terapia intensiva, a assistência se dá de forma direta e os pacientes são reunidos num mesmo espaço visando facilitar, racionalizar e tornar mais

eficiente o tratamento. No âmbito da enfermagem, Santos *et al* (2010) destacam a importância da atuação do enfermeiro na UTI, pois esse profissional é o responsável por todos os cuidados diretos ao paciente, com competências e habilidades para prestarem cuidados com padrões de excelência, especialmente em unidades pediátricas, pois essa categoria profissional tem como foco o cuidado integral e individual dos pacientes. Para tanto, utiliza a técnica aliada às relações interpessoais para organizar, planejar e qualificar esse cuidado (LUIZ *et al*, 2010).

O instrumento tecnológico utilizado pela Enfermagem é o Processo de Enfermagem que se constitui na base de sustentação da SAE. Esse método apóia a prática da enfermagem em uma Teoria de Enfermagem. Sob esse aspecto, a escolha do modelo teórico deve levar em consideração a filosofia e contexto do serviço de enfermagem proporcionando orientação para a organização e interpretação das informações que serão coletadas (TANNURE, 2012).

O PE favorece uma prática assistencial sistematizada, permitindo o cuidado e adequada documentação. Pode ser entendido como um trabalho profissional específico com ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer a SAE, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área (GARCIA; NÓBREGA, 2009; TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Medeiros, Santos e Cabral (2012), consideram o PE um instrumento metodológico que possibilita a equipe de enfermagem identificar, compreender, descrever, explicar e até prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais contribuindo sobremaneira para a gestão e organização do trabalho de enfermagem, pois possibilita determinar as intervenções dos profissionais de enfermagem diante dessas respostas. Estes aspectos foram apontados pelos participantes da pesquisa:

O HE facilita o diagnóstico e o planejamento das ações de enfermagem, assim como, a avaliação diária. (E 1)

O Histórico é importante para o registro da condição em que se encontra o paciente no momento da internação, seu aspecto emocional, social e biológico. Com ele poderemos traçar os cuidados necessários para melhoria de sua condição de doença, norteia as suas necessidades (E 2)

Através dele obtemos informações relevantes quando a história e vida atual e pregressa, permitindo identificar fatores que possam estar associadas ao problema de saúde atual do paciente (E 9).

Os enfermeiros reconhecem que a utilização do HE direciona a assistência, voltada para as necessidades individuais, como também possibilita documentar e direcionar as ações de enfermagem de forma organizada e detalhada, conforme expressaram nos depoimentos a seguir:

Para se fazer um bom histórico, deve-se haver uma anamnese detalhada e isso facilitará prescrever e evoluir posteriormente o cuidado (E 3)

O Histórico de Enfermagem contribui para o enfermeiro e a equipe diretamente na sua assistência, pois permite buscar informações de fundamental importância para assistência (E 5)

Com a realização de uma coleta de dados bem feita as demais etapas do processo são mais fáceis de serem executadas (E 6)

[...] e prosseguir definindo metas ou prescrições de enfermagem, avaliando o paciente e realizando registro (E 7)

Garcia e Nóbrega (2009) afirmam que o conhecimento resultante do desenvolvimento do PE, em todas as suas etapas, permite ao enfermeiro maior julgamento crítico, segurança na tomada de decisão, o que influencia nas ações de saúde e resolução das necessidades e implementação dos cuidados. De maneira geral, o HE é utilizado para determinação do estado de saúde do cliente. Nele serão coletados os dados, problemas, preocupações e reações humanas, para que o perfil de saúde ou doença do cliente seja estabelecido (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Nesse aspecto, os enfermeiros, em sua maior parcela, já percebem a necessidade da sistematização da assistência, atribuem importância ao Processo de Enfermagem e reconhecem as etapas do processo, dentre elas, o Histórico de Enfermagem, como parte fundamental para a assistência de enfermagem. Fato que Santos, Veiga e Andrade (2010), confirmam citando que o HE representa instrumento de grande valia para a assistência, uma vez que permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente.

SUB-CATEGORIA 3. Estratégias para o Cuidado Individualizado e Ampliado

O HE deve permitir a coleta de informações específicas e relevantes relacionadas ao paciente e familiar, de forma holística, assegurando que suas necessidades bio-psico-socio-espirituais sejam consideradas, conforme a teoria de enfermagem utilizada (NEVES; SHIMIZU, 2010). O relato dos enfermeiros trouxe esse aspecto em pauta:

O HE permite a identificação de problemas reais e potenciais de enfermagem. Tudo isso gera um conhecimento mais profundo sobre as necessidades do paciente/família (E 1)

O Histórico é importante para o registro da condição em que se encontra o paciente no momento da internação, seu aspecto emocional, social e biológico. [...] norteia as necessidades dos pacientes (E 2)

[...], pois se conhecerá não apenas os fatores biológicos que cercam aquele paciente, mas também as alterações psicossociais e espirituais, pois estas estão inseridas dentro do histórico baseado em Wanda Horta. Dessa forma, o enfermeiro sabendo a necessidade específica do cliente garantirá um cuidado mais individualizado e humanizado (E 3)

[...] contribui para que o enfermeiro conheça melhor seu paciente e descubra informações que o subsidiarão para a construção de seus cuidados de forma individualizada (E4)

[...] podemos dizer que o Histórico de Enfermagem nos dá embasamento para prestarmos uma assistência direcionada e individualizada, abrangendo-o em uma visão holística (E 8)

Segundo Horta (1979), o HE é um roteiro sistematizado para o levantamento de dados pertinentes e relevantes que permitem a identificação dos problemas do indivíduo assistido. Para Lucena *et al* (2010), nesta etapa há a coleta de dados inerentes ao ser humano, por meio da entrevista e exame físico, o que permitirá o conhecimento holístico do mesmo, considerando suas múltiplas dimensões e identificar as necessidades de saúde afetadas, permitindo, assim, adotar condutas direcionadas e sistematizadas.

Esse aspecto foi muito abordado pelos entrevistados quando nas respostas, destacavam que o HE identifica e facilita problemas reais e potenciais de enfermagem para intervenção do enfermeiro. Nesse âmbito, com a aplicação do

Processo de Enfermagem e suas fases, o cuidado de enfermagem torna-se ampliado, individualizado e holístico, tendo como seu foco principal desse cuidado, o conhecimento científico (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2010).

SUB-CATEGORIA 4. Recurso para Segurança e de Minimização de Riscos

Nessa categoria temática, os enfermeiros relataram que:

Considerando o Histórico de Enfermagem, o primeiro contato realizado entre paciente/família e equipe de enfermagem, podemos dizer que o mesmo nos dá embasamento para prestarmos uma assistência direcionada e individualizada ao paciente, abrangendo-o em uma visão holística, dessa forma trabalharemos o paciente de forma preventiva, minimizando eventuais danos psicobiológicos ao paciente/família (E 8)

O HE direciona o enfermeiro na identificação dos riscos a que ele poderá ficar exposto durante seu tratamento no Setor de Internação e assim poderemos implantar os cuidados indicados para minimizar os danos (E 2)

Por ser a primeira fase do Processo de Enfermagem, o histórico vai nos ajudar a avaliar as evidências e os fatores de risco que possam agregar os problemas de saúde do paciente, facilitando a identificação de problemas reais ou potenciais de saúde (E 3)

Sistematizar no sentido amplo da palavra é reduzir vários elementos a um sistema, entre os quais se possa encontrar ou definir alguma relação. No decorrer de seu caminho de ciência, a enfermagem vem buscando embasar o saber empírico das atividades rotineiras, moldando as teorias da profissão. Estabelecer um modelo teórico, confere uma maior credibilidade à prática, permitindo o desenvolvimento das atividades e segurança no fazer (SILVA *et al*, 2011).

Além dessa habilidade, é esperado que o enfermeiro utilize sua criatividade ao gerenciar as ações assistenciais, ao tomar decisões e ao organizar os recursos humanos e materiais de que dispõe, permitindo atendimento das necessidades dos pacientes com isenção de riscos. Dessa maneira, o enfermeiro garante a segurança e a integridade do paciente (BARROS; LOPES, 2010).

Na pesquisa de Santos *et al* (2012) vê-se que a sistematização da assistência, por meio do Processo de Enfermagem e suas etapas (dentre elas, o

Histórico de Enfermagem), guia o serviço de enfermagem, fornecendo agilidade e segurança do atendimento. Reforça também, que o registro formal dessa assistência sistematizada proporciona visibilidade e continuidade do cuidado de forma segura, integrada e qualificada, como citado nos depoimentos acima.

Neto, Fontes e Nóbrega (2013) dão ênfase à importância do desenvolvimento crítico para a tomada de decisões seguras, afirmando que estas devem estar fundamentadas em evidências científicas. Assim, o HE é uma ferramenta fundamental para que o enfermeiro identifique as diversas Necessidades Humanas Básicas afetadas do cliente e possa construir de forma segura suas percepções em relação aos problemas identificados, como enfatizado em uma das falas dos participantes.

Diante disso, a aplicação da SAE, com sua ferramenta, o PE e suas etapas, nas instituições de saúde, viabiliza segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, a individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro (NEVES; SHIMIZU, 2010).

SUB-CATEGORIA 5. Instrumento de Valorização da Enfermagem

A profissão de enfermagem vem se constituindo como componente essencial na qualidade em saúde, acompanhando assim mudanças nas relações interpessoais, sociais, políticas, tecnológicas e no modelo das organizações dos serviços. Nessa perspectiva, a SAE contribui para a expansão do conhecimento, a qualidade da assistência, valorização da categoria e melhores registros das informações de enfermagem (CAVALCANTE *et al*, 2011).

Ela oferece subsídios para o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado, o que representa uma das mais importantes conquistas no campo assistencial da enfermagem. Dessa forma, o enfermeiro deverá ampliar e aprofundar seus conhecimentos específicos de sua área de atuação, continuamente, sem esquecer o enfoque interdisciplinar e/ou multidimensional (SILVA *et al*, 2011).

Pela análise dos resultados obtidos na pesquisa, compreendemos que os enfermeiros pesquisados disseram acreditar na importância da SAE que, segundo os

mesmos, permite a melhoria da qualidade da assistência, promove a autonomia e unifica a linguagem:

Uma avaliação holística do paciente e uma identificação de problemas reais e potenciais de enfermagem. [...] gera conhecimento mais profundo sobre as necessidades do paciente/família e facilita o diagnóstico e o planejamento das ações de enfermagem, assim como, a avaliação diária (E 1).

Reafirma a legalidade e a cientificidade dos registros de enfermagem, valorizando ainda mais a assistência de enfermagem; pois o histórico é o ponta pé inicial para estabelecimento do Processo de Enfermagem (E 4)

Por meio da SAE temos embasamento para realizar os diagnósticos, a prescrição e evolução do paciente (E 11)

A assistência sistematizada, também proporciona aos enfermeiros recursos técnicos, científicos e humanos, visando melhor qualidade da assistência ao cliente, possibilitando o seu reconhecimento e valorização (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010). Cavalcante *et al* (2011) ainda complementam citando que o PE implementado na sua totalidade direciona atitudes sistematizadas e inter-relacionadas objetivando assistência de qualidade ao ser humano, cuidado de excelência da enfermagem, não apenas focado na doença.

Como lido nas falas dos enfermeiros, a implantação/implementação da SAE imprime a possibilidade de o enfermeiro aplicar seus conhecimentos sobre a necessidade do paciente e familiar, conquistando o reconhecimento pela qualidade do cuidado prestado, refletindo seu papel na sociedade e na responsabilidade profissional (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Observado, ainda, que os enfermeiros visualizam a SAE como meio para aplicarem seus conhecimentos técnico-científicos, que caracteriza sua prática profissional e conduz a sua autonomia profissional, servindo como embasamento para o desenvolvimento das etapas do Processo de Enfermagem.

Dessa maneira trabalhar com uma metodologia científica não apenas dá autonomia à profissão, como organiza o cotidiano da equipe, pois permite maior facilidade de registros e controles, de auditoria e de alcance das metas de qualidade (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

CATEGORIA 2: DIFICULDADES PARA O MANEJO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

SUB-CATEGORIA 1. Relativas ao Processo de Trabalho

Silva *et al* (2011) refere que para se chegar a um consenso no que diz respeito ao modo de trabalho da enfermagem, deve-se considerar as particularidades de cada serviço de saúde, discutir rotinas e validar os modelos de formulários apropriados para cada setor. É desta forma que se tem conseguido implementar a SAE satisfatoriamente.

Porém, os enfermeiros apontaram várias dificuldades para sua execução relacionadas, como a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo, em decorrência do excesso de atividades assistenciais diretas à criança e às tarefas burocráticas que emergem do processo de trabalho:

Infelizmente, o excesso de atribuições, as indefinições de papéis entre técnico, enfermeiro e administrativos, a falta de padronização de rotinas, a resistência e influência dos enfermeiros mais antigos são os fatores mais limitantes para o preenchimento do HE, pois gera sobrecarga de trabalho e sentimento desestimulante (E 1).

Outro problema é o excesso de atividades burocráticas dentro do setor, e até mesmo fora, que dificultam o exercício profissional, sem falar na agregação de algumas funções que não seriam de sua competência (E 3).

[...] o tempo é um fator limitante, pois às vezes há sobrecarga de trabalho em especial quando ocorre mais de uma admissão (E 4)

Um dos fatores limitantes é o tempo, às vezes a rotina diária não permite muitas vezes a disponibilidade de tempo para um adequado preenchimento desse histórico (E 5).

O tempo que muitas das vezes é corrido e não conseguimos fazer o preenchimento do impresso de forma eficaz (E 7)

Um dos principais fatores limitantes é a sobrecarga de trabalho e o desvio de atividades (E 11)

Na pesquisa de Silva *et al* (2011), o mesmo resultado foi encontrado quando 54% dos enfermeiros citaram que o reduzido número de profissionais, a sobrecarga de trabalho e o número elevado de pacientes impedem o trabalho com a SAE.

Os enfermeiros gostariam de executar todas as fases da SAE, porém não conseguem, por se depararem com uma série de fatores que distanciam a teoria da prática, desmotivando o enfermeiro e levando-o a não experimentá-la de fato. E o processo que é dito como implantado, não passa de uma fragmentação do PE (SILVA *et al*, 2011). Os participantes da pesquisa destacaram aspectos relativos ao processo de trabalho:

[...] o foco era a doença, e essa visão é seguida até hoje, especialmente pelos enfermeiros mais antigos, que querem prestar assistência de forma imediata. Alguns até chegam a desconhecer a importância do Processo de Enfermagem, por se tratar de algo teoricamente novo na graduação (E 3)

[...] falta habilidade do enfermeiro para a realização do exame físico; o envolvimento do enfermeiro com outras atribuições que não são as suas tirando o tempo para a SAE; falta de interesse do enfermeiro em preencher por não entender a importância do Processo de Enfermagem, os enfermeiros acham que é só mais uma tarefa a fazer (E 6)

[...] acabamos por desviar o nosso tempo numa atividade que não é nossa; outro dificultador é o fato de algumas tarefas que o técnico de enfermagem poderia executar (E 7)

Cavalcante *et al* (2011) confirmam que é imprescindível que o PE seja aplicado em sua totalidade, nas suas cinco fases inter-relacionadas, direcionando as devidas intervenções para o alcance do objetivo final que é uma maior qualidade e segurança na assistência de enfermagem. O PE quando aplicado de forma parcial fragiliza a integração das etapas, fragmenta as informações e conseqüentemente o cuidado, aumentando o risco de uma assistência insuficiente.

A falta de tempo presente também na pesquisa de Pimpão *et al* (2010) foi conseqüência da falta de prioridade por parte dos enfermeiros em realizar essa tarefa no seu cotidiano, em detrimento àquelas que não são fundamentais e que poderiam ser executadas por outros profissionais.

Outra questão abordada diz respeito à falta de conhecimento para sustentar a fase de implantação da SAE. E é considerada um dos motivos geradores de ansiedade para o profissional de enfermagem (SILVA; MOREIRA, 2011). Assim, a iniciativa para assumir condutas e atitudes está intimamente relacionada ao

conhecimento que o profissional possui, pois este dá para os enfermeiros a certeza de estarem agindo da maneira mais correta e adequada.

SUB-CATEGORIA 2. Relativas à Estrutura do Histórico de Enfermagem

O Histórico de Enfermagem deve permitir a coleta de informações específicas e relevantes em relação ao cliente, e de maneira holística, assegurar que as esferas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais do ser humano sejam consideradas, conforme a teoria de enfermagem utilizada (NEVES; SHIMIZU, 2010). Esses autores, afirmam que, existem muitas falhas na aplicação e preenchimento do Histórico de Enfermagem que impedem o alcance de seu objetivo: conhecer os hábitos individuais do cliente facilitando sua adaptação ao hospital ou clínica e ao tratamento nos aspectos bio-psico-sócio-espirituais, de forma que possa individualizar a assistência de enfermagem:

Observa-se um instrumento longo e com informações desnecessárias como apetite, higiene, último banho, puberdade, comunicação, aceitação/autoestima, recreação/lazer. Informações confusas na terapêutica e duplicadas, pois essas informações já consta na ficha do serviço social (E 1).

Esteticamente a ficha causa um cansaço visual, porque os parágrafos são muito juntos, as letras são muito pequenas. Acho que muitas perguntas são pertinentes e importantes. Mas, outras não acho necessárias, como autoestima, necessidades psicoespirituais, (E 2).

A extensão do formulário é um fator que se torna cansativo para o profissional como para a família, ambos em momento de tensão pela urgência no atendimento para a equipe e para a família; a dinâmica do formulário, no que diz respeito a tamanho das letras e espaços reduzidos das perguntas subjetivas; perguntas desnecessárias ao contexto da assistência necessária, a qual devemos prestar ao paciente (E 8).

Barral *et al* (2012) afirmam que a enfermagem é responsável pela produção de muitas informações inerentes ao cuidado com o paciente diariamente, o que acarretaria em um formulário mais extenso. Enquanto que Silva (2011) assevera que é difícil captar a realidade do cuidado e transformá-lo em respostas. Justifica pelo fato de que, talvez, o profissional de enfermagem se mantenha atualizado tecnicamente,

mas não considera a comunicação escrita como uma ferramenta que tem papel primordial e atrelado a sua prática assistencial, o que faz com que qualquer registro escrito seja postergado.

Uma das evidências encontradas na pesquisa de Santos (2014) é representada por um HE claro, conciso, objetivo e sem repetições, com uma linguagem padronizada para facilitar a comunicação e evitar que ele seja um instrumento muito longo. Fato também encontrado no estudo de Lima *et al* (2006) onde a maioria dos enfermeiros julgaram o HE longo por apresentar quatro páginas. Corroborando com esses autores, Silva *et al.* (2012) citaram que parte dos enfermeiros julgaram o HE como extenso por apresentar um número excessivo de informações. Essa extensão do HE pode levar os enfermeiros a não utilizarem o instrumento por considerarem que demanda excessivo tempo para ser aplicado e por relatarem dificuldades relacionadas à sua estrutura, à sobrecarga de trabalho e ao número insuficiente de profissionais para o desempenho das atividades de assistência (SANTOS, 2014). Entretanto, o autor afirma que, é fundamental lembrar que na tentativa de não tornar longo o HE, os enfermeiros das instituições, apresentem um instrumento de coleta de dados que não contemple todas as necessidades definidas na Teoria ou que deixe lacunas comprometendo a qualidade e a densidade das informações. Portanto, torna-se fundamental a utilização do HE nas práticas cotidianas como um processo importante e necessário para o cuidado de enfermagem. Esperando-se que atingindo a familiaridade com o instrumento o tempo de aplicação deste seja reduzido.

É preciso enfatizar que os itens que os enfermeiros definiram como desnecessários são relativos a importantes dimensões do plano de cuidado em terapia intensiva como auto-estima e necessidades psicoespirituais. Essa condição reforça que os enfermeiros têm dificuldade em compreender a Teoria que dá sustentação ao Processo de Enfermagem na Unidade investigada ou que atribuem valor menor aos aspectos do cuidado subjetivo e reforçam o modelo biomédico centrado na queixa, na doença e na realização de procedimentos. Portanto, o maior valor é atribuído à dimensão instrumental do cuidado.

No estudo de Azevedo *et al* (2012), resultados semelhantes foram encontrados. A equipe de enfermagem reconhece que o registro no prontuário deve contemplar todas as informações sobre o paciente, tanto as de ordem biológica como

as psicológicas e sociais. Por outro lado, as informações referentes a procedimentos, curativos, sondagens, punções venosas e sinais vitais aparecem com maior frequência em relação às demais, relacionadas ao estado de consciência, respiração, dieta e estado psicológico/emocional dos pacientes.

Corroborando, com esse autor dados de um estudo que objetivou classificar os conteúdos dos registros de enfermagem de acordo com as necessidades humanas básicas, demonstraram que 68,2% do conteúdo das anotações estão relacionadas às necessidades psicobiológicas, ficando as psicossociais e espirituais em menor percentual (COSTA; PAZ; SOUSA, 2010).

Nesse aspecto, como os registros de enfermagem refletem a assistência prestada, de acordo com os dados citados, conclui-se que o serviço ainda está voltado à realização de procedimentos sobre o corpo “doente”, sem a devida valorização do estado psicológico, meio social da pessoa e sua cultura, a quem se dispensa o cuidado (AZEVEDO *et al*, 2012).

5.3 Manejo do Histórico de Enfermagem quanto ao Preenchimento

Inicialmente apresenta-se na Tabela 1 o quantitativo de prontuários de crianças egressas da UTI Pediátrica do HUMI que foram localizados e serviram de base para o desenvolvimento da pesquisa:

Tabela 1. Prontuários localizados com e sem Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica/HUMI, 2016.

Prontuários	n	%
Com Histórico de Enfermagem	75	54,7
Sem Histórico de Enfermagem	62	45,3
TOTAL	137	100

Fonte: Próprio Autor, 2016

Apesar de 54,7% dos prontuários apresentar o HE, chama atenção o número de prontuários sem que os enfermeiros tenham realizado a primeira etapa de Processo de Enfermagem. Ressalta-se que, a avaliação e a caracterização do manejo do HE por enfermeiros da UTI Pediátrica ocorreram 12 meses após a sua implantação

na Unidade contexto da pesquisa. Esse dado pode revelar o pouco envolvimento dos profissionais enfermeiros com a etapa do HE, ou ainda que as questões que envolveram aposentadoria, demissão e inserção de novos profissionais no quadro da UTI tenha sido determinante para estes resultados.

O manejo do HE foi avaliado e classificado a partir dos escores de avaliação da adequação do preenchimento dos itens que compõem cada Bloco de Necessidades segundo estrutura do mesmo e pode ser visualizado na Tabela 2:

Tabela 2. Classificação do Histórico de Enfermagem implantado na UTI Pediátrica segundo escore de avaliação do preenchimento dos itens de cada Bloco de Necessidades. HUMI, 2016.

Classificação	n	%
Péssimo	05	6,9%
Ruim	17	23,7%
Regular	34	47,2%
Bom ou Ótimo	16	22,2%
TOTAL	72	100%

Fonte: Próprio Autor, 2016

Na Tabela 2, vê-se que o preenchimento regular obteve o maior percentual (47,3%) e que 21,6%, ou seja, 16 HE foram caracterizados com manejo “ótimo”. Diante desse panorama, torna-se importante citar que no processo de cuidar da saúde, um instrumento de extrema valia para o planejamento, execução, continuidade e avaliação do serviço prestado é a documentação, é o registro escrito das atividades desenvolvidas, o que também poderá servir de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas, de educação e outras atividades relacionadas (FRANÇOLIN *et al*, 2012).

Pimpão *et al* (2010) reafirmam essa condição, quando dizem que para uma comunicação permanente é necessário que as informações sejam redigidas de maneira que retratem a realidade do paciente, possibilitando posteriormente, pesquisas na área de enfermagem, auditorias, processos jurídicos e é um importante indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada. Quando a abordagem diz respeito à SAE, por meio do PE, Pimpão *et al* (2010) citam que esses registros

devem ser realizados e preenchidos completamente em todas as suas fases, desde o Histórico de Enfermagem até a avaliação de enfermagem. Complementam dizendo que o enfermeiro ao registrar as informações obtidas do paciente, promove melhor comunicação profissional/paciente, profissional/profissional, planejando cuidado contínuo e coordenado, implicando dessa forma, numa organização do trabalho.

Dessa maneira, a natureza das ações de enfermagem, em suas áreas de conhecimento, é expressa quando há documentação precisa e completa da assistência, permitindo o acompanhamento das condições de saúde do paciente e avaliar a prestação dos cuidados (FRANÇOLIN *et al*, 2012). Nessa perspectiva, Costa, Paz e Souza (2010) reforçam que os registros de enfermagem comprovam diretamente a qualidade do cuidado, citando que 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente são fornecidas pela enfermagem, o que torna, extremamente importante e imprescindível tais registros.

Ainda nessa questão, Maziero *et al* (2013, p. 167) afirmam que “o ato de registrar ações realizadas pela enfermagem indica a qualidade da assistência que está sendo prestada e comprova a boa prática profissional, além do cumprimento ético-legal exigido pela profissão de enfermagem”. Contudo, o que temos na prática assistencial do enfermeiro, são registros feitos de forma escassa e incompleta. Mesmo o profissional reconhecendo a importância da comunicação escrita para a continuidade e implementação do cuidado, o enfermeiro não consegue efetivar essa prática em sua rotina diária, o que acarreta interrupções na comunicação entre os próprios profissionais de enfermagem e entre esses e outros profissionais de outra área (PIMPÃO *et al*, 2010). Esse fato foi observado na quase a totalidade dos HE avaliados. Do total 6,9% foram classificados como “péssimo” e 23,7% como “ruim”. Se adicionado as duas categorias (péssimo e ruim) totalizam 22 Históricos de Enfermagem o que corresponde a 30,5% do total. Dentre esses, um deles se destacou com apenas 10 pontos, o que significa quase a totalidade das informações estavam em branco. Enfatiza-se que informação não registrada é informação perdida e sugere má prática na enfermagem. Maziero *et al* (2013) confirmam isso, afirmando que registro não realizado ou incompleto, mostram um não comprometimento com o cuidado, podendo acarretar danos à assistência de enfermagem e até mesmo à instituição.

Françolin *et al*, (2012) destacam que alguns motivos levam à deficiência do PE e da documentação das atividades de enfermagem, dentre eles, a carência na coleta de dados, falta de tempo para o registro, sobrecarga de trabalho do enfermeiro, não valorização dos registros como parte do processo de trabalho da enfermagem e o desconhecimento da importância devido a uma educação continuada/permanente escassa. Ainda assim, o registro escrito constitui-se em uma das provas mais valiosas sobre a atuação e a qualidade dos cuidados prestados. Os registros de enfermagem, quando são escassos e inadequados, comprometem a assistência prestada ao paciente, bem como à instituição e à equipe de enfermagem. Há um comprometimento da segurança e do cuidado ao paciente, dificultando a mensuração dos resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro. A ausência de registros pode implicar, entre outras coisas, na duplicação de procedimentos executados, na dificuldade de acompanhamento dos cuidados prestados, e até na não execução de determinada atividade, o que pode colocar em risco a própria recuperação do usuário.

Quando os enfermeiros apontaram a falta de tempo como fator limitador para o adequado manejo do HE na UTI Pediátrica considerou-se importante relacionar esse dado com o número de internações na referida UTI. Essa distribuição pode ser visualizada no Quadro 2:

Quadro 2. Mês da Internação na UTI Pediátrica/HUMI no ano de 2015, dos prontuários identificados e localizados com Histórico de Enfermagem. São Luís, 2016

Mês da Admissão	Número de Internações
Janeiro	02
Fevereiro	05
Março	07
Abril	09
Maiο	11
Junho	12
Julho	14
Agosto	12
Total	72

Fonte: Próprio Autor, 2016

Mesmo no mês em que houve maior número de admissões na UTI Pediátrica (14 admissões no mês de Julho de 2015) elas não ocorreram no mesmo dia. Considerando que o HE deve ser realizado quando da admissão ou o mais

próximo dela, o fator tempo não pode justificar o manejo inadequado do HE como etapa organizadora do PE. Portanto, o PE como método científico da assistência de enfermagem tem sido pouco valorizado no contexto investigado, fato que pode ter contribuído para esses resultados.

As inconsistências nos registros de Enfermagem foram avaliadas segundo cada Bloco de Necessidades e itens correspondentes do HE da UTI Pediátrica investigada e são apresentados na Tabela 3:

Tabela 3. Preenchimento do Item Identificação do Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016 - **continua**

GRAFIA DO NOME DA CRIANÇA NO HE	N	%
Preenchimento Adequado	64	88,9
Preenchimento Inadequado	08	11,1
INADADEQUAÇÕES NA GRAFIA DO NOME		
Abreviado	05	62,5
Faltou último nome	01	12,5
Faltou último sobrenome	01	12,5
Nome errado	01	12,5
TOTAL	08	100,0
IDENTIFICAÇÃO DO LEITO		
	N	%
Completo	50	69,4
Incompleto	18	25,0
Não preenchido	04	5,6
TOTAL	72	100
NÚMERO DO PRONTUÁRIO		
	N	%
Completo	54	75,0
Incompleto	01	1,4
Não Preenchido	17	23,6
TOTAL	72	100
DATA DE NASCIMENTO		
	N	%
Completo	68	94,4
Não Preenchido	04	5,6
TOTAL	72	100
IDADE		
	N	%
Completo	65	90,3

Tabela 3. Preenchimento do Item Identificação do Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016 - **conclusão**

Incompleto	05	6,9
Não Preenchido	02	2,8
TOTAL	72	100
SEXO	N	%
Completo	70	97,2
Não Preenchido	02	2,8
TOTAL	72	100
COR/RAÇA	N	%
Completo	54	75,0
Não Preenchido	18	25,0
TOTAL	72	100
DATA DE ADMISSÃO NO HOSPITAL	N	%
Completo	62	86,1
Incompleto	01	1,4
Não preenchido	09	12,5
TOTAL	72	100
DATA DE ADMISSÃO NA UTIP		
Completo	57	79,2
Incompleto	13	18,0
Não Preenchido	02	2,8
Com Rasuras	10	13,9
TOTAL	72	100

Fonte: Próprio Autor, 2016

Barral *et al* (2012) já citou que o uso de abreviaturas na identificação do paciente ou em procedimentos, bem como o uso delas não padronizadas nos registros é inaceitável e podem prejudicar o processo seguro de comunicação e, nesse último caso, devem estar padronizadas pela literatura ou pela instituição.

Quanto aos itens Leito e Prontuário o primeiro foi considerado completo quando a codificação estava com número e letra (Ex: 2432A) e o prontuário com as mesmas especificações do documento original.

Quanto ao item identificação do leito, 69,4% dos HE estava completo, 25,0% incompleto e 5,6% esse item não foi preenchido. Na pesquisa de Theme Filha (2012), com objetivo de avaliar a qualidade do registro no prontuário médico das informações necessárias à vigilância da tuberculose foi verificado a ausência de informações importantes para a caracterização completa dos indivíduos na maior parte dos casos. Para a autora esse achado limitou e foi impeditivo de uma melhor descrição da população participante do estudo. Um percentual de 23,6% dos HE sem que o número do prontuário tenha sido prontuário pode revelar o pouco

compromisso dos enfermeiros com o instrumento de coleta de dados, pois essa informação é facilmente disponibilizada e localizada pelos profissionais.

Tanto a data de nascimento como a idade da criança não foram completamente preenchidas. Quanto a idade considerou-se completo o registro que constava número de dias, meses ou anos da criança na data de admissão. Em 90,3% dos HE o item idade foi caracterizado como completo, 6,9% incompleto e 2,8% não foi preenchido. Portanto, em 9,7% dos HE o preenchimento desse item esteve comprometido. Quanto ao sexo, quase a totalidade estava preenchido completamente e em 2,8% o campo estava em branco.

No item cor/raça 25,0% dos HE não estava preenchido e em 75,0% a informação foi registrada, mas com preenchimento equivocado quando foi utilizado o termo “moreno” como cor/raça. No HE há as seguintes opções quanto a cor/raça: branca; preta; amarela (pessoas de origem oriental); parda (aqui inclui-se morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça); indígena. Sob esse aspecto Ribeiro (2010) enfatiza que a classificação moreno (a), como categoria sociorracial é permeada por aspectos culturais e formas de sociabilidade pelas quais perpassam alguns valores identitários específicos e para não usar preto ou negro.

Quanto ao item admissão no hospital, quase a totalidade estava com registro completo (86,1%), em 01 (1,4%) dos HE não foi registrado o ano e em 09 (12,5%) não preenchido. Neves e Shimizu (2010) encontraram fato semelhante em sua pesquisa, na qual, ao analisar os itens do Histórico de Enfermagem, houve incompletude dos itens relacionados com a identificação do paciente e dados da admissão do mesmo.

No item admissão na UTIP, o maior percentual também foi de registro completo (79,2%), 18,0% incompleto e 2,8% não preenchido. Quando caracterizado como incompleto foi em virtude da ausência da hora embora estivesse registrado a data. Do total de HE analisados 10 deles (13,3%) apresentaram rasuras nesse item.

Para um registro eficaz, é imprescindível redação objetiva, concisa, exata, atual, completa, legível, clara, sem conter erros ou rasuras (FRANÇOLIN *et al*, 2011). Dias *et al* (2011), obtiveram como principais problemas em sua pesquisa rasuras nas escritas e anotações realizadas de forma incorreta e incompleta.

No estudo de Barral *et al* (2012), ao analisarem os erros de redação dos registros de enfermagem, as rasuras encontradas eram traços ou rabiscos à caneta,

sobrepondo-se à palavra ou expressão, tentando substituí-la, anulá-la ou consertá-la (semelhante ao registrado em nossa pesquisa).

Para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem, segundo a SAE, em suas diferentes fases, o registro deve ser devidamente identificado com dados do paciente completos, com data e horário específicos, ser feito de forma legível, sem rasuras, pois é parte do prontuário do cliente e favorecem elementos administrativos e clínicos para uma possível auditoria de enfermagem (BARRAL *et al*, 2012).

A seguir os resultados quanto ao preenchimento dos itens Grupo ABO, escolaridade, frequência em escola ou creche, telefone, procedência, nome da mãe e acompanhante e endereço, que fazem parte da identificação e devem estar devidamente registrados. A avaliação do preenchimento desses itens está apresentada na Tabela 4 a seguir:

Tabela 4. Preenchimento dos Itens finais do Bloco Identificação do Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016 - **continua**

GRUPO ABO	N	%
Completo	29	40,2
Não Preenchido	43	59,8
TOTAL	72	100,0
ESCOLARIDADE	N	%
Completo	45	62,5
Não preenchido	27	37,5
TOTAL	72	100
FREQUENCIA EM ESCOLA/ CRECHE	N	%
Completo	55	76,4
Não Preenchido	17	23,6
TOTAL	72	100

Tabela 4. Preenchimento dos Itens finais do Bloco Identificação do Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016 - **conclusão**

TELEFONE	N	%
Completo	36	50,0
Incompleto	01	1,4
Não Preenchido	35	48,6
TOTAL	72	100
PROCEDENCIA	N	%
Completo	59	81,9
Incompleto	06	8,3
Não Preenchido	07	9,8
TOTAL	72	100
NOME DA MÃE	N	%
Completo	63	87,5
Incompleto	02	2,8
Não Preenchido	07	9,7
TOTAL	72	100
ACOMPANHANTE	N	%
Completo	46	64,0
Incompleto	13	18,0
Não Preenchido	13	18,0
TOTAL	72	100
ENDEREÇO	N	%
Completo	58	80,5
Incompleto	11	15,3
Não preenchido	03	4,2
TOTAL	72	100

Fonte: Próprio Autor, 2016

Referente ao grupo ABO, em 29 HE este item estava completamente registrado correspondendo a 40,2%. Entretanto, 59,8% dos HE esse item não foi preenchido o que corresponde a mais da metade do número total de HE. Um dado preocupante, pois o registro quanto aos sistemas ABO e Rh são importantes recursos para a terapêutica na UTI em função de intercorrências clínicas que necessitam de suporte de transfusões sanguíneas ou para seleção de doadores (ARRUDA; ORTIZ; PINHEIRO, 2013).

Na escolaridade, deveria ser considerado Creche (até 3 anos de idade), Pré-escolar (4 e 5 anos de idade), Ensino Fundamental seguido do ano (1º ao 9º ano) e Ensino Médio seguido do ano (1º ao 3º). Esse item resultou em maior percentual de registros completos (62,5%). Em 37,5% dos HE essa informação não foi registrada. A ausência dessa informação poderá comprometer dados da vigilância epidemiológica do serviço de saúde, assim como para efeito de pesquisas por dificultar análise mais acurada desta variável.

O item 'frequência em creche ou escola', os enfermeiros deveriam apenas marcar com "X" os parênteses de SIM ou NÃO, mas em 23,6% dos HE houve ausência desse registro.

O item 'número de telefone' deveria ser preenchido com o número dos pais ou responsáveis, seguindo o padrão (DDD) + número do telefone. O campo correspondente a esse item não foi preenchido em 48,6% dos HE. Dos preenchidos, dois (02) apresentaram rasuras nesse registro. Fato que compromete diretamente o contato com os familiares ou responsáveis, caso estejam ausentes.

Quanto à análise do item 'procedência', que diz respeito, ao local de onde o a criança foi transferida para a UTIP: seja da residência pelo SAMU, de outro Hospital da mesma cidade ou de outra unidade de internação do HU ou do município de origem (especificando a unidade de saúde). Do total de HE 8,3% estavam com registro incompleto, ou seja, especificavam somente a cidade de origem, fato que pode retardar, por exemplo, a comunicação entre os profissionais das duas Instituições, causando problemas na confirmação de algum dado ou história do paciente e no tratamento já iniciado na cidade ou unidade de origem.

O nome da mãe em 87,5% dos registros estava completo, 2,8% incompleto (com uso de abreviaturas e sem sobrenome) e em 9,7% dos HE esse dado não foi preenchido pelo enfermeiro. Da mesma forma, com o endereço, pois 80,5% o registro estava completo 15,3% incompletos e 4,2% não preenchidos.

Quanto ao item acompanhante e o seu parentesco com a criança, considerou-se registro completo o nome completo do acompanhante (se fosse a mãe, não era necessário repetir o nome) e o parentesco, representado pelas palavras: avó, pai, tia, mãe, irmã e outros. Em 64,0% dos HE o registro foi caracterizado como completo, porém 18,0% não foram preenchidos ou estavam incompletos. A

incompletude encontrada foi a ausência do nome do acompanhante (mãe, pai, avó ou tia).

Diante disso foi encontrado grande número de informações não registradas ou incompletas referentes a identificação da criança. Padilha, Haddad e Matsuda (2013), reforçam que o preenchimento incompleto dos dados de identificação do paciente, é preocupante, pois poderá causar danos ao mesmo, relacionados principalmente, à administração de medicamentos, hemoderivados e coleta de material para exames, além de que, minimizar os riscos decorrentes da falta de identificação, refere-se à segurança do paciente.

No Bloco II do HE, constam os dados referentes aos Antecedentes, com os seguintes itens: doenças de base, doenças de infância, internações anteriores, medicações em uso, antecedentes familiares e hábitos de vida. No que diz respeito a esses itens, obteve-se o seguinte resultado:

Tabela 5. Avaliação do preenchimento dos Itens dos Antecedentes no Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica/ HUMI. São Luís, 2016 - **continua**

DOENÇAS DE BASE	N	%
Completo	44	61,1
Incompleto	05	6,9
Não Preenchido	23	32,0
TOTAL	72	100
DOENÇAS DE INFÂNCIA	N	%
Completo	50	69,4
Não Preenchido	22	30,6
TOTAL	72	100
INTERNAÇÕES ANTERIORES	N	%
Completo	52	72,2
Incompleto	10	13,9
Não Preenchido	10	13,9
TOTAL	72	100
MEDICAÇÕES EM USO	N	%
Completo	54	75,0
Incompleto	05	6,9

Tabela 5. Avaliação do preenchimento dos Itens dos Antecedentes no Histórico de Enfermagem. UTI Pediátrica/ HUMI. São Luís, 2016 - **conclusão**

Não Preenchido	13	18,1
TOTAL	72	100
ANTECEDENTES FAMILIARES	N	%
Completo	49	68,0
Incompleto	03	4,2
Não Preenchido	20	27,8
TOTAL	72	100
HÁBITO DE VIDA	N	%
Completo	29	40,3
Incompleto	01	1,4
Não Preenchido	42	58,3
TOTAL	72	100

Fonte: Próprio autor, 2016

Na análise do primeiro item desse Bloco, os enfermeiros deveriam preencher no HE, se a criança apresentava alguma doença de base. As opções era Hipertensão Arterial (HA), Diabetes ou alguma doença congênita e descrevê-la segundo diagnóstico médico.

Pela tabela acima, 61,1% dos HE estavam preenchidos completamente, 6,9% com dados incompletos e 32,0% não preenchidos. Vale ressaltar que dentre os registros incompletos, os enfermeiros assinalavam que apresentava doença congênita, mas não a especificava. Além disso, registraram no campo da doença congênita, dados referentes aos antecedentes familiares da criança e foram encontradas respostas como tumor cerebral, avô paterno e hidrocefalia.

No item doenças da infância, deveriam descrever se a criança teve sarampo, rubéola, varicela, coqueluche, entre outras e referir a idade em que ocorreu. Aqui quase 70,0% preencheram o campo completamente, porém com muitos equívocos, pois consideraram anemia, cardiopatia, convulsão, gripe, nefropatia e pneumonia como doenças da infância.

Esse dado torna-se fundamental e importante para garantir que a criança seja vista em sua totalidade e não apenas pela queixa/doença que a levou à internação naquela UTIP e abrange o contexto social e familiar, permitindo ao

enfermeiro atuar indiretamente em questões da atenção básica em saúde, possibilitando sistematização da atenção e adoção de medidas necessárias ampliando o cuidado à criança no contexto da terapia intensiva (HIGUCHI *et al*, 2011).

No registro das internações anteriores, o enfermeiro assinalava com um 'X' afirmando ou negando a ocorrência de episódios de internações anteriores. Em caso positivo completava relatando o motivo da internação. O percentual de 72,2% dos HE, estava com registro completo, mas 13,9% incompletos, faltando o motivo da internação.

O mesmo resultado foi observado no registro das medicações em uso. Apesar de o enfermeiro ter assinalado que a criança fazia uso de medicações em 6,9% dos HE, entretanto, as mesmas não foram especificadas.

Dias *et al* (2011), descreveram que essas distorções e não conformidades nos registros de enfermagem, como ausência do registro das medicações, podem comprometer a qualidade do cuidado de enfermagem e a avaliação da evolução terapêutica dos pacientes.

Nos antecedentes familiares, deveria ser registrado doenças existentes no presente ou no passado em familiares e causas da morte por doença. Nesse item, 68,0% dos HE apresentaram registro completo e em 27,8% não houve registro.

O item final analisado diz respeito aos Hábitos de Vida da criança: sono/repouso, alimentares, oferta de líquidos, atividades de recreação (descrição/local), hábito intestinal e urinário. Em 58,3% dos HE não houve nenhum registro e 40,3% deles foi preenchido completamente, porém com algumas inconsistências, entre elas, considerar "estudante" e "doença da criança" como hábitos de vida.

No Bloco III do HE, encontram-se os dados referentes à História da Doença Atual com os itens: queixa principal, início dos sinais/sintomas, evolução da doença e tratamento atual, avaliados como descrito na Tabela 6:

Tabela 6. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco III do Histórico de Enfermagem correspondente a História da Doença Atual. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016

QUEIXA PRINCIPAL	N	%
Completo	57	79,2
Incompleto	06	8,3
Não Preenchido	09	12,5
TOTAL	72	100
INICIO DOS SINAIS E SINTOMAS	N	%
Completo	37	51,4
Incompleto	10	13,9
Não Preenchido	25	34,7
TOTAL	72	100
EVOLUÇÃO DA DOENÇA	N	%
Completo	46	63,9
Incompleto	12	16,7
Não Preenchido	14	19,4
TOTAL	72	100
TRATAMENTO ATUAL	N	%
Completo	51	70,8
Não Preenchido	21	29,2
TOTAL	72	100

Fonte: Próprio autor, 2016

No item queixa principal o preenchimento completo consiste na descrição dos principais sinais/sintomas da doença atual e a hipótese diagnóstica médica. Dos 72 HE analisados 79,2% foram caracterizados como preenchimento completo e os incompletos e não preenchidos totalizaram 20,8%.

Reforça-se que os profissionais de enfermagem precisam reconhecer a importância do relato adequado dos fatos e que os registros são permanentes, e, por isso, devem ser de melhor qualidade (FRANÇOLIN, 2012).

Nesse item, respostas como “POI de extração dentária”, “nome da cirurgia por extenso”, “Tratamento atual” e “uso de termos técnicos” foram considerados como queixa principal. O uso de termos técnicos na queixa principal deve ser substituído pela linguagem referenciada pelos pais.

No item “início dos sinais e sintomas”, o registro deveria ser realizado com a data do surgimento dos mesmos, porém 34,7% de ausência de registro dessa informação foi encontrado nos HE avaliados. Dentre as inconsistências nesse item, cita-se a descrição do sinal/sintoma, em vez de colocar a data de início destes, exemplo: febre, dor abdominal, crise convulsiva, dispneia, incontidência, entre outros.

Seguindo o preenchimento do HE, o próximo item é a “evolução da doença”, onde deveria ser relatado a sequência cronológica do avanço da doença, referindo as condutas tomadas em cada episódio. No HE, esse item é um campo aberto, com linhas em branco, para preenchimento do enfermeiro. Essa informação foi preenchida completamente em 63,9% dos HE, sendo que em 19,4% o espaço estava em branco sem nenhuma informação.

O último item analisado desse Bloco é o “tratamento atual” que diz respeito ao detalhamento da conduta terapêutica utilizada no momento da internação. Em 70,8% dos HE a informação estava completa, mas com inconsistências das quais se destacam: Cateterismo Cardíaco, Pós-Operatório Imediato de Laparotomia Exploradora, Cirúrgico, Clínico e Hidrocefalia. Os enfermeiros utilizando abreviaturas, em algumas vezes, classificam o tratamento em cirúrgico e clínico sem, entretanto, especificar a terapêutica.

Assim, no registro das informações desse bloco, especialmente, torna-se fundamental que o enfermeiro valorize os relatos do cliente/família, de modo que seja elaborado registro completo de sua condição de saúde (COSTA; PAZ; SOUSA, 2010). Assim sendo, Azevedo *et al* (2012), corroboram afirmando que os registros devem conter o máximo de informações corretas e completas sobre o estado de saúde dos pacientes, sejam referentes aos procedimentos realizados, suas necessidades e suas queixas.

O Bloco seguinte do HE é o Bloco IV que corresponde às Necessidades Psicobiológicas. Esse bloco é subdividido em dados relacionados a: Oxigenação; Hidratação/Nutrição/Eliminação/Regulação Hidroeletrólítica; Regulação Neurológica/ Exercício e Atividade Física/Mobilidade/Sono e Repouso/Mecânica Corporal/Locomoção; Cardiovascular; Cuidado corporal/Integridade física e cutaneomucosas/Segurança física; Abrigo/Ambiente; Regulação Térmica; Regulação Hormonal/Crescimento Celular/Sexualidade; Regulação imunológica; Terapêutica; Percepção dos órgãos dos sentidos e Dor.

Quanto à oxigenação a análise do registro no HE é demonstrada na Tabela 7:

Tabela 7. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a oxigenação. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016

Oxigenação	Completo	Incompleto	Não Preenchido
Frequência Respiratória	62 (86,1%)	-	10 (13,9%)
Tipo do tórax	47 (65,3%)	-	25 (34,7%)
Simetria do Tórax	65 (90,3%)	-	07 (9,7%)
Padrão Respiratório	65 (90,3%)	01 (1,4%)	06 (8,3%)
Ventilação Mecânica e Dispositivos	56 (77,8)	15 (20,8%)	01 (1,4%)
Ausculta Pulmonar	43 (59,7%)	15 (20,8%)	14 (19,5%)
Tosse	60 (83,3%)	05 (7,0%)	07 (9,7%)
Frêmito tóraco-vocal	42 (58,3%)	-	30 (41,7%)
Percussão	47 (65,3%)	-	25 (34,7%)
Dreno Torácico	41 (57,0%)	03 (4,1%)	28 (38,9%)

Fonte: Próprio autor, 2016

O primeiro item analisado foi a frequência respiratória, ou seja, anotar o número de incursões por minuto apresentadas no momento da admissão na UTI. O maior percentual dos HE encontrava-se com registro completo (86,1%) e 13,9% não preenchido.

No tipo de tórax os enfermeiros deveriam assinalar com um X, após a inspeção do tórax, uma das opções: em tonel, elíptico, *pectus excavatum*, *pectus*

carinatum, cifose e escoliose. Dessa forma, 65,3% dos registros foram caracterizados como completos. Quanto a simetria do tórax, se apresentasse mobilidade em ambos os hemitórax, seria definido como simétrico; se a mobilidade estivesse presente unilateralmente, seria assimétrico. Nesse campo, apenas sete formulários (9,7%) não registraram esse item.

O padrão respiratório, deveria ser preenchido com “X” de acordo com os seguintes padrões: superficial, profundo, eupneia, dispneia, bradipneia, taquipneia, batimento de asa de nariz (BAN), apneia, tiragem intercostal e músculos acessórios. Pela análise, 90,3% dos registros estava com preenchimento completo. Entretanto, com inconsistência, pois em um dos HE o enfermeiro assinalou simultaneamente as opções eupneia e apneia. Vale lembrar que **eupneia** é a frequência respiratória normal, variando de 12 a 20 irpm e **apneia** é o período de cessação da respiração com duração variável, podendo ocorrer brevemente durante outros distúrbios respiratórios, como na apneia do sono e ser potencialmente fatal quando sustentada (COELHO, 2010). Dessa maneira, um paciente não pode estar em eupneia e apneia simultaneamente, o que invalida a informação.

Na ventilação mecânica e dispositivos, o enfermeiro deveria assinalar um “X” nos parênteses que descreviam a modalidade da ventilação a que a criança estava submetida: espontânea, cateter de O₂ (e frequência em l/min), macronebulizador (e frequência em l/min), máscara de Venturi (com porcentagem), pronga nasal, ventilação mecânica (com descrição da modalidade e o percentual da fração inspirada de oxigênio). Nos dispositivos, as opções eram traqueostomia (TQT), tubo orotraqueal (TOT), tubo nasotraqueal (TNT), anotando-se o número do tubo e posição na qual estava fixada.

O maior percentual (77,8%) dos HE, constava registro completo desse item, mas foi observado que apesar de alguns enfermeiros marcarem a modalidade ventilação mecânica, não a caracterizaram. Em um dos HE estava marcado ventilação espontânea e o valor da fração inspirada de oxigênio (FiO₂), condição que nos faz inferir que se a criança encontrava-se em ventilação espontânea, o valor da FiO₂ não poderia ser determinada.

Outro item analisado foi quanto a ausculta pulmonar, onde era registrada a presença ou ausência (ou diminuição) de murmúrios vesiculares (MV) ou de ruídos

adventícios (RA): roncos, sibilos, estertores, crepitações e estridor deve ser registrada, informando a localização torácica.

Apesar de 59,7% dos HE apresentarem o registro completo, o número de registros incompletos foi considerável (20,8%), correspondendo a 15 HE. Dentre esses, em dois (02) HE o campo murmúrios vesiculares, ruídos adventícios ou ausculta não foi contemplado no registro.

Benedet e Brasil (2012), citam que faz parte das intervenções de enfermagem: realizar ausculta pulmonar, identificação de ruídos adventícios, avaliação do padrão respiratório, estando essas relacionadas à necessidade de oxigenação e que são informações importantes para a avaliação do paciente em terapia intensiva.

A tosse é um item cujo registro pode ser caracterizado como simples, bastando para tanto assinalar SIM ou NÃO, correspondendo a presença ou ausência do sinal e em seguida caracterizar se era produtiva ou improdutiva e a característica da secreção. Apesar de 83,3% de HE terem registros completos, houve inconsistências nos registros: ausência da caracterização da tosse e de marcação dos campos presença da tosse e produtiva ou improdutiva.

No próximo item, frêmito toracovocal e percussão, os enfermeiros avaliavam a sensação tátil de vibração do tórax durante a fala, marcando um "X" se estivesse preservado, aumentado ou diminuído. Pode estar aumentado (por exemplo, quando há condensação alveolar) e diminuído (quando há obstrução brônquica, pneumotórax e derrame pleural). Após a percussão do tórax deveriam assinalar o tipo de som produzido com uma das opções: claro pulmonar, maciço ou timpânico e especificar a localização. Caso não fosse possível realizar o exame, os enfermeiros teriam que informar registrando a informação. 58,3% de registros estavam completos e 41,7% de ausência de registros e no registro do frêmito, um grande percentual dos formulários também não foram preenchidos (34,7%).

O último item da oxigenação foi a presença de Dreno Torácico que deveria ser especificado a localização do mesmo, a data de inserção, o volume do selo d'água e as características da secreção. Nesse item, obteve-se um percentual elevado de HE com o dado não preenchido (38,9%). Em 57,0% o registro foi completo e 4,1% incompleto. Foi observado ausência na marcação da opção dreno torácico e suas caracterizações como data de inserção e volume do selo d' água.

De maneira geral, os registros correspondentes a Oxigenação estavam completos (maior percentual), porém com muitos registros incompletos, com alguma inconsistência e ausentes. Resultado também encontrado na pesquisa de Barral *et al* (2012), que constatou que o exame físico (onde estão inseridos os dados analisados), foi registrado de forma completa contendo dados vitais, ectopia, inspeção, ausculta e palpação, porém com 95,3% com registros de forma incompleta e em 3,2% inexistentes.

Os dados contidos da seção Hidratação/Nutrição/Eliminação/Regulação Hidroeletrolítica estão descritos na Tabela a seguir. O panorama de preenchimento dos HE a respeito desses itens, revela considerável número de registros incompletos e ausentes.

Tabela 8. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a Hidratação/Nutrição/Eliminação/Regulação Hidroeletrolítica. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016 - **continua**

Hidratação/Nutrição/Eliminação/ Regulação Hidroeletrolítica	Completo	Incompleto	Não Preenchido
Turgor	65 (90,3%)	-	07 (9,7%)
Mucosas	26 (36,1%)	38 (52,8%)	08 (11,1%)
Apetite	57 (79,2%)	-	15 (20,8%)
Dieta	53 (73,6%)	10 (13,9%)	09 (12,5%)
Resíduo Gástrico	37 (51,4%)	07 (9,7%)	28 (38,9)
Abdome	20 (27,8%)	49 (68,0%)	03 (4,2%)
Motilidade abdominal	52 (72,2%)	13 (18,0%)	07 (9,8%)

Tabela 8. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a Hidratação/Nutrição/Eliminação/Regulação Hidroeletrolítica. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016 - **conclusão**

Percussão abdominal	40 (55,6%)	-	32 (44,4%)
Palpação abdominal	40 (55,6%)	03 (4,2%)	28 (38,9%)
Dreno abdominal	37 (51,4%)	02 (2,8%)	33 (45,8%)
Eliminações intestinais	36 (50,0%)	06 (8,4%)	29 (40,3%)
Diurese	21 (29,2%)	45 (62,5%)	06 (8,3%)

Fonte: Próprio autor, 2016

No campo referente ao turgor, os enfermeiros deveriam assinalar com um “X” as seguintes opções: preservado, diminuído ou edema, especificando a característica e localização. Quando do registro de edema não foi descrito a caracterização do sinal ou inconsistência da informação. Em um dos HE o edema foi caracterizado como “desidratado”.

As informações sobre o item mucosas, eram para ser assinaladas as opções: úmidas ou secas, coradas ou hipocoradas. Porém em 52,8% dos HE apresentaram registros incompletos por assinalarem somente umidade ou apenas coloração.

No item abdome o preenchimento correspondia as opções: normotenso ou tenso; plano, globoso ou distendido; e se havia simetria ou não. Seria registro completo se estivesse assinalado as três caracterizações, porém o maior percentual foi de registro incompleto (68,0%), pois só constavam a tensidade ou simetria ou formato.

Uma importante informação mostrada na Tabela 8, diz respeito às eliminações intestinais. Em 40,3% dos HE esse registro não foi realizado. Nesse campo, deveria ser preenchida a frequência, o aspecto e outras características das eliminações intestinais, incluindo a data da última evacuação.

Na pesquisa de Costa, Paz e Souza (2010), que analisou o registro dos sistemas em uma UTI, o gastrointestinal não foi o sistema orgânico com melhor registro, ficando as eliminações intestinais registrada em 44% dos prontuários analisados. Assim, constata-se que, apesar da maioria das crianças em UTI Pediátrica internarem em decorrência de alterações de sistema orgânico, os registros acerca desses sistemas ainda precisam ser melhorados.

Na diurese, a informação estaria completa se a opção estivesse assinalada entre: espontânea, fraldas, coletor, sonda vesical de alívio, sonda vesical de demora e nesse último caso, especificar data de inserção. Porém o maior quantitativo de HE estava com registros incompletos (62,5%), devido a não especificação dos dispositivos e caracterização da sonda vesical de demora.

Torna-se indispensável o registro do item diurese, pois a maioria dos casos de infecção do trato urinário (ITU) hospitalar ocorre após procedimento de cateterização do trato urinário. Cerca de 80% das ITUs hospitalares são associadas ao uso de cateter vesical e 5 a 10% a outras manipulações do trato urinário. Aproximadamente 10% dos pacientes são cateterizados durante internação hospitalar, com duração média de 4 dias. Entre 10 a 20% dos pacientes cateterizados desenvolvem bacteriúria e 2 a 6 % desenvolvem sintomas de ITU. Sondagem urinária por período superior a sete dias é associada ao desenvolvimento de ITU em até 25% dos pacientes, com risco diário de 5% (RORIZ-FILHO, 2010). Portanto para esse controle é indispensável a caracterização da sondagem com data de inserção e aspecto completo da urina.

A Regulação Neurológica/Exercício e Atividade Física/Mobilidade/Sono e Repouso/Mecânica Corporal e Locomoção apresentados na Tabela 9 foi o item com maior percentual de registro completo. Porém, alguns itens, como Escala de Glasgow o registro não foi realizado como pode ser visualizado na Tabela 9:

Tabela 9. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a Regulação Neurológica/ Exercício e Atividade Física/ Mobilidade/ Sono e Repouso/ Mecânica Corporal/ Locomoção. UTI Pediátrica do HUMI. São Luís, 2016

Regulação Neurológica; Exercício; Atividade Física; Mobilidade; Sono Repouso; Mecânica Corporal Locomoção	Completo	Incompleto	Não Preenchido
Escala de Glasgow	46 (63,9%)	-	26 (36,1%)
Escala de Ramsay	39 (54,2%)	-	33 (45,8%)
Nível de Consciência	70 (97,2%)	-	02 (2,8%)
Fontanela	26 (36,1%)	36 (50,0%)	10 (13,9%)
Pupilas	58 (80,6%)	09 (12,5%)	05 (6,9%)
Atividade	64 (88,9%)	-	08 (11,1%)
Mobilidade	25 (34,7%)	-	46 (63,9%)
Sono	45 (62,5%)	-	27 (37,5%)
MMII/MMSS	34 (47,2%)	02 (2,8%)	36 (50,0%)
Locomoção	55 (76,4%)	-	17 (23,6%)

Fonte: Próprio autor, 2016.

Com a escala de Ramsay, o percentual (45,8%) de registros não preenchidos foi maior quando comparado com a Escala de Glogow. Trata-se de uma escala utilizada para avaliar o grau de sedação em pacientes, visando evitar a sedação insuficiente ou demasiadamente excessiva. Se a criança estivesse sedada, na aplicação do HE, deveria ser marcado não se aplica (N/A).

No registro da fontanela, 50,0% dos HE foram caracterizados como incompleto alcançando assim a maior frequência de incompletude considerando que

os enfermeiros deveriam assinalar se as mesmas apresentavam-se normal, abaulada, deprimida ou tensa com a caracterização da fontanela anterior e posterior se abertas ou fechadas. Mas, assinalaram apenas uma das opções.

No item nível de consciência, apesar de quase a totalidade (97,2%) dos registros do nível de consciência apresentarem-se completos os registros apresentaram inconsistências como marcação simultânea de 'sedado e inconsciente'; e de 'sedado e orientado'.

Nas pupilas, os enfermeiros deveriam retratar como as mesmas se encontravam (mióticas, midriáticas, isocóricas, anisocóricas e como elas reagem a luz). Nesse item 80,6% foram registradas de forma completa. Outro campo com um percentual maior de registro completo foi a atividade, onde era registrado o estado de atividade física da criança se ativo, hipoativo, reativo ao manuseio, reativo ao estímulo doloroso ou arreflexo.

A maior frequência de registro não preenchido correspondeu ao campo que descrevia os membros inferiores e superiores (50,0%). Ele diz respeito a presença de atrofias ou deformidades e quando houver o enfermeiro deve especificar o tipo e a localização.

Os registros das condições cardiovasculares podem ser visualizados na Tabela 10:

Tabela 10. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem corrtabelespondente a seção Cardiovascular. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016

Condições Cardiovasculares	Completo	Incompleto	Não Preenchido
Frequência Cardíaca (FC)	68 (94,4%)	-	04 (5,6%)
Pressão arterial (PA)	55 (76,4%)	01 (1,4%)	16 (22,2%)
Pressão Arterial Invasiva (PAI)	42 (58,3%)	-	30 (41,7%)
Pressão Arterial Pulmonar (PAP)	21 (29,2%)	-	51 (70,8%)
Pressão Venosa Central (PVC)	31 (43,1%)	-	41 (56,9%)
Perfusão periférica	67 (93,1%)	-	05 (6,9%)
Pulso	43 (59,7%)	21 (29,2%)	08 (11,1%)
Bulhas	14 (19,4%)		57 (79,2%)
Dispositivos e drenos	36 (50,0%)	03 (4,2%)	33 (45,8%)

Fonte: Próprio autor, 2016

Nesse Bloco, inicialmente, os enfermeiros deveriam registrar a frequência cardíaca, a pressão arterial, a PAI, PAP e PVC, essas três últimas se estivessem sendo monitoradas, caso contrário, passariam um traço no local destinado ao registro da informação. Os dois primeiros itens (FC e PA) tiveram seus valores registrados em 94,4% e 76,4% respectivamente. Apesar dessa informação ser adquirida diretamente dos monitores em 5,6% dos HE não constava o registro da FC e 22,2% da PA.

A monitorização hemodinâmica, torna-se fundamental, uma vez que busca a detecção precoce do desbalanço entre oferta e consumo de oxigênio e define preditores de sobrevida e identifica o risco, definindo a estimativa do prognóstico (MATSUNO, 2012). A autora afirma que os parâmetros clínicos incluem, principalmente, os pulsos periféricos, o enchimento capilar, a frequência cardíaca, a

pressão arterial, o nível de consciência e a diurese. Mas, a monitorização hemodinâmica, em especial nas cirurgias cardíacas, inclui o eletrocardiograma, a pressão arterial invasiva, a pressão venosa central, a oximetria de pulso e a capnografia. O emprego dessa monitorização complementar deve ser incorporada especialmente na assistência pediátrica, em operações corretivas ou paliativas complexas, e naqueles com suspeita de hipertensão pulmonar. Do mesmo modo a monitorização contínua da pressão da artéria pulmonar tem se mostrado fundamental no manejo pós-operatório e em outras cardiopatias complexas (MATSUNO, 2012).

No registro do pulso, os enfermeiros deveriam marcar a opção que retratasse a forma de apresentação do pulso da criança: cheio e filiforme, regular e irregular. Porém, em 29,2% dos HE os enfermeiros marcaram apenas a intensidade ou regularidade, o que tornou o registro incompleto.

No espaço referente a bulhas, teriam que descrever as características das bulhas cardíacas. Somente 19,4% dos HE estavam com registro completo, ficando a maior parte deles, 79,2% sem esse registro. Essa condição nos faz inferir que o enfermeiro não realizou ausculta cardíaca quando da admissão da criança na UTI.

Resultado semelhante encontraram Costa, Paz e Souza (2010), em seus estudos, que na utilização da ausculta cardíaca para a realização do exame físico, foi observada uma lacuna nos registros da ausculta cardíaca, e reforçaram que os sistemas cardiovascular e respiratório são os responsáveis pela maioria das internações e podem estar diretamente envolvidos na instabilidade do quadro clínico do cliente.

A ausculta cardíaca ou pulmonar são importantes avaliações que devem ser realizadas pelo enfermeiro. Partindo dessa afirmativa, o enfermeiro realiza o exame físico por meio das habilidades propedêuticas da ausculta, além da inspeção, palpação e percussão. Essas habilidades devem ser utilizadas para realizar a primeira etapa do PE (COSTA; PAZ; SOUZA, 2010).

O último item analisado da seção cardiovascular foi a presença de dispositivos e drenos. Deveriam ser descritos o tipo e localização de dispositivos e drenos quando existentes. Aqui o percentual de registros completos e não preenchidos foram semelhantes com 50,0% e 45,8% respectivamente. No estudo citado acima, os resultados foram déficit nos registros quanto a presença de cateteres, drenos e sondas. Registrar a presença destes indicadores é relevante devido à

ocorrência frequente de eventos adversos, como flebite, infiltrações, posicionamento inadequado e suas conseqüentes implicações de ordem clínica e legal (COSTA; PAZ; SOUZA, 2010).

Na análise da seção Cuidado corporal/Integridade física e cutaneomucosa e Segurança física são descritos na Tabela 11:

Tabela 11. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a seção Cuidado corporal/ Integridade física e cutaneomucosas/ Segurança física. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016

Cuidado corporal/Integridade física e cutaneomucosas/ Segurança física	Completo	Incompleto	Não Preenchido
Higiene	18 (25%)	53 (73,6%)	01 (1,4%)
Higiene Bucal	66 (91,7%)	02 (2,8%)	04 (5,5%)
Dentição	32 (44,4%)	-	40 (55,6%)
Couro Cabeludo	67 (93,1%)	-	05 (6,9)
Pele	32 (44,4%)	36 (50,0%)	04 (5,6%)
Lesões cutâneo-mucosas	61 (84,7%)	02 (2,8%)	09 (12,5%)
Tipo de acesso venoso	34 (47,2%)	34 (47,2%)	04 (5,6%)
Segurança Física	43 (59,7%)	13 (18,1%)	16 (22,2%)

Fonte: Próprio autor, 2016

Na análise da Higiene, os enfermeiros deveriam marcar satisfatória ou insatisfatória, descrever características do odor e data do último banho. Muitos registros foram caracterizados como incompletos (73,6%), devido à falta de registros do último banho e do odor. Na higiene bucal, marcariam satisfatória ou insatisfatória, e se havia gengivite, cáries ou língua saburrosa. Por fim, na dentição marcariam completa ou incompleta. Essa última informação 55,6% dos HE não foi preenchido.

Quando passamos à análise da Pele, os enfermeiros registraram o que estava sendo observado: íntegra, normocorada, hipocorada, hiperemia, cianótica ou icterícia. 44,4% tiveram registro completo e 50,0% incompleto. Esse último, ocorrido pelo não registro da coloração ou da integridade da pele. Também deveriam descrever a presença de lesões cutâneo-mucosas, especificando aspecto, quantidade e localização. Nesse item, 84,7% dos HE estavam com registro completo e os dois incompletos descreviam presença de úlcera de pressão, porém não a caracterizaram nem foi descrito a localização.

No tipo de acesso venoso, o enfermeiro teria de assinalar com 'X' a opção que retratava o acesso venoso: AVP (acesso venoso periférico), CVC (cateter venoso central), PICC (cateter venoso de inserção periférica) ou dissecação venosa, escrevendo sua característica e localização do acesso.

Destaca-se aqui que 47,2% dos HE foram definidos como registros incompletos, pois só foi assinalada a opção do acesso, mas não caracterizava ou descrevia a localização. Importante relatar que essa informação é de grande valia, pois facilita a detecção de extravasamento e infiltração no acesso venoso, ficando a equipe de enfermagem responsável por prevenir e detectar precocemente os fatores de risco para estas complicações, oferecendo os cuidados para sua prevenção e tratamento (MODES *et al*, 2011).

Por fim, nessa seção, foram avaliados os itens da segurança. As opções para marcação eram: risco de infecção, risco de queda (utilizado o protocolo prevenção de quedas da Anvisa), risco de aspiração ou risco para surgimento de úlceras (avaliado o risco de desenvolvimento de úlcera por meio da escala de Braden Q e anotar a pontuação no espaço pontilhado). Dos HE, 18,1% estavam incompletos, por marcarem o risco de desenvolvimento de úlcera e não pontuarem na escala de Braden.

Bavaresco, Medeiros e Lucena (2011), reforçam que entre os fatores de risco que expõem os pacientes a desenvolverem úlcera de pressão (UP), destacam-se o déficit de mobilidade e/ou sensibilidade, fricção e cisalhamento, edema, umidade, idade, doenças sistêmicas, medicação, deficiência nutricional, comprometimento neurológico e distúrbios metabólicos. As UPs acometem, principalmente, os pacientes hospitalizados, os quais estão frequentemente, expostos aos fatores de risco citados.

Além disto, a deficiência de intervenções preventivas representa uma das principais complicações. Dentre os mais atingidos por este problema se destaca os internados em unidades de terapia intensiva (UTI).

Com isso, torna-se evidente a necessidade da enfermagem desenvolver conhecimentos e habilidades para realizar uma avaliação adequada das condições da pele e a partir dela implementar cuidados, a fim de prevenir lesões e restaurar as já instaladas (BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2011).

Quanto aos itens Abrigo, Ambiente e Regulação Térmica estão caracterizados na Tabela a seguir:

Tabela 12. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a seção Abrigo, Ambiente e Regulação Térmica. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016

Itens	Completo	Incompleto	Não Preenchido	Total
Abrigo e Ambiente	57 79,2%	10 13,9%	05 6,9%	72 100,0
Regulação Térmica	53 73,6%	13 18,1%	06 8,3%	72 100,0

Fonte: Próprio autor, 2016

Nesse item, o enfermeiro deveria assinalar o tipo de acomodação da criança se berço aquecido ou cama ou se estava ou não em isolamento. O resultado foi que 79,2% dos HE foram caracterizados com preenchimento completo, 13,9% com registro incompleto e 6,9% não preenchido. Dos incompletos, não constava especificação se a criança estava ou não em isolamento.

Na regulação térmica o registro completo consistiu em registrar o valor da temperatura axilar no momento do exame físico e o estado de regulação térmica da criança e assinalar se a condição era de normotermia, hipotermia, hipertermia, tremores, calafrios e sudorese. Nesse item os resultados foram os seguintes: 73,6% dos HE com registro completo, 18,1% com registro incompleto e 8,3% não preenchido.

Em relação a seção Regulação hormonal, Crescimento celular e sexualidade tem-se:

Tabela 13. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a seção Regulação Hormonal, Crescimento Celular e Sexualidade. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016

Regulação Hormonal/ Crescimento Celular/ Sexualidade	Completo	Incompleto	Não Preenchido
Glicemia capilar	46 (63,9%)	02 (2,8%)	24 (33,3%)
Peso	56 (77,8%)	-	16 (22,2%)
Altura/Estatura	32 (44,4%)	-	40 (55,6%)
Escore-Z	14 (19,4%)	-	53 (73,6%)
Índice de Massa Corpórea (IMC)	17 (23,6%)	01 (1,4%)	48 (66,7%)
Perímetro Cefálico	22 (30,6%)	01 (1,4%)	49 (68,0%)
Perímetro Torácico	23 (32,0%)	01 (1,4%)	48 (66,6%)
Perímetro Abdominal	24 (33,3%)	01 (1,4%)	47 (65,3%)
Alterações no desenvolvimento	44 (61,1%)	02 (2,8%)	26 (36,1%)
Puberdade	53 (73,6%)	02 (2,8%)	17 (23,6%)
Genitália	50 (69,4%)	02 (2,8%)	20 (27,8%)

Fonte: Próprio autor, 2016

Pelo panorama da Tabela 13, grande número de HE sem preenchimento. A medida dos perímetros cefálico, torácico e abdominal, em sua maior parte não foram preenchidos. Em 77,8% o registro do peso foi completo e em 22,2% não foi registrada. Por consequência, a ausência dessa informação gera registros em branco no campo

do Índice de Massa Corpórea e Escore-Z, pois para o cálculo destes, depende do valor do peso.

A seção Regulação imunológica é subdividida em quatro itens: alergias, doenças imunossupressoras, doenças autoimunes e calendário vacinal completo. Aqui, deveria ser assinalado se a criança apresentava alergias e especificá-la; se apresentava doenças imunossupressoras, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), por exemplo; doenças autoimunes, como lúpus, artrite, entre outras; e se o calendário vacinal estivesse completo. Caso alguma vacina estivesse em atraso o enfermeiro deveria descrever. Se as quatro categorias estivessem preenchidas completamente, o registro da regulação imunológica era considerado completo. 65,3% dos registros foram caracterizados como completos e 23,6% estavam incompletos e 11,1% de registros não preenchidos. No item terapêutica, os enfermeiros registravam a necessidade da ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com o objetivo de promover, manter e/ou recuperar a saúde. Não se restringia à necessidade de terapêutica medicamentosa. Subdividia-se em quatro itens: medicamentos, cirurgias, exames de imagem/laboratoriais e especialistas. O maior percentual foi de registros incompletos (41,7%), pois os enfermeiros e 30,5% não foi preenchido. A seção Percepção dos órgãos dos sentidos subdivide-se em cinco itens: olhos, reflexo do piscar, focaliza olhar em objetos/pessoas, presença de secreção ocular e de secreção no ouvido. Nos olhos deveria ser assinalado a simetria (simétricos ou assimétricos), se o reflexo do piscar estava ausente ou presente, se focalizava olhar em objetos ou pessoas e se havia secreção ocular ou no ouvido, seguido do tipo de secreção se estivesse presente. O maior percentual foi de 59,7% de registros completos (o enfermeiro preencheu os cinco itens), 33,3% de registros incompletos e 7,0% de registros não preenchidos. A importância do preenchimento desta seção se dá por conter informações relevantes, para o exame neurológico da criança.

A dor é a última seção do Bloco IV do HE. Os enfermeiros deveriam assinalar se o paciente localizava estímulo doloroso, relato verbal da dor e a expressão facial da criança. Este último deveria ser marcado no formulário conforme o “desenho da carinha” que representasse a expressão facial da criança. Nesse item 51,4% com registro completo, 41,7% incompletos e 6,9% não preenchido e foram identificadas algumas inconsistências como descritas na Tabela 14:

Tabela 14. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco IV do Histórico de Enfermagem correspondente a seção Dor. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016

Dor	n	%
INADEQUAÇÕES NO REGISTRO DA DOR		
Apenas expressão facial	01	3,3
Apenas localiza estímulo doloroso	02	6,7
Apenas relato verbal da dor	01	3,3
Faltou expressão facial	21	70,0
Faltou localizar estímulo doloroso	02	6,7
Faltou relato verbal da dor	03	10,0

Fonte: Próprio autor, 2016

Em 70% dos HE, os enfermeiros não registraram a expressão facial de dor. Lembra-se que, a sintomatologia álgica repercute negativamente na evolução do paciente, traz prejuízos funcionais e orgânicos, refletindo na dificuldade do paciente em restabelecer seus parâmetros vitais adequados, tais como a capacidade respiratória, térmica e cárdio-circulatória (MIRANDA *et al*, 2011). Dessa maneira, as repercussões da dor devem ser identificadas mediante avaliação das queixas, associada à avaliação física para identificar alterações biológicas. Por isso é importante que seja avaliada multidimensionalmente, facilitando a mensuração e, validando a expressividade que ela proporciona na situação clínica do paciente (MIRANDA *et al*, 2011).

No Bloco V do Histórico de Enfermagem, estão as Necessidades Psicossociais, subdivididas em cinco seções: Amor Gregária; Comunicação/ Atenção/ Educação à Saúde; Aceitação/ Auto-Estima/ Autorealização/ Autoimagem/ Segurança Emocional; Recreação/ Lazer/ Sociabilidade/ Participação/ Criatividade/ Liberdade e Espaço.

Tabela 15. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco V do Histórico de Enfermagem correspondente às Necessidades Psicossociais. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016

Necessidades Psicossociais	Completo	Incompleto	Não Preenchido
Amor Gregária	23 (31,2%)	42 (58,3%)	07 (9,7%)
Comunicação/Atenção/Educação à Saúde	33 (45,8%)	27 (37,5%)	12 (16,7%)
Aceitação/ AutoEstima/ Autorealização/ Autoimagem/ Segurança Emocional	52 (72,2%)	01 (1,4%)	19 (26,4%)
Recreação/ Lazer/Sociabilidade/ Participação/ Criatividade/ Liberdade	32 (44,4%)	20 (27,8%)	20 (27,8%)
Espaço	35 (48,6%)	25 (34,7%)	12 (16,7%)

Fonte: Próprio autor, 2016

Quanto à primeira seção, referente ao Amor/Gregária, é composta de três itens: vínculo mãe-filho, tipo de família e rede de apoio. No primeiro deveria ser assinalado se o vínculo estava estabelecido, se frágil, visita dos pais, conforto com toque dos pais e se a família demonstra amor, afeição e delicadeza. No tipo de família há a classificação nuclear (pais e filhos), estendida (pais, filhos, avós, primos, tios), reconstituída (pai e mãe que ao separar-se leva seu filho para formar nova família com madrasta/padrasto ou pais separados). E a rede de apoio era a descrição da rede de apoio da criança e da família.

Do total dos HE 31,9% de registros completos, 58,3% de registros incompletos e 9,7% não preenchido.

O segundo item, referente aos dados da Comunicação, Atenção e Educação à Saúde, é subdividido em comunicação gestual/corporal, comunicação verbal, conhecimento dos pais sobre a doença/terapêutica e seguimento da terapêutica.

A comunicação gestual/corporal deveria ser assinalada se a criança apresentasse esse tipo de comunicação; na comunicação verbal, havia a opção não se aplica, normal (criança conversando normalmente) e prejudicada (quando ela se

comunica normalmente mas há um impeditivo no momento, como intubação). No conhecimento dos pais teriam de assinalar a opção satisfatório ou insatisfatório após questioná-los sobre o conhecimento que eles possuíam da doença/terapêutica. Por fim o segmento da terapêutica era o seguimento ou não da terapêutica indicada para o tratamento e acompanhamento da doença da criança. Nesse campo, a soma dos registros incompletos e não preenchidos foi maior que o de registro completo que foi de 45,8%.

Na Aceitação, Auto-Estima, Autorealização, Autoimagem e Segurança Emocional, os enfermeiros teriam que assinalar quais as opções observadas: confiança, enfrentamento, estabilidade ou instabilidade emocional, agressividade, ansiedade, medo, aceitação de modificação física e resiliência. Por ser uma resposta mais direta e fácil de detectar, os registros no HE estavam completos em 72,2% deles.

Quanto aos itens referentes a Recreação, Lazer, Sociabilidade, Participação, Criatividade e Liberdade, deveriam ser assinalados se a interação da criança era satisfatória ou insatisfatória; se participavam dos grupos sociais; a facilidade de estabelecer vínculos; a prática de atividades recreativas, especificando quais o paciente costuma ou costumava praticar e o rompimento de vínculos, especificando com quem, o quê, e quais as razões. Apenas 44,4% estavam com registros completos e 27,8% desse campo não preenchido.

O último item do bloco V, são os dados do Espaço, onde estão: residência (própria, alugada ou outro), número de moradores ou cômodos, tipo de moradia (alvenaria, taipa, madeira ou outro), área (urbana ou rural), água encanada (sim ou não), eletricidade (sim ou não), coleta de lixo (sim ou não) e rede de esgoto (sim ou não). O resultado encontrado foi de 48,6% de registros completos, 34,7% de registros incompletos e 16,7% não preenchidos.

Neves e Shimizu (2010) asseveram que os enfermeiros demonstram pouca preocupação com relação à coleta e análise de dados voltados para as necessidades psicossociais, fato que pode estar relacionado com as dificuldades de avaliação das condições subjetivas do cliente durante a execução do Histórico de Enfermagem.

O Bloco VI, é o das Necessidades Psicoespirituais, constituído pelos itens: Religião; Frequência que participa das atividades religiosas; Necessita da presença de líder espiritual; Batizado; Desejo de ser batizado. Nesse bloco os resultados foram os seguintes:

Tabela 16. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco VI do Histórico de Enfermagem correspondente às Necessidades Psicoespirituais. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016

Necessidades Psicoespirituais	n	%
Completo	42	58,3
Incompleto	20	27,8
Não Preenchido	10	13,9
TOTAL	72	100

Fonte: Próprio autor, 2016

Nas respostas deveriam constar: o tipo de religião praticada pelo paciente ou família: católica, evangélica, testemunha de Jeová, Adventista ou outra; relatar a assiduidade em atividades religiosas; se necessitava ou não de líder espiritual; se era batizado, se não fosse, se desejaria ser. O maior percentual foi de registros completos (58,3%), 27,8% incompletos com ausência das respostas de um dos itens acima.

No último bloco ou Bloco VII estão os Dados Relevantes e Observações do Enfermeiro, onde constam as situações/necessidades identificadas e consideradas importantes pelo enfermeiro e que não foram contempladas nas demais opções do HE. Ao final do HE o enfermeiro deveria datar utilizando o padrão dia/mês/ano, referir a hora do preenchimento, assinar e carimbar. O espaço destinado às observações e dados relevantes, foi pouco utilizado. Apenas 33,3% dos HE estavam preenchidos completamente e 66,7% não preenchido. Quanto à identificação do enfermeiro (registro do nome, do número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), carimbo e data de preenchimento):

Tabela 17. Avaliação do preenchimento dos Itens do Bloco VII do Histórico de Enfermagem correspondente aos Dados do Enfermeiro. UTI Pediátrica/HUMI. São Luís, 2016

Dados do Enfermeiro	Completo	Incompleto	Não Preenchido
Nome do Enfermeiro	62 (86,1%)	01 (1,4%)	09 (12,5%)
COREN	50 (69,4%)	01 (1,4%)	21 (29,2%)
Carimbo	44 (61,1%)	-	28 (38,9%)
Data e Hora do Preenchimento	54 (75,0%)	08 (11,1%)	10 (13,9%)

Fonte: Próprio autor, 2016

A maioria dos HE constava o registro completo desses itens, entretanto, em 94 dos HE os itens nome do enfermeiro, COREN, carimbo, data e hora do preenchimento (12,5%, 29,2%, 38,9% e 13,9% respectivamente).

Essas lacunas no preenchimento foram citadas na pesquisa de Maziero *et al* (2013), no qual a identificação de autoria do cuidado estava ausente, assim como data e hora do registro. Também foi identificada em um estudo realizado em um hospital geral privado na zona leste de São Paulo, em que o nome do autor nos registros de enfermagem e outros dados, como profissão e COREN, foram considerados incompletos em 53% dos prontuários analisados; 12,0% não apresentou identificação do enfermeiro; e em 35,0% dos HE estava completo.

5.4 CONVERGÊNCIA DOS DADOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS

Costa, Paz e Souza (2010), citam que quando o PE é realizado periodicamente obtém-se a avaliação do progresso do cliente e as suas respostas frente às intervenções realizadas. Pimpão *et al* (2010), corrobora que ao utilizar a SAE na prática de enfermagem através do PE, o enfermeiro deverá dominar conhecimentos sobre semiologia e semiotécnica, para conquistar mais subsídios para planejar assistência mais eficaz, individualizada, resolutiva e integral.

Todavia, os resultados no manejo do HE da UTIP pesquisada nenhum bloco do referido instrumento estava com registro completo produzindo registros falhos, incompletas ou em branco. Vale lembrar, como dito anteriormente, que informação não registrada é informação perdida, e a escassa documentação sugere má prática na enfermagem.

Portanto, é importante que os registros de enfermagem sejam realizados adequadamente, para assim subsidiar a prática do enfermeiro além de permitir financiamentos e reembolsos pelas instituições financiadoras e podem ser utilizados em processos judiciais que envolvem aspectos legais, éticos, científicos e educacionais. Dessa maneira, devem ser completos e bem feitos, pois acima de tudo, indicam qualidade do cuidado de enfermagem (COSTA, PAZ e SOUZA, 2010).

Nesse contexto, foram identificadas diversas divergências com o conteúdo presente nas falas dos enfermeiros que afirmam que “o HE é importante, pois conta como começou a doença que levou o paciente a estar internado naquele momento, a história de vida do paciente e família (fatores socioeconômicos, tipo de moradia, grau de instrução...). Mas na avaliação do preenchimento dos itens do HE vê-se grande número de registros incompletos e não preenchidos.

Outro confronto são as respostas dos enfermeiros classificando algumas informações como desnecessárias no HE (apetite, higiene, último banho, puberdade, comunicação, aceitação/autoestima, recreação/lazer). Alegaram que as informações do item ‘terapêutica’ são confusas e outras encontram-se duplicadas como no item ‘espaço’, pois essas informações já constavam na Ficha do Serviço Social. Estas alegações, embora incoerentes, pode justificar o número de HE com registros incompletos e não preenchidos nesses campos.

Nas falas dos enfermeiros foi descrito que “através dessa fase (HE) podemos conhecer melhor nosso cliente, estabelecer vínculos de confiança, identificar as alterações psicossociais e espirituais e prosseguir definindo metas ou prescrições de enfermagem, avaliando o paciente e realizando registro. E ao mesmo tempo que “muitas perguntas são pertinentes e importantes. Mas, algumas não acho necessárias, como autoestima, necessidades psicoespirituais, no espaço: se a residência é própria ou não e a metragem da área e nº de cômodos”. Os enfermeiros reconheceram que é imprescindível identificar as alterações psicossociais e

espirituais, e ao mesmo tempo, essa informação se torna motivo dificultador no manejo do HE. Tornam-se contraditórios.

Face ao exposto, os dados deste estudo possibilitaram reflexão acerca da importância do registro realizada pelos enfermeiros no cotidiano da assistência, bem como da necessidade de implementação e qualificação dos mesmos, pois constituem a base para as demais etapas do PE.

6. CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu aliar duas perspectivas para identificar como o manejo do Histórico de Enfermagem tem sido conduzido pelos enfermeiros da terapia intensiva pediátrica: a subjetiva relevada pelas percepções dos enfermeiros relativas ao Processo de Enfermagem e a objetiva identificada pela análise da qualidade dos registros.

O caminho percorrido não foi simples, mas permeado por complexas situações que por um lado foi aspecto dificultador, mas por outro revelou potencialidades para vencer dificuldades e limitações. Foi possível, na trajetória da pesquisa, articular o pensar e o agir de colegas enfermeiros, até então desconhecidos, mas que trabalharam juntamente comigo, na análise dos registros de enfermagem e no manejo do Histórico de Enfermagem.

Apesar da temática da pesquisa ainda despertar resistências dos enfermeiros, alguns possuíam a mesma inquietação e que prezavam pela melhoria na qualidade da assistência. Mas trabalhar com a SAE é complexo e o registro das informações em cada uma de suas etapas, ainda não se configura, na prática, como parâmetro para evidenciar a qualidade da assistência prestada.

Dessa forma os registros de enfermagem devem considerar o paciente holisticamente, em sua totalidade, e não de forma parcial, priorizando, por exemplo, as necessidades biológicas, ressaltando o modelo biomédico da assistência.

Partindo do pressuposto que os enfermeiros em suas falas reconhecem o Histórico de Enfermagem como suporte do Processo de Enfermagem e instrumento para o planejamento e gestão do cuidado, o que encontramos foram registros incipientes quanto às informações necessárias ao levantamento de dados da criança gravemente enferma. Essa condição acarreta, na maioria das vezes, atraso na tomada de decisões, considerando que há muitas lacunas nas informações dos pacientes. Observou-se com a pesquisa que nenhuma dimensão do Histórico de Enfermagem foi preenchida completamente, nem o bloco de Identificação, por exemplo.

Com isso, torna-se fundamental, que os enfermeiros, redimensione a sua prática assistencial e a maneira de registrar as informações, pois o Histórico de Enfermagem apoiado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de

Aguiar Horta permite ao enfermeiro planejar um cuidado individualizado e ampliado ultrapassando a dimensão biológica e o automatismo tão presentes no contexto da terapia intensiva.

Esperamos que essa pesquisa possa contribuir tanto para o serviço como para a vida profissional dos enfermeiros. Que eles tenham propósitos mais consistentes e valorativos da prática da enfermagem e suscite reflexões sobre a forma da assistência e o registro da mesma, valorizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem e suas etapas, em especial o Histórico de Enfermagem, foco dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

AMANTE, L. N.; ROSSETO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em UTI sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2009; 43(1):54-64.

ARAÚJO, T. M.; ARAUJO, M. F. M.; CAETANO, J. A.; GALVÃO, M. T. G.; DAMASCENO, M. M. C. Diagnóstico de Enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera de pressão. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 4, p. 671-676, 2011.

ARRUDA, E. H. P.; ORTIZ, T. A.; PINHEIRO, D. O. Importância do Autoconhecimento dos Grupos Sanguíneos (ABO e Rh) de Alunos de Tangará da Serra-MT. Cuiabá, **Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 199-202, 2013.

AZEVEDO, L. M. N.; OLIVEIRA, A. G.; MALVEIRA, F. A. S.; VALENÇA, C. N.; COSTA, E. O.; GERMANO, R. M. A Visão da Equipe de Enfermagem sobre seus Registros. **Rev. Rene** v. 13, n. 1, p. 64-73, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

_____. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRAL, L. N. M.; RAMOS, L. H.; VIEIRA, M. A.; DIAS, O. V.; SOUZA, L. P. S. Análise dos Registros de Enfermagem em Prontuários de Pacientes em um Hospital de Ensino. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 188-193, 2012.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R. H.; LUCENA, A. F. Implantação da Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 703-710, dez. 2011.

BENEDET, A. S.; BUB, M. B. C. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA**. 2 ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BENEDET, S. A.; BRASIL, N. A S
Sistematização da Assistência de Enfermagem e as Necessidades de Cuidados de Pacientes Internados em Terapia Intensiva. Santa Catarina, **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 3, n. 2, 2012.

BOUSSO, R. S.; SERAFIM, T. S.; MISKO, M. D. Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 1-7, mar./abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em <URL:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 10 jan. 2015.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 280-9, abr-jun, 2009.

CAVALCANTE, R. B.; OTONI, A.; BERNARDES, M.F. V. G., CUNHA, S. G. S.; SANTOS, C. S.; SILVA, P. C. Experiências de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 461-471, 2011.

CEIA, M. L. M.; CESAR, J. A. Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre, v. 55, n. 3, p.244-249, 2011.

CHAVES, L. D.; SOLAI, C. A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2013.

COA, T. F.; PETTINGILL, M. A. M. A Experiência de Vulnerabilidade da Família da Criança Hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. São Paulo, **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 825-832, 2011.

COELHO, W. **Assistência de Enfermagem na Monitorização Hemodinâmica**. In: *Manuais para provas e concursos de Enfermagem*. Ed. Sanar, v. 2, p. 13-26, 2015.

COSTA, S. P.; PAZ, A. A.; SOUZA, E. N. Avaliação dos Registros de Enfermagem quanto ao Exame Físico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 62-69, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DIAS, T. C. L.; SANTOS, J. L. G.; CORDENUZZI, O. C. P.; PROCHNOW, A. G. Auditoria em Enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p.931-937, set./out. 2011.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 265-272, abr./jun. 2010.

FRANÇOLIN, L.; BRITO, M. F. P.; GABRIEL, C. S.; MONTEIRO, T. M.; BERNARDES, A. A Qualidade dos Registros de Enfermagem em Prontuários de Pacientes Hospitalizado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.79-83, 2012.

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. Contribuições das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev. Bras. Enf.**, v. 57, n. 2, p. 228-232, 2004.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev. Enf.**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 188-93, jan-mar. 2009.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. Porto Alegre: Penso, 2012.

HIGUCHI, C. H.; FUJIMORI, E.; CURSINO, E. G.; CHIESA, A. M.; VERISSIMO, M. D. L. O. R.; MELLO, D. F. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) na Prática de Enfermeiros Egressos da USP. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 241-247, jun. 2011.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. Com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos.

INACIO, C. C. N.; CHAVES, E. M. C.; FREITAS, M. C.; SILVA, A. V. S.; MONTEIRO, A. R. Diagnósticos de Enfermagem em unidades de alojamento conjunto. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 894-899, 2010.

LIMA, L. R. *et al.* Proposta de instrumento para coleta de dados de Enfermagem em uma UTI fundamentado em Horta. **Rev. Eletr. de Enferm.** Minas Gerais, v. 08, n. 03, p. 349-57, 2006.

LUCENA, A. F.; GUTIERREZ, M. G. R.; ECHER, I. C.; BARROS, A. L. B. L. Intervenções de Enfermagem utilizadas na Prática Clínica de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, set./out. 2010.

LUÍS, F. F. *et al.* A Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. *Rev. Eletr. Enf.* v.12, n.4, p. 655-9, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8642/8486>> Acesso em: 10 fev. 2016.

MALUCELLI, A; OTEMAIER, KR; BONNET, M; CUBAS, MR; GARCIA, TR. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 629-636, jul./ago. 2010.

MARQUES, D. K. A., MOREIRA, D. A. C., NOBREGA, M. M. L. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. **Rev. Enf. UFPE OnLine**, v. 4, n. 2, p. 410-416, 2008.

MARQUES, D. K. A; MOREIRA, GAC; NOBREGA, MML. Análise da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. **Journal of Nursing UFPE**, v. 4, n. 2, p. 410-416, 2008.

MATSUNO, A. K.; Parada Cardíaca em Crianças. São Paulo, **Medicina**, v. 45, n. 2, p. 223-233, 2012.

MAZIERO, V.G.; VANNUCHI, M. T. O.; HADDAD, M. C. L.; VITURI, D. W.; TADA, C. N. Qualidade dos Registros dos Controles de Enfermagem em um Hospital Universitário. **Rev Min. Enferm.** 2013, v. 17, n. 1, p. 165-170.

McEWEN, M. Visão Geral da Teoria na Enfermagem. In: McWEN, M; WILLS, E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, Cap 2. p. 48 – 73, 2009.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev Gaúcha Enferm.**, vol. 33, n. 3, p. 174-181, 2012.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e Vulnerabilidade do Enfermeiro na Prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista da Escola Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 2011, v.45, n. 4, p. 953-958.

MIRANDA, A. F. A.; SILVA, L. F.; CAETANO, J. A.; SOUSA, A. C.; ALMEIDA, P. C. Avaliação da Intensidade de Dor e Sinais Vitais no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 327-333, 2011.

MODES, P. S. S. A.; GAIVA, M. A. M.; ROSA, M. K. O.; GRANJEIRO, C. F. Cuidados de Enfermagem nas Complicações da Punção Venosa Periférica em Recém-Nascidos. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 324-332, abr./jun. 2011.

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

MOURA, E. R. F.; FRANCO, E. S.; FRAGA, M. N. O.; DAMASCENO, M. M. C. Produção científica em saúde da mulher na Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil 1993-2002. **Rev. Cienc. Enferm.** v.11, n. 2, p. 59-70.

NANDA internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2012-2014. Tradução: Regina Machado Garcez; Revisão Técnica: Alba Lúcia Bottura Leite de Barros *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2012. 606 p.

NASCIMENTO, K. C.; BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. São Paulo, **Rev. Esc. Enferm.**, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**: What it is and what it is not. New York: DoverPublications. 1959. Disponível em <https://archive.org/details/notesnursingwhat00nigh>. Acesso em 05.11.2014.

PADILHA, E. F.; HADDAD, M. C. F. L.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos Registros de Enfermagem em Terapia Intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 239-245, abr./jun. 2014.

PAGANIN, A.; MENEGAT, P.; KLAFKE, T.; LAZZAROTTO, A.; FACHINELLI, T. S.; CHAVES, I. C.; SOUZA, E. N. Implantação do Diagnóstico de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: uma análise periódica. **Rev Gaúcha Enf**, Porto Alegre, v. 31, n.2, p. 307-313, 2010.

PEREIRA, J. C.; STUCHI, R. A. G.; ARREGUY-SENA, C. Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem pelas Taxonomias NANDA/NIC/NOC para o Diagnóstico de Conhecimento Deficiente. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 74-81, 2010.

PIMPAO, F. D.; LUNARDI FILHO, W. D.; VAGHETTI, H. H.; LUNARDI, V. L. Percepção da Equipe de Enfermagem sobre seus registros: buscando a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Enferm. da UERJ**, Rio de Janeiro, 2010, v. 18, n. 3, p. 405-410.

QUIRINO, D.D.; COLLET, N.; NEVES, A. F. G. B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 300-306.

RAMALHO NETO, J. M.; FONTES, W. D.; NOBREGA, M. M. L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 535-542, 2013.

REMINZOSKI, J.; ROCHA, M. M.; VALL, J. Dificuldades na Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: uma revisão teórica. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 03, p.01-14, 2010.

RIBEIRO, A. A. M. “No Meio e Misturado”: o moreno como identificação de cor entre estudantes de uma escola pública. **Conjectura**, v. 15, n. 1, jan./abr. 2010.

RODRIGUES, P. F.; AMADOR, D. D.; SILVA, K. L.; REICHERT, A. P. S.; COLLET, N. Interação Entre Equipe De Enfermagem e Família na Percepção dos Familiares de Crianças com Doenças Crônicas. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 781-787, out./dez. 2013.

RORIZ-FILHO, J. S.; VILAR, F. C.; MOTA, L. M., LEAL, C. L.; PISI, P. C. B. Infecção do Trato Urinário. São Paulo, **Medicina**, v. 43, n. 2, p. 118-125, 2010.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. **Processo de Enfermagem: a ideologia da rotina e da utopia do cuidado individualizado**. In: CIANCUARULLO, T.I. (Org.). Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Ícone, 2001.

SANTOS, F. D.; CUNHA, M. H. F.; ROBAZZI, M. L. C. C.; PEDRAO, L. J., SILVA, L. A.; TERRA, F. B. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, vol. 6, n. 1, 2010.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, P. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 64, n. 2, p. 355-358, 2010.

SANTOS, M. G. P. S.; MEDEIROS, M. M. R.; GOMES, F. Q. C.; ENDERS, B. C. Percepção de Enfermeiros sobre o Processo de Enfermagem: uma integração de estudos qualitativos. **Rev. Rene**, vol. 13, n. 3, p. 712-723, 2012.

SANTOS, D. M. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos. São Luis, 2014. 169 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão.

SCHAURICH, D; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área 1998-2007. **Esc. Anna Nery Rev. Enf.** 2010; 14(1):182-88.

SILVA, M. G.F. S. Registro de Enfermagem no Prontuário em um Hospital Universitário: uma busca pela humanização do cuidado. Natal, 2011. 98 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SILVA, E. G. C.; OLIVEIRA, V. C.; NEVES, G. B. C.; GUIMARAES, T. M. R. G. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 45, n.6, p. 1380-1386, 2011.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 178-178, 2011.

SILVA, L. G.; JODAS, D. A.; BAGGIO, S. C.; VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Prescrição de Enfermagem e Qualidade do Cuidado: um estudo documental. **Rev. Enferm. UFSM**, 2012 vol. 2, n. 1, p. 97-107.

TANNURE, M. C. **Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o Processo de Enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos** [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Escola de Enfermagem.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

THEME FILHA, M. M.; DAUMAS, R. P.; ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; ENGSTROM, E. M. Análise da Tuberculose em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 169-176, 2012.

TRUPPEL, T. C.; MEIER, M. J.; CALIXTO, R. C.; PERUZZO, S. A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-7, mar-abr. 2009.

VÉRAS, R. M.; VIEIRA, J. M. F.; MORAIS, F. R. R. Maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, abr./jun. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

A observação será realizada em todos os turnos de trabalho da UTI Pediátrica do HUMI inclusive aos sábados e domingos e será guiada pelos seguintes tópicos:

1. Como os enfermeiros lidam com o Histórico de Enfermagem nas suas práticas assistenciais na UTIP?
2. Que comentários são feitos pelos enfermeiros relativos ao Histórico de Enfermagem?
3. Os enfermeiros têm domínio para manejar o Histórico de Enfermagem?
4. Que limitações os enfermeiros alegam quando da utilização do Histórico de Enfermagem?
5. Que atitudes assumem ao fazer o Histórico de Enfermagem quando da admissão de crianças na UTI?

Importante: Ao final de cada período de observação anote tudo que viu, ouviu e percebeu.

APÊNDICE C – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM IMPLANTADO NA UTI PEDIÁTRICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA UTI PEDIÁTRICA

1. IDENTIFICAÇÃO					
Nome:					
Idade:		Sexo: F () M ()		Cor/raça:	
Grupo ABO:		Frequenta escola/creche? Sim () Não ()		Escolaridade:	
Procedência:		Endereço:		Nome da mãe:	
Acompanhante:		Parentesco:			
2. ANTECEDENTES					
Doenças de base: Diabetes () HAS () Congênitas () Quais?					
Doenças da infância:					
Internações anteriores? Sim () Não () Motivo:					
Medicações em uso? Sim () Não () Quais?					
Antecedentes familiares:					
Hábitos de vida:					
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL					
Queixa principal:					
Evolução da doença:					
Início dos sinais/sintomas:					
Tratamento atual:					
4. NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS					
4.1 OXIGENAÇÃO					
FR irpm Tórax: Simétrico () Assimétrico ()					
Tipo: Em tonel () Elíptico () Pectus excavatum () Pectus carinatum () Cifose () Escoliose ()					
Padrão Respiratório:					
Superficial ()		Profunda ()		Eupneia ()	
BAN ()		Apneia ()		Dispneia ()	
Ventilação:		Tiragem intercostal ()		Tiragem subcostal ()	
Espontânea ()		Cateter de O ₂ ()		L/min	
Ventilação Mecânica ()		Macronebulizador ()		L/min	
Modalidade:		Máscara de Venturi ()		Prongas nasal ()	
FiO ₂%		Dispositivos: TQT () TOT () TNT () N ^o Posição:			
Ausculta Pulmonar: Murmúrios vesiculares					
Ruídos adventícios:					
Tosse: Sim () Não () Produtiva () Improdutiva () Característica da secreção:					
Sialorreia () Frêmito: Preservado () Diminuído () Aumentado ()					
Percussão: Claro-pulmonar () Maciço () Timpânico ()					
DT () Localização:					
Data de Inscrição:/...../..... Selo d'água: mL					
4.2 HIDRATAÇÃO/ NUTRIÇÃO/ ELIMINAÇÃO/ REGULAÇÃO HIDROELETROLÍTICA					
Turgor: Preservado () Diminuído () Edema () Característica:					
Sede () Olhos fundos () Mucosas: Úmidas () Secas () Coradas () Hipocoradas ()					
Apetite: Normal () Aumentado () Diminuído () Não se aplica ()					
Dieta: Sim () Não () Tipo/via e forma de administração/volume/intervalo:					
Resíduo gástrico: Vômito () características:					
Abdome: Normotenso () Tenso () Plano () Globoso () Distendido () Assimétrico? Sim () Não ()					
Motilidade: Presente () Ausente () Diminuída () Aumentada ()					
Percussão: Timpânico () Hipertimpânico () Maciço () Sinal de Piperote ()					
Palpação: Massas/Tumorações () Dor () Visceromegalias () Quais?					
Ileostomia () Colostomia () Dreno: Cateter:					
Eliminações intestinais:					
Diurese: Espontânea () Fralda () Coletor () SVA () SVD () Data da inserção/...../.....					
Quantidade/aspecto/frequência:					
4.3 REGULAÇÃO NEUROLÓGICA/ EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA/ MOBILIDADE/ SONO E REPOUSO/ MECÂNICA CORPORAL/ LOCOMOÇÃO					
Escala de GLASGOW valor: pontos Prejudicada () motivo:					
Escala de RAMSAY valor: pontos Não se aplica ()					
Nível de consciência:					
Sedado ()		Sonolento ()		Alerta ()	
Inconsciente ()		Torporoso ()		Comatoso ()	
Orientado ()		Desorientado ()		Confuso ()	
Fontanela:					
Normal ()		Abaulada ()		Deprimida ()	
Anterior:		Aberta ()		Fechada ()	
Pupilas:		Tensa ()		Posterior:	
Mióticas ()		Aberta ()		Fechada ()	
Midriáticas ()		Isocóricas ()		Anisocóricas ()	
Fotorreativas ()		Fixas ()			
Atividade:					
Ativo ()		Hipoativo ()		Reativo a manuseio ()	
Reativo ao estímulo doloroso ()		Arreflexo ()			
Hipotonia ()		Hipertonia ()		Distonia ()	
Espasmos ()					
Mobilidade: Convulsão () Tipo:					
Movimentação e flexão dos membros ()		Movimentos bruscos ()			
Regular ()		Irregular ()		Choro ()	
Agitação ()		Vigília ()			
MMSS/MMII: Deformidades () Atrofias () Tipo:					
Locomoção: Restrito ao leito () Outro () Especificar:					
4.4 CARDIOVASCULAR					
FC: bpm PA: mmHg PAI: mmHg PAP: mmHg PVC: mmHg					
Perfusão periférica: Preservada () Diminuída () Pulso: Cheio () Filiforme () Regular () Irregular () Baquetamento digital ()					
Sopros () Arritmia () Bradicardia () Taquicardia ()					
Dispositivos e drenos:					

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE ANÁLISE DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DA UTI PEDIÁTRICA

Nome: _____ Data Admissão na UTIP: _____
 Prontuário: _____ Hora Admissão: _____
Legenda
 PC: Preenchimento Completo NP: Não preenchido
 PI: Preenchimento Incompleto NA: Não se aplica

DADOS	PC	PI	NP	NA	OBSERVAÇÃO
1. IDENTIFICAÇÃO					
Nome					
Leito					
Prontuário					
D.N.					
Idade					
Sexo					
Cor/Raça					
Admissão hospital					
Admissão UTIP					
Grupo ABO					
Escola/creche					
Escolaridade					
Telefone					
Procedência					
Nome da mãe					
Endereço					
Acompanhante					
Parentesco					
2. ANTECEDENTES					
Doenças de base					
Doenças de infância					
Internações anteriores					
Medicações em uso					
Antecedentes familiares					
Hábito de vida					
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL					
Queixa principal					
Início dos sinais/sintomas					
Evolução da doença					
Tratamento atual					

DADOS	PC	PI	NP	NA	OBSERVAÇÃO
4. NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS					
FR					
Tipo do tórax					
Simetria do tórax					
Padrão respiratório					
Ventilação					
Ausulta pulmonar					
Tosse					
Frêmito					
Percussão					
Dreno torácico					
Turgor					
Edema					
Mucosas					
Apetite					
Dieta					
Resíduo gástrico/Vômito					
Abdome					
Motilidade					
Percussão					
Palpação					
Dreno/cateter abdominal					
Eliminações intestinais					
Diurese					
Escala de GLASGOW					
Escala de RAMSAY					
Nível de consciência					
Fontanela					
Pupilas					
Atividade					
Mobilidade					
Sono e repouso					
MMSS/MMII					
Locomoção					
FC					
PA					
PAI					
PAP					
PVC					
Perfusão periférica					

DADOS	PC	PI	NP	NA	OBSERVAÇÃO
Pulso					
Bulhas					
Dispositivos cardíacos					
Higiene					
Higiene bucal					
Dentição					
Couro cabeludo					
Pele					
Lesões cutaneomucosas					
Tipo de acesso venoso					
Segurança física					
Abrigo/ambiente					
Regulação térmica					
Regulação hormonal					
Peso					
Altura/estatura					
Escore-s					
IMC					
Perímetro cefálico					
Perímetro torácico					
Perímetro abdominal					
Alterações no desenvolvimento					
Puberdade					
Genitália					
Regulação Imunológica					
Terapêutica					
Percepção dos órgãos dos sentidos					
Dor					
5. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS					
Amor/Gregária					
Comunicação/Atenção/ Educação à saúde					
Aceitação/ Autoestima/ Segurança emocional					
Lazer/ recreação					
Espaço (residência)					
6. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAL					
Religiosidade					

DADOS	PC	PI	NP	NA	OBSERVAÇÃO
7. ENFERMEIRO					
Observações					
Nome/Assinatura					
COREN					
Carimbo					
Data e hora de preenchimento (colocar data e hora)					

Coletador: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE E – SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA DO HUUFMA

De: Francisca Georgina Macedo de Sousa

Coordenadora do Projeto de Pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica: uma pesquisa convergente assistencial

A: Coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa do HUUFMA

Dra. Dorlene Cardoso de Aquino

Prezada Coordenadora,

Dirijo-me a esta Coordenação para solicitar a anuência desse Comitê de Ética para inclusão do nome de JAYNARA MENEZES SOUSA PINHEIRO, enfermeira, discente da turma 2014.1 do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, como membro da equipe executora do projeto de Pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica: uma pesquisa convergente assistencial. Ressalta-se que o referido projeto foi aprovado por esse Comitê (CAAE: 14068213.5.0000.5086 e Parecer número: 258.249 datado de 29 de abril de 2013).

A inclusão da discente se justifica em virtude do seu projeto de Mestrado “DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UTI PEDIÁTRICA: ampliando o cuidado a crianças gravemente enfermas e suas famílias” vincular-se ao macro projeto acima identificado cuja proposta visa a continuidade na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário Materno-Infantil.

Anexo a esta solicitação o Parecer da COMIC e do Comitê de Ética.

São Luís 17 de novembro de 2014

Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa

Docente UFMA

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: MANEJO E PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Meu nome é Jaynara Menezes Sousa Pinheiro, sou enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada Histórico de Enfermagem: manejo e percepções de enfermeiros no contexto da terapia intensiva pediátrica, sob orientação da Professora Doutora Francisca Georgina Macedo de Sousa. Essa pesquisa é uma das etapas da investigação Sistematização da Assistência de Enfermagem em UTI Pediátrica: uma Pesquisa Convergente Assistencial iniciada na UTI Pediátrica em 2013 que tem como objetivo a implementação do Processo de Enfermagem nesse serviço, tendo como meta os processos facilitadores para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. A primeira etapa foi concluída em meados de 2014 com a implantação do Histórico de Enfermagem. A partir de janeiro de 2015 o objetivo da pesquisa será dirigido para implantação dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem por meio do raciocínio clínico. Para tanto, o processo precisa ser dinâmico, sistemático e interativo para que os diagnósticos e as intervenções ultrapasse a simples enumeração de problemas e envolva avaliação crítica para a tomada de decisão. Portanto, o seu envolvimento e participação contínua serão as principais ferramentas para o processo de pesquisa. Para a coleta de dados será realizada observação participante e, em algum momento poderão ser realizadas entrevistas individuais, encontros e discussões grupais para dirimir problemas e negociar possibilidades para implantação dessa etapa do Processo de Enfermagem. O processo de pesquisa e implantação transcorrerá em um período máximo de dez meses a contar de janeiro de 2015. A sua participação será voluntária e não lhe trará qualquer ônus ou benefício financeiro. Caso você não tenha interesse em participar da pesquisa, isto não acarretará nenhum prejuízo às suas atividades profissionais ou relacionais com os pesquisadores. Você estará livre para desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, mesmo que previamente tenha concordado. Você poderá também tirar todas as dúvidas nas diversas etapas da pesquisa ou deixar de

participar de qualquer etapa ou de responder a qualquer pergunta que julgar imprópria. Todas as informações obtidas serão sigilosas e confidenciais e serão publicadas em anais de eventos e em publicações científicas, preservando sempre a identidade de todos os sujeitos. Os benefícios relacionados com a sua participação serão principalmente: aumentar o conhecimento científico sobre o processo de cuidado sistemático de Enfermagem; construção de diagnósticos de Enfermagem que extrapolem a dimensão biológica e alcance a criança na sua multidimensionalidade assim como a sua família; dimensionar as intervenções de enfermagem e qualificar os registros de Enfermagem. Caso você concorde em participar deste estudo, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido será assinado em duas vias de igual teor, uma cópia ficará em seu poder, onde constam o endereço e telefone do pesquisador para caso precise entrar em contato para possíveis esclarecimentos sobre esse trabalho e a outra cópia ficará arquivada por 5 anos.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo assim como os benefícios e riscos de participação do mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador e todas foram respondidas satisfatoriamente. Eu, por intermédio deste, dou meu consentimento para participar do estudo. Recebi uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

São Luís - MA, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante




Assinatura do Pesquisador Responsável

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Materno Infantil.
Rua Silva Jardim, 215 – Centro. CEP: 65.021-000. São Luís – MA. 4º andar: UTI Pediátrica.
Telefone 98 2109 1263 e celular 98 8159 1020

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário
Rua Barão de Itapary, 227 – Centro. CEP 65070-020. São Luís – MA.
Unidade Presidente Dutra – 4º andar.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer da Comissão Científica do Hospital Universitário da UFMA

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO COMISSÃO CIENTÍFICA - COMIC			
PARECER CONSUBSTANCIADO		Nº do Protocolo: 005664/2012-00 Data de Entrada no COMIC: 11/12/2012 Nº do Parecer: 10/2013 Parecer: APROVADO			
NATUREZA DO PROJETO					
Graduação () Especialização () Mestrado (x) Doutorado () Serviço/HUUFMA () Outros ()					
I - Identificação:					
Título-Sistematização da assistência de enfermagem em uti pediátrica: uma pesquisa convergente assistencial.					
Identificação do Pesquisador Responsável: Francisca Georgina Macedo De Souza.					
Identificação da Equipe Executora: Francisca Georgina Macedo De Souza, Danilo Marcelo Araújo Dos Santos					
Unidade do HUUFMA onde será realizado: HUMI					
Sector de realização UTI Pediátrica					
Cooperação estrangeira: Não		Multicêntrico: Não			

II – Objetivos: Desenvolver encontros científicos e/ou oficinas de sistematização da assistência de enfermagem com a equipe de enfermagem da Unidade de terapia Intensiva pediátrica, elaborar os instrumentos que fundamentam o Processo de Enfermagem, apoiar os enfermeiros na tomada de decisões, subsidiar e acompanhar as etapas do processo de implantação da SAE e buscar meios para superar os entraves, implantar a sistematização da assistência de enfermagem na UTI pediátrica do HUUFMA.

III - Resumo do projeto: Pesquisa Convergente Assistencial, os 13 enfermeiros lotados na UTI pediátrica configuram-se como potenciais sujeitos da pesquisa, local do estudo será a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Materno Infantil, no período de janeiro a outubro de 2013 (conforme registro no cronograma) após o parecer favorável para realização da pesquisa os profissionais serão convidados a participarem de uma exposição da proposta de pesquisa e aqueles que desejarem participar do estudo assinará o termo de consentimento. Relevância do estudo é para o enfermeiro tenha conhecimento tanto em profundidade como em amplitude influenciando diretamente no cuidado sistêmico, passando a aperfeiçoar habilidades técnicas e científicas e a identificação das necessidades das crianças hospitalizadas.

IV - Parecer Substantiadox **APROVADO** COM PENDÊNCIA RETIRADO (Em caso de retirada descrever o motivo) NÃO APROVADO (Em caso de não aprovado descrever o motivo)

Sugiro que o cronograma seja alterado pois a execução das etapas propostas não poderão iniciar em janeiro de 2013, o projeto ainda irá para o comitê de ética

Em caso de pendência:

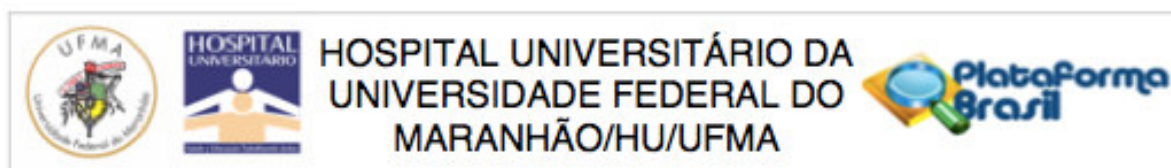
1. Atualizar CD-ROM após atendimento das pendências
2. As pendências deverão ser atendidas no máximo em 30 dias, após esse prazo o protocolo será arquivado.

São Luís, 24 de Janeiro de 2013

Prof. Dra. Arlene de Jesus Mendes Caldas
 Coordenadora da COMIC

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
 Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão
 Tel: (98) 2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI PEDIÁTRICA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Pesquisador: FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14068213.5.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 258.249

Data da Relatoria: 19/04/2013

Apresentação do Projeto:

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste no desenvolvimento de uma metodologia da prática do enfermeiro. Dessa forma, o processo de enfermagem é considerado um instrumento de trabalho essencial a todas as abordagens de enfermagem, pois promove o cuidado humanizado dirigido a resultados e impulsiona o profissional a pensar criticamente o seu fazer e a refletir como fazê-lo. Trata-se de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) caracterizada pela propriedade de articulação teórica com a prática assistencial em saúde, possibilitando ao profissional de enfermagem cuidar, ensinar e pesquisar de modo associado. A análise dos dados será apoiada pelos pressupostos da Análise Temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. As três etapas da Análise Temática serão seguidas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na etapa de Pré-Análise será realizada a leitura exaustiva das entrevistas (leitura flutuante), seguida da organização do material. Na segunda etapa será realizada a exploração do material, que consiste na organização do núcleo de compreensão do texto com a categorização resultante do processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Facilitar encontros científicos e/ou oficinas de sistematização da assistência de enfermagem com a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Elaborar os instrumentos que

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

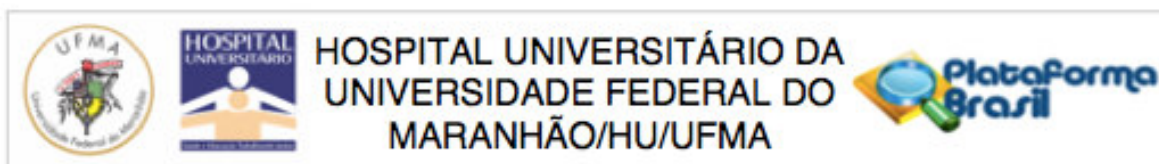
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



fundamentam o Processo de Enfermagem; Apoiar os enfermeiros na tomada de decisões; Subsidiar e acompanhar as etapas do processo de implantação da SAE e buscar meios para superar os entraves; Implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem na UTI Pediátrica do HUUFMA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são associados aos aspectos emocionais devido ao compartilhamento de informações pessoais ou à identificação de lacunas de conhecimento do sujeito no processo de enfermagem.

Os benefícios são referidos pela possibilidade de contribuir com o conhecimento científico influenciando a busca pelo desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências necessárias para a escolha do embasamento teórico e o envolvimento da equipe de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante trazendo contribuições para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências necessárias na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, importante instrumento de trabalho para promover o cuidado humanizado por meio de uma metodologia da prática do enfermeiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de apresentação obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) orçamento. Trata-se de uma pesquisa-ação uma abordagem metodológica específica, que permite interferências na realidade por meio de discussões e elaboração de estratégias, onde pesquisadores e sujeitos da situação investigada buscam transformações.

Recomendações:

Não há.

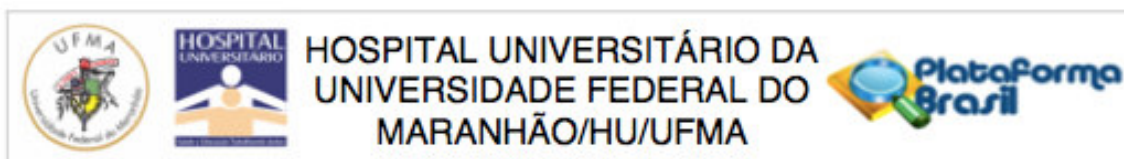
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo é considerado aprovado por atender aos requisitos da Resolução nº 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/ MS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução nº 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 29 de Abril de 2013

Assinador por:

**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)**

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br