



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

**AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
EM NEONATOLOGIA**

JOÃO PAULO CAMPELO CONCEIÇÃO

Março
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

**AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
EM NEONATOLOGIA**

João Paulo Campelo Conceição

Orientadora

Prof^ª Dra. Francisca Aline Arrais Sampaio Santos

Março
2016

JOÃO PAULO CAMPELO CONCEIÇÃO

**AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO SOBRE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, como requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Francisca Aline Arrais Sampaio Santos.

Nota atribuída em: _____ / _____ / _____

BANCA AVALIADORA

Prof.^a Dra. Francisca Aline Arrais Sampaio Santos (orientadora)

Universidade Federal do Maranhão–UFMA

Prof.^a Dra. Adriana Gomes Nogueira Ferreira (1º examinador)

Universidade Federal do Maranhão–UFMA

Enfermeiro Fabrício Augusto Chaves Rocha

Bacharel em Enfermagem

Marla de Sousa Rosa Bertolla

Bibliotecária CRB/13 684

Conceição, João Paulo Campelo da

Avaliação de um protocolo sobre diagnósticos de enfermagem em neonatologia / João Paulo Campelo da Conceição. - Imperatriz, 2016.

22f.

Orientadora: Prof^a Dra. Francisca Aline Arrais Sampaio Santos
Artigo científico (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia de Imperatriz Maranhão (CCSST) Campus Avançado do Bom Jesus / Universidade Federal do Maranhão (UFMA), 2016.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Enfermagem neonatológica. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Protocolos de enfermagem. I. Título.

AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA

João Paulo Campelo conceição¹
Francisca Aline Arrais Sampaio Santos²

Resumo

Entende-se que a implementação de protocolos de cuidado faz-se necessária para direcionar e aperfeiçoar a prática de um serviço de saúde, sobretudo, no contexto dos cuidados intensivos. O presente estudo tem o objetivo de avaliar um instrumento para levantamento de diagnósticos de enfermagem em neonatologia. Estudo qualitativo realizado durante os meses de julho de 2015 a março de 2016 com cinco enfermeiros. Utilizou-se um questionário para verificar a exequibilidade, abrangência, aparência, compreensão, entre outras informações do protocolo avaliado para determinação dos diagnósticos de enfermagem neonatal. Para revisar o conteúdo das considerações dos sujeitos foi realizada a codificação dos temas-chaves segundo a técnica de análise de conteúdo. Os sujeitos da pesquisa consideraram o instrumento adequado, abrangente, e de fácil utilização, porém extenso.

Palavras chave: Diagnostico de enfermagem; Enfermagem; Protocolos.

¹Aluno do Curso de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. E-mail: joaopaulo_fras@hotmail.com

² Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. E-mail: alinearraissantos@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Define-se diagnóstico de enfermagem (DE) como o julgamento clínico das experiências/respostas de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a problemas de saúde referente os processos de vida reais ou potenciais. A partir dele é possível alcançar os resultados que são de responsabilidade do enfermeiro. Nesse sentido, o DE é de suma importância na sistematização da ação de enfermagem (SAE), já que ele subsidia dados para que o enfermeiro possa nortear o seu cuidado, não só na fase da prescrição de enfermagem, mas em todas as fases subsequentes, embasando as intervenções de enfermagem (NANDA, 2015).

Acredita-se que o ato de diagnosticar, levando em conta sua necessidade em toda sistematização da ação de enfermagem, deve ser realizada com pensamento crítico, pois visa promover a melhoria da prática assistencial com base no conhecimento científico, utilizando habilidades do pensamento sistematizado, favorecendo a tomada de decisão clínica a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do paciente, família ou comunidade (BORK, 2005).

Assim, faz-se necessário para o enfermeiro, o qual determinará o DE, uma boa fundamentação teórica sobre os achados clínicos, experiência na área de atuação e conhecimento acerca da taxonomia dos diagnósticos. Para isso, a tomada de decisão em enfermagem deve também ser baseada na percepção e intuição, na busca por elaborar julgamentos baseados nas evidências identificadas, a partir de informações sobre um problema de saúde ou um processo vital (DEL ANGELO et al., 2010; BITTENCOURT, CROSSETI, 2013).

O DE proporciona ao enfermeiro a capacidade de cuidar do paciente de forma holística, já que cada cliente terá de ser avaliado individualmente. O uso do DE implica dizer que o enfermeiro agrega conhecimento específico ao pensamento clínico, pois deverá associar sinais e sintomas às características definidoras e aos fatores relacionados na formulação de um diagnóstico de enfermagem.

Diante desse contexto, um instrumento norteador baseado na SAE deve abranger e coletar todas as informações referentes às necessidades básicas do paciente, favorecendo a implantação da sistematização em enfermagem e não induzir o enfermeiro a uma assistência mecânica e fragmentada. Deve ainda direcionar o enfermeiro sem que o mesmo perca a visão da totalidade do indivíduo e facilitar também o trabalho do profissional, tornando a documentação mais rápida e dinâmica (SILVA et al., 2012).

Uma vez que a UTI neonatal é um ambiente no qual é cobrado do enfermeiro uma assistência rápida, bem fundamentada e criteriosa, por se tratar de pacientes em estado grave, precisando de cuidados específicos de toda equipe de saúde, o DE pode ser uma ferramenta para facilitar o cuidado e direcionar melhor as ações de enfermagem. Portanto, em um ambiente de terapia intensiva, as necessidades, que são o foco do cuidado de enfermagem, são mais complexas, pois os pacientes exigem avaliações críticas e ágeis, planos de cuidados abrangentes e serviços bem coordenados com outros profissionais da saúde (VARGAS et al.2007).

Nesse sentido, pacientes neonatos apresentam uma fase da vida que desperta muitas preocupações, pois possuem muitas fragilidades, e há a necessidade de interpretar os sinais normais de sua adaptação ao meio extrauterino e os sinais de anormalidade. Vale salientar que a aplicação da sistematização de enfermagem favorece essa percepção e fornece meios para desenvolvimento de estratégias validas e bem fundamentadas para a manutenção da saúde do recém-nascido (LIMA et al. 2009).

Levando em consideração a importância da SAE e a facilidade que um protocolo de avaliação clínica proporciona para sua implantação, a enfermagem carece ainda de instrumentos norteadores padronizados para guiar seu cuidado, que possibilitem uniformizar a linguagem e proporcionar a melhora da comunicação da equipe, além de facilitar o estabelecimento do cuidado ao paciente (DEL ANGELO et al., 2010).

Assim, faz-se importante submeter os instrumentos de enfermagem a um processo de revisão e adequação a fim de obter dados e julgamentos mais padronizados, coerentes com a especificidade de cada paciente e fundamentados na ciência da enfermagem. Entendendo que o ato de adequar um protocolo clínico nada mais é do que o ajuste deste a realidade que se deseja contemplar.

Ao submeter um protocolo ao processo de revisão e adequação tem-se a possibilidade de aproximar esse instrumento as evidências clínicas e também a oportunidade de avaliar a funcionalidade do mesmo no setor ao qual se destina. Sendo esse processo imprescindível no setor de UTI neonatal, devido à vulnerabilidade do público alvo. Assim, deve-se avaliá-lo a fim de considerar o contexto da população, as condições do ambiente hospitalar e as especificidades do instrumento de modo a embasar as estratégias do cuidado de enfermagem (PASCHOALIN et al., 2013).

Além disso, uma revisão de protocolos pode promover maior adesão da sua inclusão na prática clínica, pois os enfermeiros podem desempenhar melhor suas

atividades a partir de um guia estruturado, objetivo e compreensivo. Buscou-se com esse trabalho avaliar um protocolo de levantamento de diagnóstico de enfermagem neonatal, considerando a importância de o instrumento refletir a realidade que ele propõe a avaliar.

PERCUSSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um hospital materno infantil do Nordeste brasileiro durante os meses de julho de 2015 a março de 2016. O local possui atendimento público e apresenta 63 leitos de unidade de terapia intensiva divididos em cuidados intermediários, graves e de canguru neonatal. Tal instituição conta com uma equipe de 12 enfermeiros que se revezam no sistema de plantão nas unidades neonatais.

A pesquisa foi realizada com cinco enfermeiros que adequaram-se aos seguintes critérios de recrutamento: ter pelo menos dois anos de formação em enfermagem; atuar em unidade de terapia intensiva neonatal há mais de três meses; participar de pelo menos dois dos quatro encontros do curso de formação sobre a sistematização da assistência de enfermagem promovido pelo curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão em parceria com a coordenação da Educação Continuada do local da pesquisa. Como critérios de exclusão considerou-se: encontrar-se de férias ou afastado do trabalho no período da pesquisa.

O protocolo avaliado de levantamento de Diagnósticos de Enfermagem (Anexo A) foi apresentado aos enfermeiros (as) da instituição para ser avaliado quanto a sua exequibilidade, abrangência, adequação à rotina da instituição pesquisada, sobre suas impressões preliminares, facilidade de entendimento, possíveis dificuldades encontradas na utilização e quanto a disponibilidade do enfermeiro em aplicar o instrumento na prática clínica. Também se indagou sobre a possibilidade de alguma alteração sugerida pelas enfermeiras.

Para isso, a coleta dos dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário dividido em duas seções. A primeira consistiu de um formulário sócio demográfico para caracterização dos participantes e a segunda seção abrangeu questões referentes à avaliação do instrumento proposto, com questões objetivas apresentando três alternativas que a ser justificadas. Tal instrumento teve o objetivo de identificar o pensamento/julgamento dos participantes acerca do protocolo avaliado. Havendo também questões subjetivas e pessoais que discorreram sobre a adequação do

instrumento, sua abrangência, extensão, sobre a compreensão das participantes referente ao instrumento, dificuldades na sua aplicação, possibilidade da sua utilização nas suas funções diárias, necessidade de alteração do mesmo, execução do raciocínio diagnóstico, tempo dispensado para formular o pensamento diagnóstico e sobre o preparo das participantes para utilização do instrumento referido. Foi recomendado aos participantes que a apreciação do protocolo só deveria ocorrer após sua aplicação em pelo menos cinco pacientes internados, a fim de favorecer o julgamento quanto a aplicabilidade do instrumento.

Foi recomendado as participantes da pesquisa que utilizassem o protocolo de determinação de diagnósticos de enfermagem com no mínimo cinco neonatos antes de responder ao questionário de avaliação, para o levantamento dos dados da pesquisa. Assim, seguiu-se os seguintes passos: primeiramente ocorreu a utilização de um instrumento de coleta de dados validado para nortear a investigação dos dados de anamnese e exame físico, favorecendo a determinação do DE (LIMA et al., 2009). Em seguida, houve a utilização do protocolo de determinação do diagnóstico de enfermagem (ROCHA, 2015) e por fim, o preenchimento do questionário de avaliação deste último instrumento.

A respeito da análise dos dados utilizou-se o processo de codificação aberta, em que as opiniões foram examinadas minuciosamente e divididas em diferentes partes, comparação e identificação das semelhanças e diferenças. Assim o conteúdo levantado foi agrupado para criação de categorias possibilitando a interpretação das impressões das participantes (LOBIONDO-WORD; HABER, 1998)

Este estudo compreendeu parte de um projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o número 1.140.640, respeitando os princípios éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Todos os participantes deste estudo foram do sexo feminino com média de idade de 38,5 anos. Das integrantes da pesquisa, 4 (quatro) possuíam remuneração de três a quatro salários mínimos (valor atual do salário mínimo equivalia a R\$ 880,00). Destaca-se que as cinco enfermeiras trabalhavam na área administrativa além de atenderem na assistência ao paciente. A média de tempo de formação em enfermagem foi de 6,2 anos e o tempo de trabalho na instituição pesquisada foi de 6,8 anos em média. O maior grau

de formação entre as participantes foi de mestrado citado por 2 (duas) enfermeiras da amostra, sendo a especialização em cuidados materno infantil citada por 3 (três) enfermeiras.

As informações coletadas foram divididas nas seguintes categorias: Tamanho do instrumento; tempo para aplicação; conhecimento prévio, treinamento da equipe e integralidade do instrumento.

Tamanho do instrumento

Referente à adequação do instrumento para a aplicação clínica na neonatologia, quatro enfermeiras consideraram o instrumento adequado, pois o mesmo favorece a identificação do diagnóstico de enfermagem. Porém, ressaltaram a necessidade de resumir-lo, levando em consideração o tempo disponível para os enfermeiros atenderem aos bebês que estão sob seus cuidados com o uso do formulário proposto. Uma sugestão apontada foi a informatização do instrumento para facilitar sua utilização. Conforme ilustrado pelas seguintes falas:

“[...] facilita a identificação dos diagnósticos” (Enfermeira 2);

“[...] uma vez que a abordagem dos diagnósticos é importante, no entanto, resumir-lo é fundamental para aplicação clínica em virtude da rotina, outra opção é informatizar o processo.” (Enfermeira 4).

Quando questionadas sobre o tamanho do instrumento, algumas enfermeiras o consideraram muito extenso e ressaltaram a importância de mais uma vez resumir-lo. Mas levando em consideração que o formulário foi considerado adequadamente abrangente, pois os diagnósticos presentes no instrumento também estão presentes na prática clínica, podemos concluir que sintetizá-lo seria uma tarefa desafiante a ser realizada, implicando na eventual perda de conteúdo e possibilidade de prejuízo à assistência ao paciente. Mas, ao mesmo tempo, pode-se investir em uma nova aparência do protocolo tornando seu preenchimento mais prático e objetivo. Ademais, outras enfermeiras também consideraram o instrumento de tamanho satisfatório, prático e de fácil uso. Como se pode verificar nas falas a seguir:

“É prático.” Enfermeira 3;

“Poderia ser ainda mais resumido.” Enfermeira 5.

Referente a indagação se após a utilização do instrumento sentiram a necessidade de realizar alguma alteração no mesmo, as enfermeiras relataram que não há alterações a serem feitas, pelo fato do instrumento abranger todos os diagnósticos

presentes na prática clínica. Ressaltando a importância de ampliá-lo depois de algum tempo de uso pela equipe de enfermagem. Segundo os relatos:

“Foram encontrados todos os diagnósticos nos pacientes o qual foi utilizado o instrumento.” Enfermeira 2;

“[...] Talvez no futuro após aplicação do instrumento pela equipe possamos sentir a necessidade de ampliá-lo.” Enfermeira 3

Tempo para aplicação

No que concerne às dificuldades encontradas na aplicação do instrumento, as enfermeiras ressaltaram que o mesmo proporciona melhorado cuidado, favorecendo o registro de enfermagem, não encontrando, de acordo com a maioria, entraves na sua aplicação. Contudo, a disponibilidade de tempo para preenchê-lo pode comprometer sua utilização, de acordo com o relato das participantes:

“o instrumento direciona o processo de trabalho através do registro de informação para a continuidade do cuidado pela equipe.” Enfermeira 3.

“(...) Devido o tempo disponibilizado na nossa realidade, não dá tempo para utilizá-lo.” Enfermeira 4.

Em relação ao tempo dispensado para formular um pensamento diagnóstico as enfermeiras concordaram que o tempo variou de acordo com o quadro clínico do paciente. Podendo ser de 3 a 30 minutos para levantar história clínica do RN e estabelecer os fenômenos de enfermagem. Como se observa nas respostas:

“Trá depender do quadro clínico do paciente.” Enfermeira 2;

“Após verificar toda história clínica do RN é possível formular um diagnóstico, em média de 30 minutos.” Enfermeira 3

No que se refere ao preparo para utilizar o instrumento no seu dia a dia, as enfermeiras apresentaram falas conflitantes. E algumas referiram se sentir-se preparadas para aplicá-lo nas suas atividades diárias, devido a sua praticidade e contribuição para o embasamento científico da profissão, mas acreditam que o dimensionamento dos enfermeiros é insuficiente e poderia ser uma barreira para o adequado uso do formulário. Comprovados pelos relatos.

“Esse instrumento contribui para as ações embasadas em princípios científicos.” Enfermeira 3;

“[...]o tempo é insuficiente para aplicá-lo. A demanda da UTI é enorme, ficando um enfermeiro para prestar assistência a quatorze

leitos. Aplicar o instrumento demanda tempo e raciocínio clínico.”
Enfermeira 4.

Conhecimento prévio, treinamento da equipe e integralidade do instrumento

Quanto à abrangência do instrumento, no que tange a compreender todos os diagnósticos identificados na assistência ao paciente neonatal, a maior parte das profissionais relatou que todos os possíveis diagnósticos encontrados na prática clínica são contemplados no instrumento. No entanto, houve a sugestão sobre a necessidade de um fenômeno de enfermagem que contemple a ansiedade dos pais em relação a internação do recém-nascido. Ressalta-se que na taxonomia da NANDA 2015-2017, existe um diagnóstico sobre ansiedade que pode ser aplicado aos pais que vivenciam a hospitalização do filho. Como pode-se averiguar:

“Todos são e estão presentes no dia a dia.” Enfermeira 4;

“Existe quadros clínicos específicos que requerem diagnósticos de enfermagem específicos, exemplo: ansiedade dos pais,[...]”
enfermeira 4.

Sobre a compreensão do instrumento as enfermeiras o consideraram de fácil entendimento, ressaltando a simplicidade do direcionamento do cuidado ao paciente, acreditando ser um norteador a ser utilizado pela equipe de enfermagem. Também ressaltaram a obrigatoriedade do conhecimento prévio sobre os conhecimentos teóricos do processo de enfermagem, mais especificamente do diagnóstico de enfermagem. Como apresentado nas falas a seguir:

“(…), pela facilidade do direcionamento dos cuidados prestados junto aos pacientes, sendo um instrumento facilitador a ser utilizado pela equipe de enfermagem.” Enfermeira 3;

“Se o profissional já tiver noção sobre diagnósticos de enfermagem é tranquilo, no entanto quem não tem, acaba se complicando ou estabelecendo diagnósticos incondizentes.” Enfermeira 4.

Sobre a possibilidade da utilização do protocolo dentro das suas funções diárias, as enfermeiras alegam que, como um facilitador, ele virá para auxiliar nas visitas diárias aos neonatos. E com a determinação dos DEs os profissionais poderão integrar o cuidado com as intervenções de enfermagem para garantir sua continuidade. Segundo relato a seguir:

“Sente-se a necessidade de uma integração do cuidado para assegurar a continuidade da assistência. Isso é muito bom, pois evita negligência” Enfermeira 3.

Ressaltam também que para o instrumento ser implantado na instituição, deverá ser disponibilizado treinamento para a equipe de enfermagem, a fim de unificar a linguagem buscando aperfeiçoar a assistência e diminuir o tempo para determinação diagnóstica. Comprovado pela fala a seguir:

“[...]é necessário que a equipe treinada fale uma só língua, caso contrário o tempo entre a assistência e o estabelecimento dos diagnósticos não será suficiente.” Enfermeira 4.

No que tange à execução do raciocínio diagnóstico, uma enfermeira relatou sentir dificuldades, principalmente com o uso dos fatores relacionados. Em contraste, outras enfermeiras relataram que não possuíam dificuldades em razão de estar presentes todos os principais problemas encontrados pela enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. Assim, não houve consenso em relação a tal questão.

“Às vezes não lembro, fator relacionado.” Enfermeira 5;

“O instrumento abrange os principais problemas encontrados na UTI neonatal.” Enfermeira 3.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, os participantes da pesquisa consideraram que o instrumento avaliado apresentava todos os possíveis fenômenos de enfermagem aplicados a neonatologia. Desse modo, sua aplicação pode tornar o cuidado mais eficiente e de qualidade. A utilização de um instrumento de coleta de dados visa dar cientificidade a documentação das informações coletadas auxiliando a determinação da coleta de diagnósticos e melhorando a qualidade da assistência (SOARES et al., 2005).

Sabe-se que é de extrema importância à determinação dos diagnósticos de enfermagem mais presentes no âmbito estudado, tanto para a devida implantação das etapas seguintes, quanto para ajudar no desenvolvimento do raciocínio clínico e na escolha de diagnósticos mais acurados (PAGANIN et al., 2010). Para isso, conhecer as condições, necessidades, entre outras características do público alvo é um grande facilitador para o desenvolvimento e deliberação do DE.

Assim, um protocolo bem estruturado mesmo que extenso, ajuda na aplicação do raciocínio crítico e desenvolvimento do processo de enfermagem, favorecendo o

cuidado sistematizado. Desta forma, apesar das enfermeiras participantes do estudo terem relatado extensão do instrumento avaliado, as mesmas referiram ainda que o mesmo possibilita identificar as evidências dos pacientes do setor da UTI neonatal.

Nesse sentido, acredita-se que, o uso contínuo de um protocolo pode favorecer ao profissional maior agilidade em seu cuidado à medida que o mesmo se familiariza com as singularidades do instrumento. Seguindo o pressuposto que com a experiência do uso do instrumento avaliado seja possível aperfeiçoar o desempenho dos profissionais em sua aplicabilidade ao longo do tempo.

Acredita-se ainda que a resistência encontrada para a implantação do instrumento avaliado decorra da falta de experiência dos profissionais em aplicar o SAE. Essa inexperiência pode causar a ilusória sensação desse ser algo muito difícil de ser realizado e que está fora da realidade do enfermeiro (LOPES, 2000). Podemos identificar tal fato no relato das enfermeiras, em aplicar o instrumento devido a demanda do seu serviço e pela pouca disponibilidade de tempo que possuem.

No entanto, sabe-se que as condições inadequadas do dimensionamento dos profissionais de enfermagem podem comprometer a elaboração da sistematização em enfermagem, uma vez que é necessário um tempo mínimo para a execução de um julgamento clínico e crítico. Nesse contexto, o dimensionamento de pessoal não adequado pode diminuir a qualidade da assistência prestada pelo profissional, e isso corrobora para que o enfermeiro não realize suas funções em sua totalidade (MAYA et al., 2011).

De modo particular, a utilização do DE a partir de um instrumento norteador específico para neonatologia auxilia na avaliação do estado de saúde e necessidades do recém nascido, e proporciona o estabelecimento de diagnósticos de forma mais eficaz e direcionada (LIMA et al., 2009).

No entanto, há muitas dificuldades para aplicação da sistematização da ação de enfermagem e tais entraves nem sempre estão relacionados aos profissionais tais como: excesso de trabalho, equipe de enfermagem reduzida e falta de incentivo da instituição. Mas há também faltas advindas dos profissionais como dificuldade de identificação dos diagnósticos, por falta de leitura e de conhecimentos específicos sobre taxonomias (FREITAS et al., 2007). Assim, apesar do interesse na aplicação da sistematização de enfermagem pelas participantes desse estudo, diversos fatores apontados pelas mesmas coincidem com os apresentados acima, sobretudo relacionados à sobrecarga de trabalho e a necessidade de capacitação.

Destarte-se, para a aplicação da sistematização da ação de enfermagem, além da disposição dos profissionais, faz-se necessário apoio e ajuda da gestão da instituição (REMIZOSKI et al., 2010). Pois, é função da gerencia dos serviços de saúde o controle, a supervisão e a avaliação dos resultados de saúde, bem como do processo de trabalho dos profissionais. Assim, acredita-se que sem essa adesão por parte da coordenação e direção de enfermagem e a falta de institucionalização da sistematização da assistência, pode não haver compromisso por parte dos profissionais, uma vez que não há uma formalização acerca da implantação do processo de enfermagem.

A SAE pode ser vista como um meio para resgatar a cientificidade da profissão, necessitando assim de conhecimento para aplicá-lo, pois sem ele o cuidado se torna superficial, não agregando conhecimento a assistência de enfermagem (SOUSA et al., 2013). Assim, a inexistência de uma padronização ou de instrumentos norteadores, como no caso da instituição pesquisada, pode comprometer a eficiência e qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que não há direcionamento específico para a execução da SAE.

Desse modo, acredita-se na necessidade da equipe ser treinada para melhorar a aplicação da sistematização de enfermagem e tornar os profissionais mais propensos a utilizar o pensamento crítico, uma vez que o mesmo é essencial para a determinação diagnóstica. Segundo Bitencourt et al (2012) podemos aprender a pensar criticamente através da aplicação de estratégias que desenvolvam habilidades cognitivas. Alfaro-Lefreve (2005) preconiza os princípios do pensamento crítico ou raciocínio diagnóstico. Segundo ela, são fundamentais para formar o hábito da execução desse pensamento: reconhecer pressupostos, ser sistemático, e fazer julgamento com base em evidências.

Algumas participantes deste estudo referiram dificuldade em pôr em prática o raciocínio diagnóstico, o que pode estar relacionado a uma coleta de dados ineficiente, pouca experiência com a aplicação efetiva do PE ou ainda inabilidade com o uso da taxonomia da NANDA. Segundo Bittencourt et al(2012) o conhecimento prévio de teorias pertinentes é uma das habilidades do enfermeiro diagnosticador juntamente com o raciocínio lógico, proporcionando a integração do arcabouço teórico com os dados coletados culminando na determinação dos diagnósticos. Assim, o raciocínio diagnóstico é algo complexo, pois o profissional é chamado a identificar os DE sendo responsável por seu julgamento para sua tomada de decisão.

O treinamento também é necessário a fim de padronizar os conteúdos estudados pelas enfermeiras favorecendo a unificação da linguagem, promovendo a interpretação

dos casos e auxiliando na inferência diagnóstica (PEREIRA et al., 2015). Podemos perceber que as enfermeiras também referiram a necessidade de capacitação a fim de adquirirem maior uniformidade na comunicação o que facilitaria a aplicação do processo e a utilização do instrumento.

Quanto à facilidade para a utilização do instrumento proposto, foi sugerido a informatização do processo de enfermagem. Tal condição possibilita o desenvolvimento da aplicação do julgamento clínico e o desenvolvimento do pensamento diagnóstico, bem como supera a simples transposição do documento impresso para o digitalizado (PERES et al., 2009). Ademais, ultrapassa o preenchimento mecânico do mesmo.

Não foram sugeridas alterações substanciais a cerca do conteúdo do instrumento, apenas, sugestões na mudança do layout para apresentação dos dados de forma mais rápida e ilustrativa. Assim, com o formato digital do instrumento avaliado, acredita-se que as informações do mesmo possam ser mais atrativas e dinâmicas possibilitando maior interesse dos enfermeiros.

Quanto ao tempo dispensado para a coleta de dados e execução do raciocínio diagnóstico houve variação considerável do tempo apontado pelas participantes, de 3 a 30 minutos. Apesar disso, acredita-se que o máximo de tempo referido não proporcione comprometimento do processo de trabalho das enfermeiras, o que leva em consideração os relatos das mesmas acerca da facilidade de trabalho tornando-o mais eficaz.

Segundo um estudo sobre aplicação do Diagnóstico de enfermagem foi constatado que o tempo estimado pelos enfermeiros foi notadamente superior ao tempo cronometrado para a determinação do diagnóstico. Pois, para o enfermeiro que realiza outras tarefas, o tempo dispensado na realização da SAE pode se confundir com o de outros afazeres (REZENDE et al., 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerado de fácil compreensão e um facilitador para o registro de enfermagem por ser um impresso específico para o enfermeiro, e através da utilização do DE, ampliar a cientificidade de seu cuidado, o instrumento foi considerado amplo e de fácil preenchimento.

Porém, as enfermeiras também relataram dificuldade na sua utilização, seja pela pouca disponibilidade de tempo ou pela dificuldade em executar o raciocínio diagnóstico. Acredita-se na necessidade de treinamento para os profissionais, para

possibilitar maior familiaridade com a sistematização da assistência de enfermagem e, por conseguinte, facilitar o uso do formulário proposto.

Como limitações do estudo podemos citar a amostra reduzida, diminuindo o poder de representatividade da população total.. Aponta-se ainda como limitação o caráter subjetivo da eleição do diagnóstico de enfermagem, não possibilitando ao enfermeiro realizar outras inferências a partir do instrumento avaliado.

Abstract

Adequacy on one protocol about diagnostics of nursing in neonatology

It's understood that the implementation of care- protocols is necessary to direct and improve the practice of a health service , particularly in the context of intensive care. This present study aims to assess the suitability of an instrument to survey nursing diagnosis in neonatology . Qualitative study conducted during the months of July 2015 to March 2016 with five nurses. Was used a questionnaire to verify the practicability, comprehensiveness, appearance and understanding , among other information, of the protocol for determining neonatal nursing diagnoses . To review the contents of the considerations of the subjects was carried out the coding of key issues according to the content analysis technique. The subjects of the research consider the appropriate instrument , comprehensive , and easy to use , however very extensive .

Keywords: Diagnostics of the nursing – nursing – review

REFERENCIAS

ALAFARO-LEFREVE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

BITTENCOURT, Greicy Kelly Gouveia Dias; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem**. RevEscEnferm USP; 47(2): 341-347, abr. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-675962>. Acesso em: 16 de setembro de 2014.

BITTENCOURT, Greicy Kelly Gouveia Dias; SCHAURICH, Diego; MARINI, Maiko; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Aplicação de mapa conceitual para identificação de diagnósticos de enfermagem**. Rev Bras Enferm; 64(5): 963-967, set.-out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500025. Acesso em 23 de fevereiro de 2016.

BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem Baseada em evidências**. / Anna Margherita Toldi Bork; organizado por Vanda de Fátima Minatel. – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005

DEL'ANGELO, Natália; GÓES, Fernanda dos Santos Nogueira de; DALRI, Maria Célia Barcellos; LEITE, Adriana Moraes; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. **Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários**. RevBrasEnferm; set.-out. 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-565058>. Acesso em: 16 de setembro de 2014.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 / [NANDA Internacional]. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUZA, Jacy Aurélio Vieira de. **O Processo de Enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade**. Rev Bras Enferm; 60(2): 207-212, mar.-abr. 2007. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-479223>. Acesso em 23 de fevereiro de 2016.

LIMA, Natalie Dantas Costa; Silva, Viviane Martins da; Beltrão, Beatriz Amorim. **Construção e Validação de Conteúdo de Instrumento de Coleta de Dados em Unidade Neonatal**. Rev. RENE; 10(3): 97-106, jul.-set. 2009. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/lil-547228>. Acesso em: 09 de maio de 2015.

LOBIONDO-WORD, Geri; HABER, Judith. Pesquisa em enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (taxionomia da Nanda), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos**. Rev. Latino-Am.

Enfermagem vol.8 no.3 Ribeirão Preto July 2000. Disponível em:
[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692000000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692000000300017).
Acesso em 23 de fevereiro de 2016.

MAYA, Camila Mequi; SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. **Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro.** Rev Bras Enferm; 64(5): 898-904, set.-out. 2011. Disponível em:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-618415>. Acesso em 31 de 2016.

PAGANIN, Angelita; MENEGAT, Patrícia; KLAFKE, Tânia; LAZZAROTTO, Andres; FACHINELLI, Taís de Souza; CHAVES, Israel Cesar; SOUZA, Emiliane Nogueira de. **Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS);31(2):307-313, jun. 2010. Disponível em:
<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11428/0>. Acesso em 23 de fevereiro de 2016.

PASCHOALIN, Heloisa Campos; GRIEP, Rosane Harter; LISBOA, Márcia Tereza Luz; MELLO, Diana Corrêa Bandeira de. **Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford PresenteeismScale para avaliação do presenteísmo.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 21(1), jan.-fev. 2013. Disponível:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100014&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 29 de setembro 2015.

PEREIRA, Juliana de Melo Vellozo; CAVALCANTI, Ana Carla Dantas; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Valéria Gonçalves da; Souza, Rosana Oliveira de; GONÇALVES, Ludmila Cuzatis. **Acurácia na inferência de diagnósticos de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca.** Rev Bras Enferm; 68(4): 690-696, jul.-ago. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400690. Acesso em 23 de fevereiro de 2016.

PERES, Heloisa Helena Ciqueto; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; LIMA, Antônio Fernandes COSTA; Gaidzinski, Raquel Rapone; ORTIZ, Diley Cardoso Franco; TRINDADE, Michelle Mendes e; TSUKAMOTO, Rosangela; CONCEIÇÃO, Neurilene Batista. **Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções.** RevEscEnferm USP; 43:1149-55, 2009. Disponível:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 23 de fevereiro de 2016.

REZENDE, Priscila oliveira; GAIZINSKI, RaquelRapone. **Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/20.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2016.

SILVA, Rudval Souza da; Pereira, Álvaro; Ribeiro, Aldacy Gonçalves; Marinho, Carina Martins da Silva; Carvalho, Iêda Silva; Ribeiro, Rogério. **Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem.**

Rev. enferm. UERJ; 20(2): 267-273,abr.-jun. 2012. Disponível em:

<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-655662>. Acesso em: 28 de Abril de 2016.

SOARES, Lenir Honório; PINELLI, Francisca das Graças Salazar; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. **Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia.** Acta paul. enferm. vol.18 no.2 São Paulo, Jun. 2005.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000200007>. Acesso em: 30 de Abril de 2016.

SOUZA, Marília Fernandes Gonzaga de; SANTOS, Ana Dulce Batista dos;

MONTEIRO, Akemi Iwata. **O processo de enfermagem na concepção de**

profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. Rev Bras Enferm; 66(2):

167-173, mar.-abr. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200003.

Acesso em 23 de fevereiro de 2016.

REMIZOSKI, Jucilene; ROCHA, Mayra Moreira; VALL, Janaina. **Dificuldades na implantação da sistematização da ação de enfermagem – SAE: uma revisão**

teórica. Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, 03: 1-14, 2010. Disponível em: Acesso em 01 de Abril de 2016

ROCHA, FABRÍCIO AUGUSTO CHAVES. **IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA USO EM UNIDADE INTENSIVA NEONATAL.** Imperatriz: UFMA, 2015.

VARGAS, Rosimeire da Silva; FRANCA, Fabiana Cláudia de Vasconcelos. **Processo de Enfermagem aplicado a um portador de Cirrose Hepática utilizando as**

terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. Rev. bras. enferm. vol.60, n.3, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300020>. Acesso em 31 de 2016.

Anexo

ANEXO A: Instrumento de Avaliação Clínica de Diagnósticos de Enfermagem.
 ROCHA, FABRÍCIO AUGUSTO CHAVES. **IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA USO EM UNIDADE INTENSIVA NEONATAL.**
 Imperatriz UFMA, 2015.

ITEM	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – FR, CD e Fr	Data Hora DI						
1	Padrão ineficaz de alimentação do lactente: CD Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração; incapacidade de iniciar uma sucção. FR Anomalia anatômica; prematuridade.							
2	Deglutição Prejudicada: CD Anormalidade na fase esofágica, segundo estudo da deglutição; Engasgo antes da deglutição; regurgitação de conteúdo gástrico ou arrotos úmidos; vômito; evidência observada de dificuldade para deglutir; baba; deglutição retardada; refluxo nasal. FR Obstrução mecânica; Anormalidades da laringe; Anormalidades de vias aéreas superiores; Anormalidades orofaríngeas; Defeitos nas cavidades nasofaríngeas; Distúrbios respiratórios; Doença cardíaca congênita; Anomalias de via aérea superior; Prematuridade; Doença do refluxo gastroesofágico.							
3	Risco de glicemia instável: Fr- Perda de peso.							
4	Risco de icterícia neonatal: Fr- Atraso na eliminação das fezes (mecônio); idade do neonato entre 1 a 7 dias; prematuridade.							
5	Volume de líquidos deficiente: CD Aumento da concentração urinária; mucosas secas; hematócrito diminuído. FR Mecanismos reguladores.							
6	Volume de líquido excessivo: CD Dispneia; hematócrito diminuído. FR Mecanismos reguladores							
7	Troca de gases prejudicada: CD Batimento de asa de nariz; cianose (somente em neonatos); dispneia; respiração anormal. FR desequilíbrio na ventilação-perfusão.							
8	Diarreia: CD Pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dias; ruídos intestinais hiperativos; FR Processos infecciosos; Alimentação por sonda; Contaminação.							
9	Risco de Constipação: Fr Anticonvulsivantes; diuréticos; motilidade diminuída do trato gastrointestinal; hábitos irregulares de evacuação;							
10	Constipação: CD Abdome distendido; Dor abdominal. FR Motilidade do TGI diminuída; Alimentação por sonda; Contaminação.							
11	Eliminação urinária prejudicada: CD Frequência; retenção urinária. FR- Múltiplas causas.							
12	Retenção urinária: CD Distensão vesical; Eliminação urinária ausente.							
13	Privação do sono: CD Agitação; Irritabilidade. FR Estimulação ambiental por tempo prolongado; Práticas materna/paterna que não favorecem o sono.							
14	Mobilidade física prejudicada: CD Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas; Dispneia ao esforço. FR Atraso de desenvolvimento.							
15	Perfusão tissular periférica ineficaz: CD Características da pele alteradas; Função motora alterada; Edema. FR Conhecimento agravantes.							
16	Padrão respiratório ineficaz: CD Batimento de asa de nariz; Ventilação-minuto diminuída; dispneia. FR Fadiga da musculatura acessória; Imaturidade Neurológica.							
17	Resposta disfuncional ao desmame ventilatório: CD Inquietação; entrada de ar diminuída à ausculta; cianose discreta; cianose; desconforto respiratório; agitação. FR História de dependência do ventilador por mais de quatro dias; fatores metabólicos.							

18	Ventilação espontânea prejudicada: CD dispneia; frequência cardíaca aumentada; uso aumentado da musculatura acessória. FR Fatores metabólicos.							
19	Amamentação Ineficaz: CD Descontinuidade da sucção na mama; incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente; persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação. FR Ansiedade materna; história prévia de fracasso na amamentação; criança recebe alimentação suplementar com mamadeiras.							
20	Amamentação Interrompida: CD Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno; separação entre mão e filho. FR Prematuridade.							
21	Disposição para amamentação melhorada: CD A mãe é capaz de posicionar o lactente no peito para promover uma pega bem sucedida; avidez do lactente para ser amamentado; verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação; O lactente está satisfeito após a mamada; sucção contínua no peito; sucção regular no peito.							
22	Risco de paternidade ou maternidade prejudicada: Fr- Atraso no desenvolvimento do bebê ou da criança; Pouca idade dos pais; Dificuldades financeiras.							
23	Processos familiares interrompidos: CD Mudanças na disponibilidade para apoio emocional;							
24	Risco de Infecção: Fr Defesa secundária inadequadas; diminuição de hemoglobina, leucopenia, supressão da resposta inflamatória; procedimentos invasivos; alimentação por sonda.							
25	Risco de aspiração: Fr Alimentação por sonda; prematuridade; deglutição prejudicada; reflexos de tosse diminuídos; presença de traqueostomia.							
26	Desobstrução ineficaz das vias aéreas: CD Dispneia; mudanças na frequência respiratória; mudanças no ritmo respiratório.							
27	Risco de Integridade da pele prejudicada: Fr Fatores mecânicos; fatores imunológicos.							
28	Integridade da pele prejudicada: CD Rompimento da superfície da pele. FR Hipertermia; imobilização física; circulação prejudicada.							
29	Risco de Infecção: Fr Físicos (p. ex., pele lesionada, mobilidade alterada); má nutrição.							
30	Mucosa oral prejudicada: CD Lesões orais.							
31	Recuperação cirúrgica retardada: CD Evidências de interrupção na cicatrização da área cirúrgica. FR Dor; infecção pós-operatória no local da cirurgia.							
32	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal: Fr Extremos de idade.							
33	Termorregulação Ineficaz: CD Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais; FR Imaturidade.							
34	Hipotermia: CD Palidez; pele fria; cianose nos leitos ungueais; Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais. FR Desnutrição.							
35	Hipertermia: CD Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais; crises convulsivas; pele avermelhada; pele quente ao toque. FR Doença; exposição a ambiente quente.							
36	Conforto prejudicado: CD Choro; Padrão de sono perturbado; inquietação. FR Estímulos ambientais nocivos; sintomas relacionados à doença; efeitos secundários relacionados ao tratamento.							

37	Dor aguda: CD Comportamento expressivo; evidência observada da dor; Mudanças na frequência cardíaca; mudanças na frequência respiratória; expressão facial. FR Efeitos secundários relacionados ao tratamento.							
38	Atraso no crescimento e desenvolvimento: CD Crescimento físico alterado. FR Deficiências de estimulação.							
*Assinatura/COREN								