



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

AYANA CAROLINA GONÇALVES TEIXEIRA MATOS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM PERDA DE
INTEGRIDADE CUTÂNEA NO PÓS-ALTA HOSPITALAR**

FEIRA DE SANTANA

2017

AYANA CAROLINA GONÇALVES TEIXEIRA MATOS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM PERDA DE
INTEGRIDADE CUTÂNEA NO PÓS-ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da linha de pesquisa Estudos das populações em risco e vulnerabilidade no processo saúde-doença, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Evanilda Souza de Santana Carvalho

FEIRA DE SANTANA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Elaborada por: Makson de J. Reis (CRB-5/1926)

M433c

Matos, Ayana Carolina Gonçalves Teixeira
Consulta de Enfermagem à Criança com Perda de
Integridade Cutânea no Pós-Alta Hospitalar. / Ayana Carolina
Gonçalves Matos. – Feira de Santana, 2017.
134 f.: 30 cm.

Orientador: Profª Drª Evanilda Souza de Santana Carvalho.
Dissertação de Mestrado– (mestrado profissional em
enfermagem), Departamento de Saúde, Universidade Estadual de
Feira de Santana, 2017.
Inclui bibliografia.

1. Processos de Enfermagem. 2. Diagnóstico de
enfermagem 3. Enfermagem pediátrica 4. Cuidadores 5.
Ferimentos e Lesões.I. Carvalho, Evanilda Souza de
Santana, orient. II. Título.

CDU: 616-083
CDD: 610

AYANA CAROLINA GONÇALVES TEIXEIRA MATOS

CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM PERDA DE INTEGRIDADE CUTÂNEA NO PÓS-ALTA HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: “Estudos das populações em risco e vulnerabilidade no processo saúde-doença”.

Aprovada em 28 de agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Evanilda Souza de Santana Carvalho

Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS

Prof. Dr Rudval Souza da Silva

Universidade do Estado da Bahia/UNEB

Profa Dra Silvia da Silva Santos Passos

Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS

Profa Dra Silvone Santa Bárbara (Suplente)

Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS

DEDICATÓRIA

À **Deus**, por ter me permitido realizar mais um sonho, pelo seu cuidado comigo, por ter sido meu guia, meu estímulo, minha fonte de renovo, principalmente quando a trajetória foi árdua, mas que Você se mostrou tão presente, me dando ânimo em busca desta conquista.

Aos meus pais, **Paulo e Celsa**, meus grandes incentivadores, pelo amor e dedicação. Tenho certeza que sem vocês eu não teria conseguido “tocar a linha de chegada” com tanta garra e determinação!

Ao meu esposo, **Alex Matos**, meu grande amigo e companheiro de todas as horas, que decidiu compartilhar sonhos e me apoiar com tamanha dedicação, que em alguns momentos sentir-me constrangida em pensar nesta conquista como só minha, mas em plenitude ao contemplá-la como NOSSA!!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Dra. Evanilda Souza de Santana Carvalho**, por acreditar em meu potencial, pelos conhecimentos partilhados, por ter me acolhido, principalmente quando a trajetória foi tão áspera; por ter me ensinado a voar longe e levemente em busca de meus objetivos. **A minha eterna gratidão!!**

Aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos, tios, primos, amigos que de perto ou longe estiveram me apoiando em mais uma conquista, sendo compreensivos quando precisei ser ausente para realizar o meu sonho com dedicação.

A família HEC, em especial a minha coordenadora **Livia Leite**, por não medir esforços para que alcançasse o meu sonho. “Chefitá”, você é 1000!

As pesquisadoras que aceitaram o desafio de assegurar o cuidado no pós-alta: Adriane Maia, Letícia Muritiba, Luciana Macedo, Paula Ribeiro e Thaiane Lima. Obrigada meninas, sem vocês essa conquista não seria fácil.

As crianças com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e seus familiares/cuidadores que estiveram como protagonistas, expressando seus sentimentos, dificuldades, e percepções sobre o cuidado recebido pela criança através da consulta de enfermagem.

Aos membros da Banca examinadora, por cada contribuição, disponibilidade e compromisso à realização deste trabalho.

Aos Docentes do Mestrado Profissional em Enfermagem, por terem se comprometido em (re)significar, (des)construir e (re)descobrir os saberes já existentes em mim, a fim de aperfeiçoá-los e agregar transformações em minha vida profissional.

As professoras Rita Rocha, Juliana Freitas, Marcia Sandra Fernandes, Silvia Passos, pelo acolhimento, pela solicitude, atenção e empenho sempre que precisei.

Aos colegas do Mestrado, que proporcionaram momentos de alegria, de troca de experiências, de apoio, motivação, em especial a Mara Luiza, Margarete Martins, Leilane Lacerda e Fabiana Porto. AMIGAS, vocês estarão sempre em meu coração.

À todas as pessoas que (in)diretamente contribuíram para minha conquista, MEU MUITO OBRIGADA!

Na luta por melhores condições de vida e trabalho para todos, há certamente um preço a pagar quanto ao futuro. O que fizemos a nós mesmos, com os outros, e pelos outros, jamais será esquecido. Não sendo por tudo isso, ainda seria nossa, por dever do ofício, a obrigação de assumir quaisquer desafios, para assegurar a todos – o direito à assistência de enfermagem [de qualidade].

Carvalho (1980, p.72)

MATOS, Ayana Carolina Gonçalves Teixeira, **Consulta de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar**. 2017. 134f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Mestrado Profissional em Enfermagem, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. 2017.

RESUMO

Estudo qualitativo fundamentado na metodologia da pesquisa-ação, com objetivo geral de implantar a consulta de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e ao seu familiar/cuidador e, específicos de identificar necessidades humanas de cuidados pós-alta hospitalar em crianças com perda de integridade cutânea e em seu familiar/cuidador; conhecer as dificuldades dos familiares/cuidadores para a manutenção dos cuidados à criança com perda da integridade cutânea pós-alta hospitalar e traçar planos terapêuticos individualizados às crianças com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar e seus familiares/cuidadores para assegurar continuidade dos cuidados. Desenvolvido entre 2016 e 2017, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob Parecer número 1.701.659 e CAAE: 57534516.7.0000.0053. Participaram quatro enfermeiras, 10 crianças com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e seus familiares/cuidadores. Para produção dos dados utilizou-se entrevista semiestruturada, observação estruturada e diário de campo, posteriormente foram submetidos à análise de conteúdo. Resultados deste estudo encontram-se organizados em três artigos: o primeiro, intitulado **Percepção dos familiares/cuidadores sobre cuidar de crianças com perda da integridade cutânea** objetivou conhecer a necessidade de conhecer os desafios dos familiares/cuidadores para a manutenção dos cuidados à criança com PIC no pós-alta hospitalar, como resultados, os familiares/cuidadores da criança com perda de integridade cutânea recebiam orientações para cuidados em domicílio no momento da alta, vivenciavam sentimentos de alívio, por sair da hospitalização e, medo e insegurança em provocar danos à criança, assim, buscavam ajuda nos serviços e na vizinhança, superprotegiam a criança, para evitar danos e reinternação, e enfrentavam a carência de recursos para cuidar; O segundo intitulado **Cuidado de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea durante pesquisa-ação**, teve como objetivos descrever problemas e diagnósticos de enfermagem identificados na criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e seu familiar/cuidador e, discutir dificuldades das enfermeiras na implantação da sistematização da assistência e mostrou que, os problemas de enfermagem da criança, e de seu familiar/cuidador refletiam diretamente no cuidado ofertado a criança e por este motivo precisaram de intervenções a fim de garantir sobrevivência dessa criança e minimizar possibilidades de rehospitalizações. As enfermeiras evidenciaram a falta de tempo, sobrecarga, quantitativo inadequado de profissionais como dificuldades para implantar a SAE, contudo conseguiram identificar problemas e diagnósticos de enfermagem que deram visibilidade ao seu processo de trabalho e ratificaram necessidade da implantação da SAE; O terceiro, intitulado **Necessidades humanas de crianças com perda da integridade cutânea e seus familiares: Teoria de Maslow**, objetivou identificar necessidades humanas de crianças com perda de integridade cutânea e de seus familiares/cuidadores na pós-alta hospitalar, neste os resultados destacaram a emergência de necessidades hierárquicas e multifacetadas que demandam a busca da resiliência, autovalorização e valoração para promoção da autoestima, autonomia e manutenção dos cuidados necessários para a restauração da integridade cutânea que permitam a família o resgate da dinâmica cotidiana harmoniosa; aos familiares/cuidadores possibilidades de reviver sonhos de auto-realização distanciados de sentimentos negativos e que estimulem seus anseios à realização e socialização da criança. Este estudo alcançou a implantação da sistematização

da assistência de enfermagem em suas etapas coleta de dados, e diagnósticos de Enfermagem, durante este processo tornaram-se conhecidos os desafios dos familiares/cuidadores para a manutenção dos cuidados à criança com PIC no pós-alta hospitalar e as dificuldades das enfermeiras em assegurar a sistematização. Os achados justificam a necessidade do fortalecimento do cuidado centrado na criança e sua família, por ocasião da preparação da alta hospitalar a fim de assegurar a continuidade dos cuidados em domicílio. E o processo implantado necessita avançar para as demais etapas, o planejamento, a implementação do cuidado e sua avaliação.

DESCRITORES: Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Enfermagem pediátrica. Cuidadores. Ferimentos e lesões.

MATOS, Ayana Carolina Gonçalves Teixeira. **Nursing consultation for children with loss of skin integrity after hospital discharge**. 2017. 134f. Dissertação (Professional Nursing Staff) – Professional Nursing Staff, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. 2017.

ABSTRACT

A qualitative study based on the methodology of action research, with the general objective of implant the nursing consultation to the child with loss of skin integrity after hospital discharge, and specific to identify human needs for post-discharge hospital care in children with loss of cutaneous integrity and in their relative / caregiver; To know the difficulties of family members / caregivers or the maintenance of care for child with loss of cutaneous integrity after hospital discharge and to draw up individualized therapeutic plans for children with loss of cutaneous integrity in the post-hospital hospital and their relatives / caregivers to ensure continuity of care. Developed between 2016 and 2017, after approval by the Committee of Ethics and Research under Opinion number 1,701,659 and CAAE: 57534516.7.0000.0053. Four nurses, 10 children with loss of cutaneous integrity in hospital post-discharge and their relatives / caregivers, who before the collection knew the objectives, risks, benefits of study research, and the relatives / caregivers signed the terms of free consent And enlightened and the lesser, the term of free and informed assent. For the production of the data a semi-structured interview, structured observation and field diary were used, after which they were submitted to content analysis. Results of this study are organized in three articles: the first, entitled Perception of family members / caregivers about caring for children with loss of cutaneous integrity, aimed at knowing the need to know the challenges of family members / caregivers for the maintenance of child care with ICP As results, the relatives / caregivers of the child with loss of skin integrity received guidelines for home care at discharge, experienced feelings of relief, withdrawal from hospitalization, and fear and insecurity in causing harm to the child , Thus seeking help in the services and in the neighborhood, overprotecting the child, avoiding harm and readmission, and faced the lack of resources to care for; The second entitled Nursing care for children with loss of cutaneous integrity during action research, had as objectives to describe nursing problems and diagnoses identified in the child with loss of cutaneous integrity in hospital post-discharge and his relative / caregiver, and to discuss difficulties of the Nurses in the implementation of care systematization and showed that the nursing problems of the child and his relative / caregiver reflected directly on the care offered to the child and for this reason they needed interventions in order to guarantee survival of this child and to minimize possibilities of re-hospitalizations. The nurses evidenced the lack of time, overload, inadequate quantification of professionals as difficulties to implant the SAE, yet they were able to identify a range of problems and nursing diagnoses that gave visibility to their work process and ratified the need for SAE implantation; The third, entitled Human needs of children with loss of skin integrity and their relatives: Maslow's theory, aimed at identifying human needs of children with loss of cutaneous integrity and their relatives / caregivers after hospital discharge, in this the results highlighted the emergency Hierarchical and multifaceted needs that demand the search for resilience, self-valorization and valuation to promote self-esteem, autonomy and maintenance of the necessary care for the restoration of cutaneous integrity that allow the family to recover the harmonious everyday dynamics; To the relatives / caregivers possibilities to relive dreams of self-realization distanced from negative feelings and that stimulate their longings to the realization and socialization of the child. This study reached the implantation of the systematization of nursing care in its historical stages, and nursing diagnoses, during this

process the familiar / caregiver challenges to the maintenance of the care of children with ICP after hospital discharge and the Difficulties in ensuring systematization. The findings justify the need to strengthen care centered on the child and his / her family, in preparation for hospital discharge to ensure continuity of care at home. And the process implemented needs to move to the other stages, planning, implementing care and evaluating it.

KEYWORDS: Nursing Process. Nursing Diagnosis. Pediatric Nursing. Caregivers. Wounds and Injuries.

MATOS, Ayana Carolina Gonçalves Teixeira, **Consulta de enfermería al niño con pérdida de integridad cutánea en el post-alta hospitalaria**. 2017. 134f. Dissertação (Magister profesional em Enfermería) – Magister profesional em Enfermería, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. 2017.

RESÚMEN

Estudio cualitativo fundamentado en la metodología de la investigación-acción, con objetivo general de implantar la consulta de enfermería al niño con pérdida de la integridad cutánea en el post-alta hospitalaria y, específicos de identificar necesidades humanas de atención post-alta hospitalaria en niños con pérdida de integridad cutánea y en su familiar / cuidador; Conocer las dificultades de los familiares / cuidadores para asegurar la continuidad del cuidados al niño con pérdida de la integridad cutánea post-alta hospitalaria y trazar planes terapéuticos individualizados a los niños con pérdida de integridad cutánea en el post-alta hospitalaria y sus familiares / cuidadores para asegurar continuidad del cuidado. Há sido desarrollado entre 2016 y 2017, después de la aprobación por el Comité de Ética e Investigación por Dictamen número 1.701.659 y CAAE: 57534516.7.00.00.0053. Han participado cuatro enfermeras, 10 niños con pérdida de integridad cutánea en el post-alta hospitalaria y sus familiares / cuidadores. Para la producción de los datos há sido utilizado entrevista semiestructurada, observación estructurada y diario de campo, posteriormente han sido sometidos al análisis de contenido. Los resultados de este estudio se encuentran organizados en tres artículos: el primero, titulado Percepción de los familiares / cuidadores sobre cuidar de niños con pérdida de la integridad cutánea objetivó conocer la necesidad de conocer los desafíos de los familiares / cuidadores para el mantenimiento de los cuidados al niño con PIC En el post-alta hospitalaria, como resultados, los familiares / cuidadores del niño con pérdida de integridad cutánea recibían orientaciones para cuidados en domicilio en el momento del alta, vivían sentimientos de alivio, por salir de la hospitalización y, por miedo a provocar daños, buscaban ayuda En los servicios y en la vecindad, superprotegían al niño, para evitar daños y reinternación, y enfrentaban la carencia de recursos para cuidar; El segundo titulado Cuidado de enfermería al niño con pérdida de la integridad cutánea durante investigación-acción, tuvo como objetivos describir problemas y diagnósticos de enfermería identificados en el niño con pérdida de la integridad cutánea en el post-alta hospitalaria y su familiar / cuidador, y discutir dificultades de las Enfermeras en la implantación de la sistematización de la asistencia y mostró que los problemas de enfermería del niño y de su familiar / cuidador reflejaban directamente en el cuidado ofrecido al niño y por este motivo necesitaban intervenciones para garantizar la supervivencia de ese niño y minimizar las posibilidades de rehospitalización . Las enfermeras evidenciaron la falta de tiempo, sobrecarga, cuantitativo inadecuado de profesionales como dificultades para implantar la SAE, sin embargo han identificado problemas y diagnósticos de enfermería que dieron visibilidad a su proceso de trabajo y ratificaron la necesidad de la implantación de la SAE; El tercero, titulado Necesidades humanas de niños con pérdida de integridad cutánea y sus familiares: Teoría de Maslow, objetivó identificar necesidades humanas básicas de niños con pérdida de integridad cutánea y de sus familiares / cuidadores en el post-alta hospitalaria, en este los resultados destacaron a la emergencia de necesidades jerárquicas y multifacetadas que demandan la búsqueda de la resiliencia, autovalorización y valoración para promover la autoestima, autonomía y mantenimiento de los cuidados necesarios para la restauración de la integridad cutánea que permitan a la familia el rescate de la dinámica cotidiana armoniosa; A los familiares / cuidadores posibilidades de revivir sueños de auto-realización distanciados de sentimientos negativos y que estimulen sus anhelos a la realización y socialización del niño.

Este estudio alcanzó la implantación de la sistematización de la asistencia de enfermería en sus etapas históricas, y diagnósticos de Enfermería, durante este proceso se hicieron conocidos los desafíos de los familiares / cuidadores para el mantenimiento de los cuidados al niño con PIC en el post-alta hospitalaria y las dificultades de las enfermeras en asegurar la sistematización. Los hallazgos justifican la necesidad del fortalecimiento del cuidado centrado en el niño y su familia, con ocasión de la preparación del alta hospitalaria a fin de asegurar la continuidad de los cuidados en domicilio. Destácase que el proceso implantado necesita avanzar hacia las demás etapas, lo planeamiento la implementación del cuidado y la evaluación.

DESCRIPTORES: Proceso de Enfermería. Diagnóstico de Enfermería. Enfermería Pediátrica. Cuidadores. Heridas y Lesiones.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Fluxograma correlacionando as fases de operacionalização da pesquisa-ação com as ações propostas pela pesquisa 40

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Problemas de enfermagem identificados na criança com PIC no pós-alta hospitalar – Feira de Santana, 2017	71
Quadro 2	Problemas de enfermagem identificados no familiar/cuidador de crianças com PIC no pós-alta hospitalar – Feira de Santana, 2017	71
Quadro 3	Diagnósticos de enfermagem identificados na criança no pós-alta hospitalar – Feira de Santana, 2017	72
Quadro 4	Diagnósticos de enfermagem identificados pelos familiares/cuidadores de crianças no pós-alta hospitalar – Feira de Santana, 2017	74
Quadro 5	Necessidades humanas identificadas em crianças com PIC no pós-alta hospitalar e de seus familiares/cuidadores a luz da Teoria de Maslow – Feira de Santana, 2017	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CIPE[®]	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CPAP	- <i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
DE	- Diagnóstico de Enfermagem
HEC	- Hospital Estadual da Criança
LABCFMI	- Liga Álvaro Bahia contra a mortalidade infantil
LP	- Lesão por pressão
LIS	- Laboratório de Informática em Saúde
NANDA-I	- NANDA Internacional
NHB	- Necessidades Humanas Básicas
NIC	- <i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	- <i>Nursing Outcomes Classification</i>
NUDES	- Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Desigualdades em Saúde
PE	- Processo de Enfermagem
pH	- Potencial Hidrogeniônico
PIC	- Perda da Integridade Cutânea
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESAB	- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SUS	- Sistema Único de Saúde

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 Principais lesões cutâneas observadas na criança hospitalizada	21
2.2 Perda da integridade cutânea na infância	23
2.3 Sistematização da assistência de enfermagem	26
2.4 Continuidade dos cuidados pós-alta da Criança	30
3 METODOLOGIA	32
3.1 Tipo de estudo	32
3.2 Local do estudo	33
3.3 Participantes do estudo	34
3.4 Estratégia para entrada no campo	36
3.5 Procedimentos para coleta de dados	36
3.6 Etapas da implantação do projeto	38
3.7 Considerações éticas	41
3.8 Análise dos dados	41
4 RESULTADOS	43
4.1 ARTIGO 1: Percepção dos familiares/cuidadores sobre cuidar de crianças com perda da integridade cutânea	44
4.2 ARTIGO 2: Problemas e diagnósticos de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea durante pesquisa-ação	64
4.3 ARTIGO 3: Necessidades humanas de crianças com perda da integridade cutânea e de seus familiares/cuidadores: Teoria de Maslow	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	114
APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semiestruturada	115
APÊNDICE B – Instrumento para consulta de enfermagem	116
APÊNDICE C - Roteiro para observação estruturada	119
APÊNDICE D - Roteiro para diário de campo	120
APÊNDICE E - Material Educativo para os Familiares/cuidadores (para momento da preparação da alta)	121
APÊNDICE F - Material Educativo para os Familiares/cuidadores (após alta hospitalar)	123
APÊNDICE G - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	125
APÊNDICE H - Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)	126
ANEXOS	127
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa /CEP-UEFS	128

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização infantil pode ser vista como uma situação perturbadora na vida da criança e de seus familiares, uma vez que implica em mudanças na rotina familiar, e geralmente é entendida como um acontecimento que traz representações para o desenvolvimento da criança, a qual se encontra numa situação plena de experimentação e conhecimento frente ao mundo que se apresenta.

O processo de hospitalização neste ciclo de vida é, sem dúvida, marcante à criança, pois a imagem da infância fortemente ligada ao bem-estar, energia e alegria é substituída por momentos de fragilidade e impossibilidade de realizar suas atividades diárias, modificando o seu cotidiano, como brincar e ir à escola. Nesse sentido, considerando-se que na hospitalização, o cuidado deve se voltar às ações de integralidade, é preciso repensar o fazer em enfermagem e sua atuação à criança e sua família, a fim de compartilhar conhecimentos para atingir um cuidado autêntico e preocupado com a singularidade do “ser criança” (DIAS; MOTTA, 2004).

O cuidado à criança hospitalizada exige das enfermeiras uma maneira diferenciada na condução do processo de trabalho. Deve ir além do modelo biomédico, caracterizado como pouco flexível na adoção de suas condutas, organizado por meio de rotinas e protocolos, os quais muitas vezes, não atendem às necessidades desta criança.

Deste modo, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), segundo Leadebal; Fontes; Silva (2010) é tido como um instrumento metodológico que se contrapõe ao modelo biomédico, por possibilitar a organização do trabalho e auxiliar o profissional no desenvolvimento de uma assistência com qualidades individual e resolutive, logo, se torna uma ferramenta essencial no trabalho da enfermeira, pois proporciona recursos técnicos, científicos e humanos, permitindo-lhe uma maior qualidade na abordagem biopsicossocial infantil, valorizando sua singularidade, integralidade e holísmo.

Corroborando para esta abordagem diferenciada ao assistir sistematicamente a criança em hospitalizada, a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) que, segundo Garcia; Nóbrega, (2004); Garcia; Nóbrega; Carvalho, (2004), se constitui um instrumento técnico que favorece a organização das condições necessárias à realização do cuidado por identificar, descrever, prever necessidades humanas reais ou potenciais do indivíduo e seu contexto social que exigem intervenções de enfermagem para se reestabelecer ou manter o equilíbrio hemodinâmico e de higidez temporariamente desarmonizado.

Entende-se que o papel da enfermagem frente à hospitalização pediátrica, segundo Carvalho e outros (2011), não se volta apenas para a resolubilidade de problemas de saúde, mas favorece a aceitação do processo da hospitalização nesta fase de vida, que tende a se tornar mais difícil, tanto por parte da própria criança como de toda sua rede de apoio, principalmente quando as internações são de longa permanência, exigem tratamento de patologias complexas, as quais podem culminar em múltiplas complicações, dentre estas cita-se as lesões cutâneas.

Inúmeras são as situações que implicam em vulnerabilidade à perda de integridade cutânea na infância, dentre elas, crianças gravemente doentes e que apresentam um risco elevado devido a fatores tais como a diminuição da mobilidade ou da sensibilidade; pacientes com déficit nutricional ou desidratação; situações que podem resultar em perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação prejudicada; crianças dependentes da ventilação mecânica, com déficits neurológicos em função de causas externas, neuropatias, doenças crônico-degenerativas, traumatismo craniano, entre outras.

Apesar dos avanços nos cuidados da enfermagem pediátrica, as lesões cutâneas continuam sendo uma importante causa de morbimortalidade, com impacto na qualidade de vida da criança hospitalizada e de seus familiares, o que gera um problema social e econômico. As lesões cutâneas são entendidas como uma descontinuidade no tecido epitelial que acarreta em prejuízo para o desempenho das funções executadas pela pele. Ainda, pode ser vista como resultado de ilimitada variedade de injúrias traumáticas, isquêmicas, cirúrgicas ou pressóricas, que agridem a estrutura histofisiológica do tecido tegumentar (DEALEY, 2013).

Na criança, embora muito variável, o critério de classificação das lesões cutâneas é considerado muito importante, pois permite a avaliação destas para o planejamento do cuidado. Assim, dentre várias classificações existentes para essas lesões, elas podem ser classificadas em agudas, muitas vezes secundárias aos traumas, as quais evoluem sem complicações e fecham em tempo adequado e em caso contrário, são denominadas de lesões cutâneas crônicas, condicionando maior tempo de internação, por conseguinte, maior exposição à microorganismos patogênicos, contribuindo para maior risco de complicações (TAYAR et. al., 2007).

Como outra possibilidade de classificação, Hockenberry (2014), qualifica as lesões cutâneas em cirúrgicas e não cirúrgicas. Nas lesões não cirúrgicas, a descontinuidade cutânea ocorrem secundárias a traumas, por extravasamento de soluções hipertônicas ou vesicantes, compressão ou tração de certa região, bem como por presença de objetos perfurocortantes e

nas cirúrgicas, a lesão cutânea resulta de uma intervenção invasiva, as quais podem ser classificadas quanto ao potencial de contaminação e quanto à forma de cicatrização.

Quando analisadas as lesões levando-se em consideração o potencial de contaminação, elas podem ser: limpas, aquelas onde houve o envolvimento de tecidos passíveis de descontaminação, a ausência de processo infeccioso e/ou inflamatório no local, ou ainda que não houveram falhas grosseiras na técnica cirúrgica; potencialmente contaminada, aquelas lesões resultantes de intervenções cirúrgicas em tecido colonizados por agentes patogênicos ou, cujos procedimentos ocorreram em sítios de descontaminação ou, em situações onde pôde se observar pequenas falhas perioperatórias. Ainda assumem a classificação de lesões contaminadas, terminologia destinada àquelas descontinuidades que ocorrem em tecidos altamente colonizados ou que houve falhas técnicas significativas e, lesões infectadas, que são compreendidas como toda intervenção cirúrgica que ocorre em qualquer sítio em presença de sujidades, células débris ou processo infeccioso (SILVA et. al., 2011).

Quanto à forma de cicatrização, as lesões cirúrgicas podem ser restauradas por primeira intenção, adotando esta classificação quando suas bordas são aproximadas no ato cirúrgico, houve pouca perda de tecido e a presença de secreção é mínima; por segunda intenção, quando as lesões tendem a permanecer abertas, houve perda significativa de tecido e presença em grande quantidade de secreção e; por terceira intenção, caracterizando a lesão na qual houve presença de secreção, resultando no afastamento das bordas e cuja reaproximação só ocorrerá cirurgicamente após ausência desta secreção no leito da ferida (CARVALHO, 2012).

Diferente das pesquisas sobre as lesões cutâneas em adultos e idosos, este assunto é pouco pesquisado no contexto pediátrico, de tal modo, sua incidência, bem como a continuidade da assistência de enfermagem pós-alta hospitalar, fato que torna relevante a realização de pesquisas capazes de descrever o cenário atual da ocorrência destas lesões e suas alusões associadas à faixa etária em estudo.

Neste contexto e, fazendo correlação com as lesões cutâneas mais comuns em crianças internadas num hospital pediátrico no qual atuo como enfermeira, observo que estas lesões cutâneas não cirúrgicas estão associadas às lesões por pressão (LP) provenientes da inadequada fixação de dispositivos e equipamentos, lesões por extravasamento de soluções, neuropatias associadas às causas externas, doenças crônico-degenerativas, crianças em cuidados paliativos, deficiências nutricional e hídrica, anasarca, percepção sensorial diminuída secundário ao diabetes mellitus tipo I, pressão arterial elevada, saturação de

oxigênio diminuída e perfusão tecidual alterada e patologias decorrentes de infecções e/ou sepse.

Ainda para a compreensão deste cenário, as lesões cutâneas cirúrgicas constituem grande impacto na saúde das crianças atendidas nesta instituição, o que, segundo dados da Instituição apresentados à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), correspondentes ao período de janeiro a julho de dois mil e dezessete, ocorreram 196 cirurgias em nível ambulatorial que não demandaram internação pós-procedimento cirúrgico e 1496 cirurgias com internamentos na clínica cirúrgica da instituição (SISTEMA MV 2000i GESTÃO HOSPITALAR, 2017¹).

Assim, a motivação para o tema ocorreu a partir de minha vivência profissional em um hospital público pediátrico na cidade de Feira de Santana, Bahia, onde tive a oportunidade de presidir a Comissão de Pele e identifiquei minha afinidade com os cuidados com lesões cutânea em crianças. Estive como presidente da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem e contribui com a implantação da SAE em unidades assistenciais nesta Instituição, a qual conta com todas as etapas do processo de enfermagem (PE) efetivamente implementadas, dentre outras ferramentas inerentes a SAE.

Ainda, como representante do Núcleo de Segurança do Paciente, o qual atua com estratégias educacionais com a equipe para redução de agravos ou erros à saúde da criança hospitalizada, bem como possíveis condutas para a melhoria da assistência que lhe é prestada, a fim de reduzir esta frequente problemática e suas implicações à criança e sua família, num contexto cuja assistência de enfermagem e sua sistematização no pós-alta hospitalar ainda não é implementada e nem assegurada como estratégia de continuidade de um cuidado mais humanizado e eficaz.

Houve a implantação de um consultório de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea em pós-alta hospitalar, onde promoveu-se melhora na qualidade de vida, a uma população vulnerável à perda de integridade cutânea. Diante desta vivência surgiu o seguinte questionamento: Como implantar a consulta de enfermagem no pós-alta hospitalar à criança com perda da integridade cutânea?

Para tanto, tornou-se necessária à intervenção da equipe de enfermagem no pós-hospitalização da criança, para que a assistência fosse garantida no intuito de prestar-lhe

¹ O sistema MV 2000i gestão hospitalar é um Sistema de Gestão Hospitalar, que administra as informações geradas em todos os setores do seu hospital, possibilitando uma visão integrada dos processos organizacionais e o controle eficiente dos recursos, custos e resultados da instituição (LEITÃO, 2006).

cuidados eficazes e contínuos, ampliando esta assistência no pós-alta, uma vez que o cuidar de enfermagem contribuiu para minimizar o sofrimento e tornou a criança menos susceptível as complicações inerentes as suas características fisiológicas particulares, imaturidade funcional sistêmica, desigualdades biológicas nas diferentes etapas de seu amadurecimento, o que muitas vezes, culminava em re-hospitalizações e, por conseguinte aumento dos gastos no orçamento institucional.

Este estudo objetivou implantar a consulta de enfermagem no pós-alta hospitalar à criança com perda da integridade cutânea e seu familiar/cuidador. como objetivos específicos pretendeu-se identificar necessidades humanas em crianças no pós-alta hospitalar com perda de integridade cutânea e de seus familiares/cuidadores; bem como, conhecer as dificuldades dos familiares/cuidadores para a manutenção dos cuidados à criança com perda da integridade cutânea pós-alta hospitalar e traçar planos terapêuticos individualizados às crianças com perda de integridade cutânea e seus familiares/cuidadores para assegurar continuidade dos cuidados.

A relevância deste trabalho esteve em possibilitar a construção do conhecimento sobre a perda da integridade cutânea e em contribuir para um cuidar eficaz e humanizado à criança portadora de lesões em condição de alta hospitalar, como garantia de continuidade da assistência e da acessibilidade, reduzindo danos à criança e contribuindo para sua reabilitação e reinserção em seu contexto sócio-cultural, bem como para o desenvolvimento de habilidades e empoderamento do familiar no processo do cuidar com qualidade e resolubilidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica, segundo Deslandes; Minayo (2008), se constitui na etapa do projeto de pesquisa que consiste na definição dos pressupostos teóricos, das categorias e conceitos a serem utilizados e que dão suporte para as explicações dos resultados esperados ao final da pesquisa.

2.1 Principais lesões cutâneas observadas na criança hospitalizada

A pele é um órgão complexo capacitado a exercer várias funções por possuir propriedades físicas, químicas e biológicas. Dentre as várias funções que assumem, é tida como barreira cutânea, proteção mecânica, termorregulação, vigilância imunológica e previne a perda insensível de fluídos corporais. Mais precisamente, a pele da criança, a qual, segundo Behrman; Kliegman (2014) é definida como uma superfície contínua, fina, delicada, sensível e frágil que, apesar da estrutura semelhante à pele do adulto, possui maior sensibilidade a irritantes químicos e permeabilidade a agentes tóxicos, estando sujeita ao aparecimento de lesões como resposta aos mínimos traumas.

Variadas são as situações que resultam em perda da integridade cutânea na infância. Dentre elas destacam-se os procedimentos cirúrgicos, os ferimentos acidentais em tecido com objetos perfurocortantes, traumas, uso prolongado de dispositivos para oxigenoterapia e situações que exigem imobilidade no leito, podendo gerar as úlceras por pressão ou até doenças dermatológicas como epidermólise bolhosa, impetigo entre outras que são desencadeadas por microorganismos patogênicos e que exige da enfermeira habilidades diferenciadas para resolver as necessidades biopsicossociais da criança hospitalizada.

Correlacionando as principais lesões cutâneas com a faixa etária da criança, observa-se em crianças menores de um ano, um amplo espectro de incisões cirúrgicas decorrentes de malformações. Estas podem ocorrer em vários sistemas como no sistema nervoso central, conhecidas como hidrocefalia, mielomeningoceles; no sistema respiratório, levando a situações como a hérnia diafragmática; no aparelho gástrico culminando em atresia de esôfago, estenose de duodeno, imperfuração anal, onfalocele, gastrosquise; no sistema genito-urinário distrofia de bexiga e/ou cloaca, entre outras que aumentam o nível de estresses nas

mesmas, contribuindo e intensificando as reações de medo e insegurança na família (BROERING; CREPALDI, 2011).

Em maiores de um ano, as incisões cirúrgicas geralmente estão associadas a situações que envolvem infecções por microorganismos de caráter agudo que atingem tecidos mais profundos da pele como celulite e fascíte; procedimentos de remoção de regiões anatômicas prejudicadas a exemplo da situação de apendicectomia, remoção de tumores, projétil por acidente com arma de fogo; colocação de drenos, bem como cateteres também muito utilizados para crianças menores de um ano, para auxílio na terapêutica e que justificam as lesões cutâneas em crianças; desbridamento de complicações de situações que levam a perda da integridade cutânea; além das correções cardíacas e ortopédicas que demandam internamentos prolongados e que culminam em prejuízo na mobilidade (AZULAY; AZULAY, 2011; STANLEY, 2012).

Neste contexto, autores como Blanck; Barros (2008) sinalizam que, neste cenário de hospitalização prolongada, mobilização prejudicada e risco aumentado para infecções, estas descontinuidades cutâneas representam risco para a vida das crianças, podendo levar desde uma LP até o óbito por septicemia, quando as mesmas têm como quadro clínico de base, as doenças graves ou terminais. Assim, a enfermagem pode oferecer um cuidado que evite o prolongamento da hospitalização necessário para restauração da saúde, que minimize o desconforto da restrição ao leito, os agravos à saúde da criança; favorecendo assim o retorno ao convívio familiar e realização de suas atividades cotidianas da infância.

Dentre as lesões observadas durante a hospitalização, destacam-se as lesões por pressão as quais são desenvolvidas na população pediátrica em situação crítica, cuja mobilização encontra-se prejudicada. Destaca-se como agravo à saúde da criança, pois mesmo com o surgimento de tecnologias associadas ao cuidar, continuam sendo uma importante causa de morbimortalidade que impactam na qualidade de vida e sobrevida destas crianças hospitalizadas e seus familiares.

As LP são entendidas por lesões cutâneas decorrentes da isquemia gerada como resultado da pressão isolada ou em combinação com cisalhamento e/ou fricção, e contribuintes na pele, tecidos adjacentes e ossos, algumas vezes facilitadas por todo aparato tecnológico inovador, e vem se constituindo um problema relevante no cenário de atenção à saúde (LUZ et al. 2010).

Na criança, as causas mais comuns de LP estão associadas ao uso de dispositivos de oxigenoterapia como o *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), uso de placas de traqueostomia ou de monitoramento da saturação de oxigênio, bem como lesões por

extravasamento de soluções hipertônicas ou vesicantes, déficit hídrico, pacientes com restrição ao leito como: as crianças neuropatas, em tratamento oncológico, apresentando ineficiência na perfusão e ventilação eficaz, alterações metabólicas, em anasarca, em pós-operatório com necessidade de sedação prolongada, que são situações comuns na hospitalização prolongada em criança (SCHINDLER et. al., 2011).

A atuação da equipe de enfermagem é fundamental na prevenção dos agravos à pele e na redução de complicações frente a criança hospitalizada. Para tanto, torna-se necessário o comprometimento e a motivação desta equipe, destacando-se sua importância para o planejamento do cuidar, já que na abordagem do cuidado centrado na criança, o foco de assistência passa a ser a criança em sua unidade biopsicossocial e sua família.

Deste modo, a implementação de um cuidar sistematizado e integral garantirá melhores resultados na assistência prestada, permitirá a identificação de condições desfavoráveis às crianças hospitalizadas, o reconhecimento de potencialidades e a detecção de fatores de risco para a aplicação de medidas preventivas em situações de potencial complicação que tendem a persistir após a alta.

Assim, a enfermeira precisa assumir uma postura de facilitadora no processo de empoderamento deste familiar/cuidador na promoção do cuidado após a alta hospitalar, a fim de eles possibilitem o bem-estar, a restauração do corpo e da alma e a dignidade do ser cuidado. Para tanto, ouvir sobre seus medos, dúvidas e necessidades, apoiá-los no período do internamento, investir no plano de alta, bem como nas orientações e capacitações desses prováveis familiares/cuidadores reduz em si próprios temores por complicação da lesão cutânea e contribui para a plenitude do cuidar expressa pela dedicação à provisão, atenção, afeto, conforto à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar (BARBOSA, BALIEIRO, PETTENGILL, 2012).

2.2 Perda da integridade cutânea na infância

A assistência adequada à criança hospitalizada condiciona o reconhecimento de suas necessidades específicas, considerando-se as diferentes etapas de seu desenvolvimento. Neste contexto, o grande desafio do profissional em saúde é proporcionar a integridade cutânea, como resultados positivos para a saúde da criança hospitalizada, uma vez que, para que a pele, dentre suas variadas funções, realiza a defesa do organismo frente às diversas alterações ou mudanças às quais o indivíduo está exposto, ainda, possibilita a proteção dos órgãos internos,

facilita a regulação térmica, permite o equilíbrio hidroeletrólítico e se constitui um órgão sensitivo capaz de receber impulsos táteis provenientes do ambiente (NETTINA, 2003).

Nesta prerrogativa, convém referir que a pele é o maior órgão do corpo humano, é constituída por três camadas conhecidas por epiderme, derme e hipoderme que funcionalmente, estão intimamente relacionadas. A primeira é formada por epitélio pavimentoso estratificado, a segunda por tecido conjuntivo denso, a qual continua, em geral, com o tecido celular laxo cutâneo, de onde se origina a hipoderme, a camada mais interna, que é rica em tecido adiposo (BARATA, 2002; CARVALHO, 2012).

Mais precisamente, a epiderme é tida como a camada mais superficial da pele, responsável pela produção da queratina, proteína que oferece proteção, elasticidade e impermeabilidade ao organismo contra agressões externas. Suas células estão dispostas em camadas, originadas da camada basal que se diferencia na proporção que se superficializam e são conhecidas por queratinócitos, melanócitos, as células de Langerhans e as células de Merkel, as quais, em criança, possuem funcionalidade diminuída devido suas propriedades físico-químicas alteradas, que tendem a equivaler com a pele do adulto, à medida que atingem maior diferenciação com a sobreposição dos anos de vida (MACHADO, 2010).

A derme se constitui a segunda camada da pele, localizada abaixo e internamente a epiderme, é formada por um tecido conjuntivo composto por fibras elásticas, colagénicas, proteicas, reticulinas, vasos sanguíneos e linfáticos, terminações nervosas, órgãos sensoriais, folículos pilosos e glândulas sudoríparas e sebáceas. Toda esta estrutura é responsável por dar a pele à capacidade de distender-se quando tracionada, voltando ao seu estado original quando a tração é interrompida, bem como impedir a perda de calor, fazer a reserva de material nutritivo e lubrificação da pele e os pêlos. Na criança, segundo Barel (2009), as diferenças morfológicas da derme são mais acentuadas que na epiderme, levando em consideração a estrutura do adulto, uma vez que possuem menor quantidade de fibras de colágeno e elastina, tornando-a mais fina até os três anos de vida, quando potencializam o processo de maturação.

Por fim, constituindo a pele, têm-se a hipoderme, também designada por tecido subcutâneo. É composta por adipócitos que permite o depósito de calorías com o intuito de proporcionar proteção térmica e mecânica e está localizada mais profundamente abaixo da derme, se comportando como elemento de junção de órgãos internos. Na pele infantil, é considerado o estrato mais imaturo segundo Machado (2010), potencializando o risco de desidratação secundário a menor capacidade de manutenção da homeostasia e maior absorção percutânea, por conseguinte, perda da integridade cutânea por micro-lesões e infecções.

Para além do que já foi referido, é importante salientar que o potencial hidrogeniônico (pH) da pele ao nascimento tendência a ser ligeiramente alcalino, cerca de 6,34 e, com o passar dos dias tende a diminuir este valor, tornando-se relativamente ácido, semelhante ao pH da pele de um indivíduo adulto (MACHADO, 2010; PINHEIRO; PINHEIRO, 2007). Esta modificação no pH é extremamente importante para inibir a multiplicação de microrganismos patogênicos, aos quais a criança hospitalizada se torna ainda mais exposta. Neste contexto, a manutenção da integridade cutânea nestas crianças é caracterizada como um processo complexo porque numerosos fatores influenciam na habilidade para prover adequadamente suas funções e hígidez, a exemplo da idade, exposição à radiação ultravioleta, hidratação, medicações, nutrição, danos, entre outros.

A integridade cutânea é considerada um elemento importante na restauração da vida da criança hospitalizada, que depende de fatores internos e externos e outros ainda desconhecidos. Assim, o cuidado com a integridade cutânea da criança hospitalizada é uma atividade importante da enfermagem e que requer conhecimento e aplicação de medidas de cuidado relativamente simples, mas que são eficazes para minimizar a ocorrência de dor, sofrimento, desfiguramento, infecções locais ou sistêmicas e garantir a sobrevivência humana (MAIA et al., 2011). Contudo, quando se observa a existência de falhas na prevenção de danos à pele, no aparecimento ou sobreposição de fatores que minimizam a hígidez cutânea, instala-se a lesão que, segundo Costa (2014) é denominada de perda da integridade cutânea, originada por diversas condições fisiopatológicas, degenerativas, ou ambas, que acarreta consequências significativas num contexto biopsicossocial da criança hospitalizada.

Assim, o prejuízo da perda da integridade cutânea na criança é imensurável, podendo afetar desde seu estilo de vida devido à dor, dificuldade de mobilidade, depressão, perda da autoestima, isolamento social, inabilidade para atividades diárias até a alteração da imagem corporal, proporcionando uma diminuição na qualidade de vida.

Neste sentido, a enfermeira exerce papel de grande relevância na assistência à criança com perda da integridade cutânea, pois este profissional mantém contato prolongado com a mesma, permitindo não apenas a avaliação de sua lesão, o planejamento dos cuidados, mas acompanha sua evolução, identifica suas necessidades individuais, supervisiona a presença de fatores locais, sistêmicos e externos que interferem no processo de cicatrização e se corresponsabiliza em sanar agravos dos aspectos psicológicos juntamente a outros profissionais adotando medidas condizentes a problemática com o objetivo de auxiliá-la em sua recuperação e permitir o alcance de sua resiliência.

Associado ao papel da enfermagem frente à criança com perda da integridade cutânea, evidencia-se a importância da família na adequação dessa à sua nova condição física e emocional, permeada por instabilidade e muitas vezes por sentimento de frustração. Girardon-Perlini (2009) afirma que, este efeito negativo pode ser minimizado à criança, uma vez que a família por sua interconexão com essa, é capaz de melhor entender a repercussão da experiência vivida por esta e propor adoção de condutas adequadas.

Para tanto, a enfermagem deve adotar o cuidado centrado no indivíduo e na família, proporcionando o alívio do sofrimento dos envolvidos, já que essa estratégia do cuidar se constitui importante foco do cuidado e suporte para seus membros. Ratificando tal afirmativa, Regmi; Regmi (2012) relatam que, torna-se necessário o reconhecimento dos cuidadores a fim de identificar suas dificuldades, seus esforços para partilhar as responsabilidades, bem como suas forças a serem canalizadas no processo do cuidar da criança com perda da integridade cutânea, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida e restauração da saúde dessa criança, evidenciando a utilidade da abordagem holística e não num cuidar centrado exclusivamente na ferida.

2.3 Sistematização da assistência de enfermagem (SAE)

O cuidado com a integridade cutânea da criança hospitalizada é uma atividade importante da enfermagem, uma vez que se constitui como elemento essencial à sobrevivência humana. Neste contexto, a SAE apresenta-se como tecnologia para o cuidar/cuidado com base no saber científico, regulamentada no Brasil pela Resolução nº358/2009 e que se constitui uma estratégia de organização da assistência de enfermagem (BACHION; RAMOS; ANTUNES, 2010).

Permite que a enfermeira alcance a assistência qualificada, humanizada e efetiva, atentando para as especificidades de uma criança hospitalizada com perda da integridade cutânea e propondo melhorias na qualidade do cuidado por meio da aplicação do Processo de Enfermagem que permite a avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções, e dos resultados de enfermagem, subsidiando a continuidade das ações pela equipe, a avaliação de sua eficácia e efetividade e, modificação de acordo com os resultados percebidos.

Organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Este é considerado como a dinâmica das ações

sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Possui cinco etapas dinâmicas e interdependentes conhecidas por coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação e contribui para que a assistência seja realizada de maneira sistematizada, contínua e eficaz (COFEN, 2009; CARVALHO; BACHION, 2009; BACHION; RAMOS; ANTUNES, 2010).

Com base na Resolução nº358/2009, a primeira etapa, a coleta de dados, destina-se à identificação de problemas à saúde do ser humano que está sendo assistido a fim de planejar cuidados imediatos. Para tanto, utiliza-se de métodos e técnicas variadas, como possibilidade de aquisição de informações completas e organizadas, necessárias para implementação das fases subsequentes (COFEN, 2009).

Esta etapa do PE, quando aplicada na infância, exige da enfermeira muita habilidade e sensibilidade ao conduzir o encontro terapêutico, uma vez que, através das informações colhidas com familiares e/ou com a criança permitirão à enfermeira analisar e entender melhor, sob o ponto de vista biopsicossocial, as necessidades desta criança e o contexto socioeconômico que a mesma e sua família está envolvida, o que pode potencializar suas vulnerabilidades aos agravos à saúde (HOCKENBERRY, 2014). Assim, é essencial o manejo específico da equipe de enfermagem, condicionando-a à adoção de estratégias que possibilitem a identificação de possíveis caminhos para o alcance precoce dos objetivos propostos para a assistência.

Cabe então a enfermeira, coletar precisamente os dados, utilizando a anamnese, a fim de levantar dados subjetivos acerca da história familiar, alterações fisiológicas, social e da queixa principal, que nem sempre está associado à descontinuidade cutânea, mas ao impacto desta à criança e sua família. Quando bem realizada a anamnese proporciona a enfermeira uma visão mais global a respeito da criança com perda da integridade cutânea e transcende o aspecto biológico do assistir (SILVA et. al., 2015).

Após a fase da coleta de dados, no PE, avança-se para a identificação do diagnóstico de enfermagem. Esta fase trata-se da análise dos dados coletados, pela qual são identificadas as situações que darão embasamento para a elaboração da prescrição de enfermagem, uma vez que através da coleta de dados é possível evidenciar as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. Nesta etapa a enfermeira dispõe de diferentes taxonomias, dentre elas a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA INTERNACIONAL (NANDA- I), reconhecida mundialmente e bastante difundida no Brasil, a *Nursing Interventions Classification* (NIC), uma classificação abrangente e padronizada das intervenções de enfermagem, publicada pela primeira vez em

1992 e cujas intervenções de enfermagem focam no comportamento de enfermagem que auxiliam o paciente a progredir em direção ao resultado desejado (JOHNSON, et. al., 2012).

Ainda, tem-se a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), uma classificação abrangente e padronizada dos resultados de pacientes, que pode ser utilizada na avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem, publicada pela primeira vez em 1997 e a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE[®]) que se constitui de um sistema de linguagem unificado de enfermagem, que traz um contributo significativo para a obtenção de dados sobre a prestação dos cuidados de saúde e permite a geração de dados confiáveis e válidos baseado no trabalho de enfermagem (GARCIA, 2015).

Como taxonomia bem difundida, a NANDA-I permite desenvolvimento e aperfeiçoamento dos diagnósticos de enfermagem. Estabelecida em 1973, quando um grupo de enfermeira de St. Louis organizou o primeiro Grupo de Conferência Nacional Para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem nos Estados Unidos da América. Até 2000, a NANDA-I classificava os diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia I, estruturada por 9 categorias voltadas aos padrões de respostas humanas como trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir (NANDA INTERNACIONAL, 2015).

Em 2001, a NANDA-I foi estruturada à Taxonomia II voltada aos padrões funcionais de saúde, a qual contém 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos e segue sendo aperfeiçoada, com a inclusão de novos diagnósticos. Atualmente, apresenta-se em 13 domínios, descritos por promoção à saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios da vida, segurança/proteção, conforto, crescimento/desenvolvimento; os quais agrupam 234 diagnósticos em 47 classes (NANDA INTERNACIONAL, 2015).

Na NANDA-I estão elencados os diagnósticos reais com foco no problema cujos sinais e sintomas já estão instalados no ser cuidado; os diagnósticos de risco, o qual os dados coletados tecem julgamento clínico a respeito da vulnerabilidade do indivíduo para desenvolvimento de respostas indesejadas ao processo de restauração da sua saúde; e os diagnósticos de promoção da saúde, que se contempla em propor julgamentos clínicos a respeito da motivação e em ações que efetivam a promoção do bem-estar, além dos diagnósticos de síndrome quando um diagnóstico se associa a um feixe de outros diagnósticos.

Para favorecer a etapa diagnóstica espera-se que o exame constante na primeira etapa tenha sido orientado no sentido céfalo-podálico com a aplicação dos métodos propedêuticos: inspeção, palpação, percussão e ausculta valorizando, na infância, fatores como: avaliação da sensibilidade, estado nutricional, hidratação cutânea, distúrbios da oxigenação, dificuldade na movimentação, distúrbios do comportamento associados à perda ou à alteração da autoimagem, que podem interferir no processo de reparação cutânea e mais precisamente na restauração da saúde da criança (POTTER; PERRY, 2013).

Na criança com perda da integridade cutânea, os diagnósticos em enfermagem devem se voltar para a lesão cutânea e os agravos repercutidos por ela no organismo infantil e de seus familiares. Assim, convém sinalizar que, na tentativa de promover um cuidado singular, integral e holístico a população infantil, estes diagnósticos de enfermagem devem contemplar suas demandas subjetivas e biológicas.

Quando um diagnóstico de enfermagem é definido, especifica-se um resultado a ser alcançado tornando-se necessário à intervenção e sua avaliação. Nesta perspectiva, dando continuidade às etapas do PE que se torna exequível pela sistematização da assistência de enfermagem, têm-se a terceira etapa, conhecida como planejamento. Esta consiste na determinação das ações ou intervenções de enfermagem que serão implementadas, a fim de alcançar objetivos pré-estabelecidos, face às respostas encontradas através da etapa inicial do PE (CARVALHO; GARCIA 2002; COFEN, 2009).

Para planejar a assistência, torna-se necessário conhecer a criança hospitalizada, sua(s) descontinuidade(s) cutânea(s), terapêuticas existentes, para que, finalmente, agregando essas informações às intervenções de enfermagem, os profissionais possam atingir suas necessidades reais e potenciais. Por isso as etapas que precedem o planejamento (coleta de dados e diagnóstico) são fundamentais para que se conheça a etiologia, os tipos de avaliação da descontinuidade cutânea nesta criança, bem como os fatores que contribuem ou prejudicam sua reparação subsidiando a implementação de cuidados.

A implementação das ações, representa a quarta etapa do PE, a qual está voltada à realização das ações ou intervenções propostas na fase anterior a fim de atender as necessidades do ser assistido. Dealey (2013) sinaliza que, para a implementação da assistência ocorrer de forma eficaz, torna-se necessário considerar os dados coletados na primeira etapa embasada pela anamnese e exame físico, bem como a avaliação da área de descontinuidade cutânea e os tipos de tecnologias existentes e possíveis de serem aplicáveis na criança hospitalizada.

E por fim, a última etapa do PE refere-se a avaliação daquilo que foi implementado. É entendida como um componente que investiga contínua e sistematicamente se as ações de enfermagem atingiram os resultados esperados no intuito de sanar as necessidades evidenciadas no indivíduo (NANDA-I, 2015). Convém à enfermeira, frente às necessidades da criança e sua maior instabilidade sistêmica, investigar se as mudanças no estado de sua saúde são evidentes, se existem novos problemas de enfermagem que precisam ser resolvidos ou se a intervenção foi tida como eficaz e devolveu a criança seu bem-estar minimizado pelo agravo a sua saúde.

2.4 Continuidade dos cuidados pós-alta da Criança

O momento da alta hospitalar costuma trazer à criança hospitalizada e seu cuidador, sentimentos ambíguos, como satisfação e medo. Satisfação pela criança encontrar-se em processo de recuperação e por voltar para casa, e medo, principalmente por parte do cuidador, por sentir-se inseguro sem o suporte da equipe de saúde, já que, geralmente, deverá dar continuidade ao retorno às condições de higiene ou de adaptação a nova realidade desta criança.

Com maior frequência, a alta hospitalar vem ocorrendo em condições clínicas favoráveis ao paciente, mas não em total restauração da saúde do mesmo, tendo para tanto, a justificativa da diminuição do custo hospitalar, dos avanços tecnológicos na área da saúde e dos riscos inerentes à hospitalização. Na área pediátrica, essa prática também é defendida, sob o argumento de que a redução do tempo de internação minimiza os efeitos danosos psíquicos nesta criança decorrente da separação da criança e sua família, bem como de sua hospitalização e ainda, reduz riscos infecciosos decorrentes de sua permanência num ambiente hospitalar (POMPEO et al., 2007).

Contudo, a criança ainda encontra-se vulnerável após a alta hospitalar, retorna para seu domicílio e comunidade ainda dependente de cuidados à sua recuperação, estes, geralmente prestados por seus familiares, que agregam o papel de familiares/cuidadores, os quais mesmo participativos no processo assistencial à criança hospitalizada se sentem inseguros e despreparados para a continuidade destas atividades que passam a ser desenvolvidas no âmbito domiciliar interferindo em suas rotinas diárias e laborais, o que muitas vezes, pela exigência de uma quantidade enorme de energia física, emocional, conhecimento e habilidade dos cuidadores, a assistência a essa criança pode ser negligenciada

ou interrompida, desta forma contribuir para o aumento das taxas de readmissão hospitalar, resultando na elevação dos custos de atendimentos hospitalares e efeitos prejudiciais à saúde da mesma (DARBYSHIRE, 2015).

Na tentativa de facilitar a continuidade e a qualidade de assistência de saúde, garantida pela Assembléia Geral da Associação Médica Mundial (1998), a enfermagem tem papel essencial no que concerne ao acesso a cuidados diretos, quando necessário, e à informação correta sobre sua evolução e restabelecimento pleno de sua higidez.

Autores como Glanzner e outros (2006), vêm sinalizando acerca da realidade de países desenvolvidos e apresentam o planejamento de alta do paciente, como estratégia efetiva no âmbito ambulatorial, para a manutenção do cuidado durante o período pós-alta hospitalar, bem como ratificar os valores da integralidade das ações e serviços de saúde propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e superar a fragmentação do cuidado. Esse possui objetivo de prover uma transferência segura, evitando dificuldades para a criança no pós-alta hospitalar e seus cuidadores em estabelecer novos encontros terapêuticos com a equipe de enfermagem, o que poderia resultar em re-hospitalizações e, conseqüentemente, aumento dos custos pelo sistema de saúde.

Contudo, esta prática difere da realidade do Brasil. O que se observa rotineiramente são altas pouco planejadas e na maioria das vezes, a dispensação de muitas informações pelo profissional de saúde no momento que antecede o fim da hospitalização; em curto período de tempo; o que dificulta a aquisição de conhecimentos para o cuidado, o resgate da cidadania, estímulo à interação familiar/cuidador no processo de recuperação, bem como troca de experiência e apoio emocional à família nas atividades a serem realizadas na perspectiva do cuidado integral.

Tenta-se sanar esta lacuna no pós-alta hospitalar implantando serviços voltados à visita domiciliar pós-alta ou destinados ao atendimento em domicílio por um período de tempo necessário para empoderamento do cuidador às novas rotinas do cuidado à criança pós-hospitalizada, especialmente durante os primeiros dias de transição desta nova realidade.

Mais raramente, realiza-se a implantação de programas de pós-alta hospitalar nos quais, alguns estão voltados apenas a atividades educativas à família, na tentativa de promoção de cuidados em domicílio e outros voltados a atividades assistenciais por profissionais de saúde, ambulatorialmente, em tempo pré-estabelecido no momento da alta, a fim de esclarecer dúvidas; permitir monitorar a evolução e o aparecimento de eventos adversos, possibilitando ajustes e encaminhamentos a serviços necessários antes que ocorra

piora do quadro, criando possibilidades de manutenção ou melhoria do estado de saúde desta criança (CESAR; SANTOS, 2005).

Nestas variadas estratégias que tendem garantir o cuidado à criança pós-hospitalização, a enfermeira tem um papel fundamental, pois é considerada o profissional mais próximo a esta criança outrora hospitalizada e o elo entre os demais membros da equipe multiprofissional.

Esta condição lhe permite identificar condições biopsicossociais, expressas por necessidades humanas básicas que condicionarão prováveis situações de vulnerabilidades deste familiar/cuidador a esta criança e neste sentido estabelece-se soluções as situações adversas; contribui com a reabilitação da criança à luz da teoria das necessidades humanas básicas, uma vez que não disseminam agravos à saúde da criança; permite aquisição de habilidades pelos familiares/cuidadores, os quais se sentem estimulados ao desenvolvimento da autonomia, satisfação, e em condições mais adversas, o alcance da resiliência.

3 METODOLOGIA

O caminho metodológico, segundo Minayo (2012), envolve a escolha do método, o espaço da pesquisa, o grupo selecionado de acordo com critérios de inclusão e/ou exclusão, instrumentos e técnicas para a aquisição de dados e o processamento dos mesmos, para análise.

3.1 Tipo do estudo

Este estudo tratou-se de uma proposta de intervenção que, como o próprio nome alude, definiu e orientou as ações planejadas para resolução de problemas e/ou necessidades identificadas, preocupando-se em gerar mudança e desenvolvimento (SOMEKH; LEWIN, 2015).

Fundamentou-se nos pressupostos da pesquisa-ação, considerada como uma pesquisa social que permite, segundo Thiollent (2011), que os pesquisadores sejam interventores na proposição de soluções frente à problemática encontrada, no acompanhamento e na avaliação

das ações desencadeadas ao alcance desta resolubilidade; que o objeto de investigação se constitua pela situação social; que o objetivo esteja voltado a resolver ou pelo menos esclarecer situação observada e que o(s) sujeito(s) seja(m) dotado(s) de uma autonomia, mesmo que autorizado pelo seu saber, para que se torne executor durante as práticas assistenciais, participativas e modificadoras da realidade.

As autoras Santana; Nascimento (2010) defendem que a pesquisa-ação deve basear-se na influência mútua, entre os atores sociais envolvidos na situação de pesquisa e pesquisador social, que deixassem a condição de objeto investigado na pesquisa tradicional e passassem a ser participantes do processo investigativo, estabelecendo uma relação nivelar.

Para a realização da pesquisa-ação foram utilizadas técnicas e instrumentos diferenciados e foi operacionalizada em cinco fases (THIOLLENT, 2011 p.56):

- a) conhecimento da realidade, com a identificação de problemas para a elaboração de diagnóstico situacional. Também chamada fase exploratória, na qual se utilizam conversações, entrevistas individuais, coletivas e seminários;
- b) planejamento de ações, considerando as soluções possíveis para os problemas identificados;
- c) efetivação das ações planejadas sistematicamente;
- d) avaliação dos resultados obtidos;
- e) identificação do aprendizado adquirido a partir do problema.

O presente estudo seguiu as cinco fases referidas por Thiollent (2011), conforme fluxograma apresentado na página 40, por considerar que as mesmas contemplaram o objeto e os objetivos propostos. Assim, as ações referentes a cada fase foram evidenciadas na apresentação das etapas da implantação do projeto, na tentativa de melhor orientar o leitor.

3.2 Local do estudo

O campo da pesquisa escolhido para realização do estudo foi o Hospital Estadual da Criança (HEC), situado no município de Feira de Santana – BA.

De acordo com o IBGE (2010), este município é constituído de oito distritos: Bonfim de Feira, Governador João Durval Carneiro, Humildes, Jaguará, Jaíba, Maria Quitéria, distrito de Matinha e Tiquaruçu. Sua população total estimada em 2016 foi de 622.639 habitantes, com ligeira predominância do sexo feminino. Trazendo para realidade pediátrica feirense, observou-se que a população pediátrica em 2015 era de 102.497 (IBGE, 2016). Sua área é correspondente a 1.344 km², na qual está situado o Hospital Estadual da Criança (POPPINO, 2010).

Convém sinalizar que de janeiro a julho de 2017, houve no HEC 16.049 atendimentos à população infantil, conforme dados disponibilizados pela instituição e dentre esse quantitativo de atendimentos, 1.692 foram secundários a procedimentos cirúrgicos, o que supostamente indicou uma população que saiu de alta com ferida operatória. Ainda, na tentativa de reforçar a importância desta Instituição para a população pediátrica regional, no mesmo período, a média de atendimentos por dia foi de aproximadamente 76 crianças demandando cuidados de alta complexidade.

O HEC situado no bairro 35 BI, é um hospital de referência em atendimento pediátrico no estado da Bahia, presta atendimento público voltado para especialidades pediátricas de média e alta complexidade. Inaugurado em agosto de 2010, possui uma gestão terceirizada e segue, desde junho de 2015, sendo administrado pela Liga Álvaro Bahia contra a mortalidade infantil (LABCMI), entidade filantrópica que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

Atualmente conta com 156 leitos funcionando dos 280 leitos de internamento disponíveis em sua capacidade instalada e oferecem os serviços de atendimento de urgência e emergência, cirurgia, atendimento ambulatorial e unidade de apoio ao diagnóstico e terapia intensiva. Sendo assim, foi delimitado como *locus* para o estudo, o consultório alocado no ambulatório do HEC, onde se procedeu a consulta de enfermagem às crianças com perda da integridade cutânea em pós-alta hospitalar, egressas das unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, as clínicas médica e cirúrgica da Instituição e, que necessitaram de cuidados pós-alta.

3.3 Participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo enfermeiras que manifestaram à pesquisadora seu interesse para execução desta pesquisa e estiveram alocadas nos setores que assistiram crianças com perda da integridade cutânea; e cuidadores de crianças que saíram de alta com perda de integridade cutânea.

As enfermeiras, denominadas de **participantes interventoras**, estiveram destinadas a realizar a sistematização da assistência de enfermagem às crianças com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar, por adquirirem em seu processo formativo, conhecimentos e habilidade para esta ação e o seu quantitativo justificou-se pela possibilidade de estabelecer parcerias à continuidade das consultas à criança que foram assistidas em algum momento da

hospitalização por tais profissionais e que ainda apresentaram lesão cutânea em pós-alta hospitalar, o que facilitou a acessibilidade dessas crianças em situações de agravos ou complicações a sua saúde. Para tanto, nesta pesquisa, assumiram o papel de atores sociais envolvidos na resolução da problemática na Instituição em que estavam inseridas, na condição de pesquisadoras colaboradoras.

Como critérios de inclusão para **as enfermeiras** foram definidos: aquelas que estiveram alocadas nas unidades assistenciais do referido hospital, que demonstraram interessadas em participar da pesquisa-ação, que contribuíram com esta, disponibilizando um turno na semana para atendimentos às crianças com perda da integridade cutânea pós-alta hospitalar ambulatorialmente e participaram de todas as etapas necessárias para a coleta de dados.

Também participaram as crianças com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e seus familiares/cuidadores nomeados como **participantes alvos da consulta de enfermagem**, a partir dos quais se extraíram informações fundamentais para identificação das necessidades de cuidados no pós-alta hospitalar em crianças com perda da integridade cutânea e seu familiar/cuidador, uma vez que se fundamentou no cuidado à criança centrado na família; para elencar planos terapêuticos individualizados às crianças com perda de integridade cutânea e; conhecer as dificuldades dos cuidadores para a manutenção da assistência à criança com perda da integridade cutânea pós-alta hospitalar, contemplando os objetivos propostos por esta pesquisa.

Os critérios de inclusão das **crianças foram**: terem sido hospitalizadas por pelo menos 24h; ter recebido alta hospitalar ainda em processo de restauração cutânea e demonstrar interesse em participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão dos **familiares/cuidadores das crianças foram**: possuir maioria civil; ser familiar/cuidador de crianças com PIC instalada, e esta encontrar-se em preparação e/ou de alta hospitalar.

Estes **participantes alvos da consulta de enfermagem** (crianças com perda da integridade cutânea e seus familiares/cuidadores) foram captados no período de orientação para a alta hospitalar durante o agendamento do retorno ambulatorial. Neste contato, os cuidadores responsáveis pela criança foram informados acerca dos objetivos, riscos, benefícios da pesquisa.

Após o primeiro atendimento foi agendada a segunda consulta de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea, cujo espaçamento temporal foi definido pelas enfermeiras interventoras. Todas as consultas ocorreram em um consultório do Ambulatório

da Instituição para evitar interrupções ou constrangimento à criança, familiar/cuidador e assim atrapalhar a realização da coleta de dados.

Embora a presente proposta tenha se alinhado aos estudos qualitativos, os quais *a priori* não definem o número de participantes, por atender a exigências da Plataforma Brasil participaram quatro enfermeiras e 10 crianças com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e seus familiares/cuidadores com suas respectivas crianças, totalizando 24 participantes.

3.4 Estratégia para entrada no campo

A estratégia de entrada no campo foi importante para o desenvolvimento da investigação, pois nesta fase que se estabeleceram os primeiros contatos com as pessoas que se tinha necessidade de relacionar e já nesta etapa foi possível perceber erros insipientes e proceder às correções (MINAYO, 2012).

Inicialmente foi realizada uma reunião com os diretores e superintendentes apresentando-lhes a proposta de intervenção e possíveis contribuições desta pesquisa para a Instituição e para as crianças em pós-alta hospitalar e seu familiar/cuidador. Após este momento e com equivalente intuito, esta apresentação se estendeu as enfermeiras que estavam em unidades assistenciais, aos quais se estabeleceram parcerias à exequilibrade da pesquisa e pactuação da continuidade das consultas às crianças com lesões cutâneas em pós-alta hospitalar.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Para a construção do estudo foram utilizados para a coleta de dados: a entrevista semiestruturada realizada antes da consulta de enfermagem, a observação estruturada e o diário de campo aplicados durante a consulta de enfermagem pela própria mestrand, a qual, posteriormente se responsabilizou em transcrevê-las na íntegra. Também foram considerados dados obtidos da anamnese e o exame físico realizados pelas enfermeiras participantes, fazendo inferência ao raciocínio clínico, que segundo Menezes e outros (2015), se constitui uma expressão genérica para designação dos processos pelos quais as informações são obtidas e interpretadas para se chegar às conclusões necessárias para o cuidado em saúde da criança com perda da integridade cutânea. Convém sinalizar que os roteiros utilizados na coleta de

dados para a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) e o instrumento para consulta de enfermagem (APÊNDICE B) foram construídos durante a pesquisa-ação pelas enfermeiras interventoras.

A entrevista semiestruturada ocorreu num consultório privativo, o qual se destinou aos familiares/cuidadores que acompanharam sua criança antes das mesmas serem atendidas pelas enfermeiras interventoras. Essa técnica de coleta de dados favoreceu não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação, a compreensão de sua totalidade, manteve a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações com liberdade para desenvolver e explorar mais amplamente a percepção do entrevistado (TRIVIÑOS, 1987; TRIVIÑOS, 2008), permitindo a apreensão da percepção destes participantes no processo do cuidar partilhado à criança com lesão cutânea participante deste estudo.

As entrevistas duraram em média 30 minutos e após sua realização, as crianças com PIC, acompanhadas de seus familiares/cuidadores, passaram por consulta de enfermagem aplicada pelas enfermeiras participantes, onde os dados referentes ao estado clínico da criança com lesão cutânea em pós-alta hospitalar foram colhidos. As informações obtidas com a anamnese foram levadas em consideração (primeira etapa do PE: coleta de dados), a fim de prever ou explicar necessidades e/ou problemas de enfermagem encontrados, e por fim denominados por termos que expressaram o significado àquela condição que exigiu intervenção da enfermagem dispensadas sob forma de orientações verbais aos familiares/cuidadores as quais foram registradas em prontuário, bem como a evolução clínica da criança, e de sua lesão.

As enfermeiras durante a pesquisa-ação definiram dentre taxonomias, qual a mais pertinente ao contexto. Dentre essas taxonomias buscou-se investigar a Nursing Interventions Classification (NIC), a Nursing Outcomes Classification (NOC), a North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), dentre outras. Convém sinalizar que a realidade da Instituição cuja pesquisa ocorreu, esteve voltada parcialmente à taxonomia da CIPE®. Sinaliza-se como parcialmente, pois esta taxonomia se constitui um sistema de informação que classifica os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem, com fins de unificar todos os sistemas de classificação disponíveis mundialmente, conforme o CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2011), porém, o hospital não dispunha desse sistema e possuía apenas a autorização para aproximação com esta taxonomia.

Para tanto, nesta Instituição, a descrição dos diagnósticos de enfermagem identificados com base nos problemas das crianças assistidas se dava com auxílio de um impresso organizado em forma de *checklist*, onde a taxonomia da NANDA-I e as prescrições de enfermagem encontravam-se elencadas na disposição estrutural sugerida pelo sistema CIPE® e as enfermeiras apenas selecionava ou acrescentava DE e suas prescrições que não estavam contempladas no impresso.

Assim, nesta pesquisa optou-se pela taxonomia a NANDA-I, pois a mesma, com seu reconhecimento no contexto brasileiro, ofereceu condições para que a sistematização da assistência de enfermagem à criança no pós-alta hospitalar ocorresse de forma eficaz e otimizando o trabalho das enfermeiras, haja vista já ser utilizada por essas como base para traçar os diagnósticos das crianças hospitalizadas.

Paralelo a aplicação da consulta de enfermagem na qual se aplicava o PE na criança com perda da integridade cutânea (PIC) no pós-alta hospitalar, a pesquisadora aplicava a observação estruturada (APÊNDICE C) e construindo o diário de campo (APÊNDICE D). Este tornou a interpretação mais visível, permitindo ao pesquisador ser espectador das situações vividas, bem como do processo reconstrutivo que os originou e, por conseguinte, gerou reflexão crítica, nova compreensão por diferentes níveis de análise, síntese, interpretação por meio da subjetividade para transposição da descrição. Aquela consistiu em estruturar a observação, minuciosamente planejada, com vista a atender critérios preestabelecidos (SOMEKH; LEWIN 2015)

3.6 Etapas da implantação do projeto

A implantação da SAE ocorreu em duas etapas: a primeira esteve destinada a discussão do projeto, bem como da proposição de encontros com as enfermeiras para versar sobre a sistematização da assistência de enfermagem no pós-alta e na oportunidade de explicar a pesquisa e oficializar o convite; ainda, à captação das crianças e realização do agendamento das consultas e construção do instrumento para os atendimentos de enfermagem.

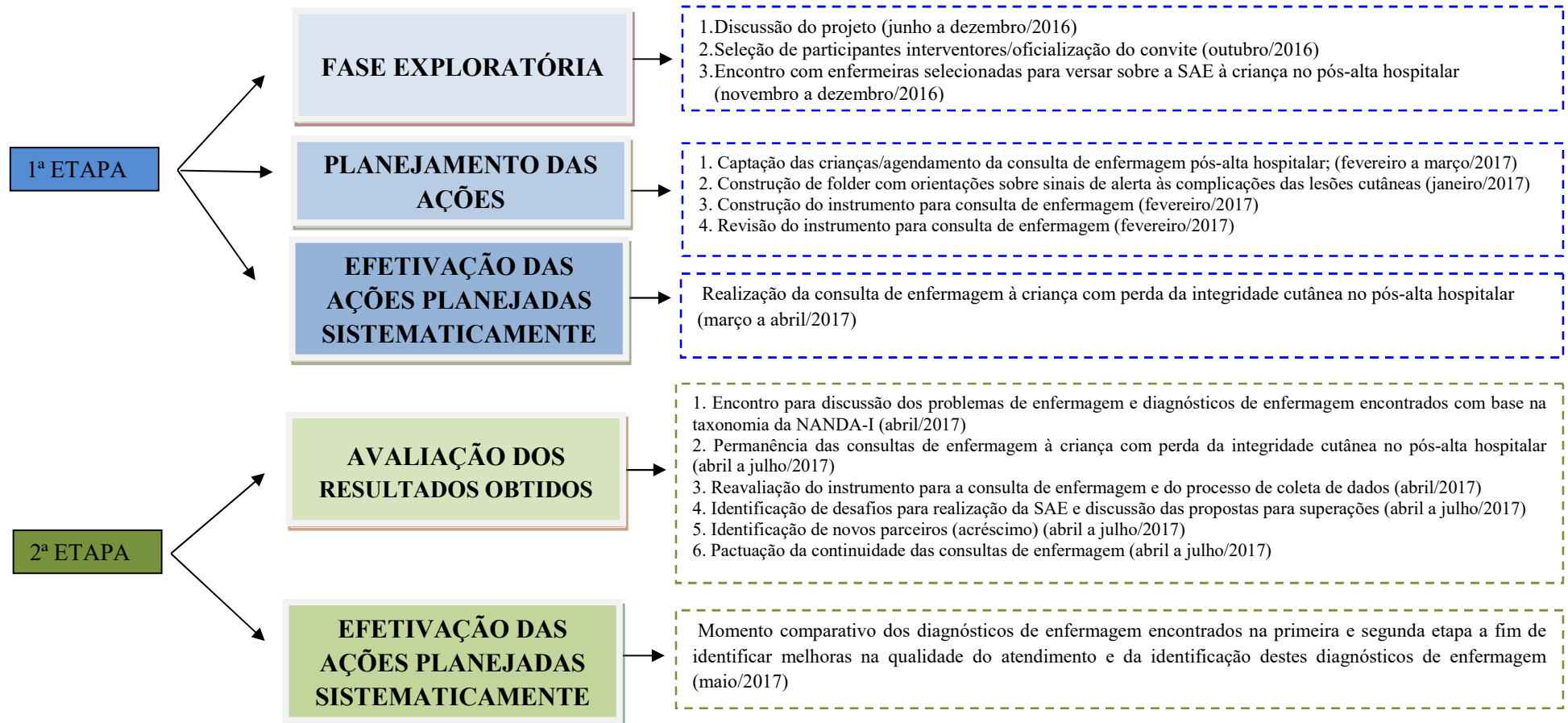
Na segunda etapa, foram desenvolvidas as consultas de enfermagem durante assistência às crianças com PIC e alta, em seguida foi realizado encontro para discussão dos problemas de enfermagem e diagnósticos encontrados com base na taxonomia da NANDA-I. Outro encontro com as enfermeiras houve a reavaliação deste instrumento utilizado no

atendimento de enfermagem, do processo de coleta de dados e do material construído pelas enfermeiras como suporte para os familiares/cuidadores (APÊNDICE E).

Ainda, necessitou-se de outro momento com as enfermeiras para discutir os desafios que as mesmas encontraram para realização da SAE; manutenção das consultas de enfermagem à criança com PIC no pós-alta hospitalar; identificação de novos parceiros para assegurar a continuação dos cuidados no pós-alta hospitalar, pactuação da continuidade das consultas à criança e por fim, foi feito um comparativo entre os diagnósticos de enfermagem encontrados na primeira e segunda etapa a fim de identificar melhorias na qualidade da identificação destes diagnósticos de enfermagem e da assistência prestada.

Ao operacionalizar a continuidade do serviço por meio da pesquisa-ação, instituiu-se que todas as crianças captadas durante a etapa do planejamento da alta-hospitalar e em consonância aos demais critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa seriam atendidas pelas enfermeiras até a restauração da integridade cutânea ser reestabelecida. Para tanto, em média este resultado exitoso variou de três a dez consultas de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar.

FLUXOGRAMA CORRELACIONANDO AS FASES DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO COM AS AÇÕES PROPOSTAS PELA PESQUISA



Fonte: elaborado pela autora

3.7 Considerações éticas

No Brasil, os aspectos éticos envolvidos em atividade de pesquisas que envolvam seres humanos estão regulados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que implica em consentimento livre e esclarecido dos participantes, beneficência, não maleficência, respeito à autonomia, justiça e equidade, o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Desta forma, esta dissertação respeitou as recomendações éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer de número 1.701.659 e CAAE: 57534516.7.0000.0053.

Para tanto, os participantes foram previamente informados acerca do objetivo, riscos, benefícios e justificativa da pesquisa, bem como, tiveram possíveis dúvidas esclarecidas antes da realização da pesquisa-ação. Esta só foi efetivada, após consentimento do participante, o qual resultou na coleta da assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE F) para maiores de dezoito anos e do termo de assentimento livre e esclarecido (APÊNDICE G) em maiores de 6 anos e menores que dezoito anos, os quais explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais. Os referidos documentos de autorização à participação na pesquisa foram assinados em duas vias onde, uma segue em posse da participante e outra retida com a pesquisadora, que garantirá anonimato dos dados envolvidos na pesquisa.

3.8 Análise dos Dados

Esta etapa da pesquisa correspondeu ao processo de ordenação dos dados, permitindo de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados.

Neste contexto, para o tratamento dos dados, utilizou-se da técnica da análise de conteúdo de Minayo, o qual permitiu agregar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto nas suas transformações, como construções humanas significativas, permitindo desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos

particulares e propiciar a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2012).

Nesta etapa, segundo Minayo (2012), a análise foi subdividida em: a) pré-análise que visou à transcrição de todos os dados obtidos, a leitura fluente de todo o material empírico (entrevistas e observações) permitindo contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; b) exploração do material, o qual, a partir da escolha dos trechos (recorte do texto em unidades de registro), foram submetidos a um estudo orientado pela fundamentação teórica, no intuito de possibilitar a codificação, classificação e agregação dos dados em categorias e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação que buscou desvendar o conteúdo latente, sendo que foi levado em consideração à fundamentação teórica, o problema e os objetivos do estudo.

4 RESULTADOS

A partir da análise dos dados coletados atendendo aos objetivos propostos, foram identificados necessidades humanas básicas das crianças com perda de integridade cutânea e de seus familiares/cuidadores no pós-alta hospitalar, bem como seus problemas e diagnósticos de enfermagem e os desafios dos familiares/cuidadores para a manutenção dos cuidados à essa criança no pós-alta hospitalar.

Os resultados foram organizados três artigos científicos, os quais serão apresentados a seguir: Percepção dos familiares/cuidadores sobre cuidar de crianças com perda da integridade cutânea; Problemas e diagnósticos de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea durante pesquisa-ação; Necessidades humanas de crianças com perda da integridade cutânea e seus familiares/cuidadores: Teoria de Maslow.

ARTIGO 1

**PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES SOBRE CUIDAR DE CRIANÇAS
COM PERDA DA INTEGRIDADE CUTÂNEA¹****PERCEPTION OF FAMILY / CAREGIVERS ABOUT CARING FOR CHILDREN
WITH LOSS OF SKIN INTEGRITY****PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES / CUIDADORES SOBRE CUIDAR DE NIÑOS
CON PÉRDIDA DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA**

Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos²
Evanilda Souza de Santana Carvalho³

Objetivo: conhecer os desafios dos familiares para a manutenção dos cuidados à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar.

Método: trata-se de estudo qualitativo fundamentado nos pressupostos da pesquisa-ação, desenvolvida nos meses de março a julho de 2017. Envolveu 10 familiares de crianças com perda de integridade cutânea. Os dados obtidos mediante entrevistas, observação não participante e diário de campo foram submetidos à análise de conteúdo.

Resultados: os familiares/cuidadores da criança com perda de integridade cutânea recebiam orientações para cuidados em domicílio no momento da alta, vivenciavam sentimentos de alívio, por sair da hospitalização e, medo de provocar danos, buscavam ajuda nos serviços e na vizinhança, superprotegiam a criança, para evitar danos e reinternação, e enfrentavam a carência de recursos para cuidar.

¹ Manuscrito elaborado a fim de atender um dos objetivos da dissertação de mestrado, intitulada “Implantação da sistematização da assistência de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar”.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS pelo Departamento de Saúde. Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica. Enfermeira do Hospital Estadual da Criança. ayana.teixeira@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UEFS pelo Departamento de Saúde. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdade em Saúde (Nudes). evasscarvalho@yahoo.com.br

Conclusão: a manutenção dos cuidados à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar requer dos familiares/cuidadores aplicação de medidas de proteção das lesões cutâneas, vigilância constante da criança na prevenção de traumas locais e infecções e busca de apoio nas unidades de saúde, para obter recursos materiais e orientações para o cuidado.

DESCRITORES: Avaliação em enfermagem. Enfermagem pediátrica. Cuidadores. Família saúde da família. Ferimentos e lesões.

ABSTRACT

Objective: to know the challenges of family members for the maintenance of care for children with loss of skin integrity after hospital discharge.

Method: this is a qualitative study based on the assumptions of the action research, developed in the months of March to July of 2017. It involved 10 relatives of children with loss of cutaneous integrity. The data obtained through interviews, non - participant observation and field diary were submitted to content analysis.

Results: the family/caregivers of the child with loss of skin integrity received guidelines for home care at discharge, experienced feelings of relief, getting out of the hospital and, for fear of causing harm, sought help in the services and neighborhood, overprotected The child, to avoid harm and readmission, and faced the lack of resources to care for.

Conclusion: the maintenance of care for children with loss of skin integrity after hospital discharge requires the application of measures to protect the skin lesions, constant vigilance of the child in the prevention of local traumas and infections, and the search for support in the Health, to obtain material resources and guidelines for care.

KEYWORDS: Nursing assessment. Pediatric Nursing. Caregivers. Family Health. Wounds and Injuries.

RESUMEN

Objetivo: conocer los desafíos de los familiares para el mantenimiento de los cuidados al niño con pérdida de la integridad cutánea en el post-alta hospitalaria.

Método: se trata de un estudio cualitativo fundamentado en los supuestos de la investigación-acción, desarrollada en los meses de marzo a julio de 2017. Envolvió 10 familiares de niños con pérdida de integridad cutánea. Los datos han sido obtenidos mediante entrevistas, observación no participante y diario de campo fueron sometidos al análisis de contenido.

Resultados: los familiares / cuidadores del niño con pérdida de integridad cutánea recibían orientaciones para cuidados domiciliarios en el momento de la alta, vivenciaban sentimientos de alivio, por salir de la hospitalización y, por miedo a provocar daños, buscaban ayuda en los servicios y en la vecindad, superprotegían El niño, para evitar daños y reinternación, y enfrentaban la carencia de recursos para cuidar.

Conclusión: el mantenimiento de los cuidados al niño con pérdida de la integridad cutánea en el post-alta hospitalaria requiere de los familiares / cuidadores aplicación de medidas de protección de las lesiones cutáneas, vigilancia constante del niño en la prevención de traumas locales e infecciones y búsqueda de apoyo en las unidades de atención Salud, para obtener recursos materiales y orientaciones para el cuidado.

DESCRIPTORES: Evaluación em Enfermeira. Enfermería Pediátrica. Cuidadores. Salud de la Familia. Heridas y Lesiones.

INTRODUÇÃO

A hospitalização infantil é uma situação perturbadora na vida da criança e de seus familiares/cuidadores. Quase sempre resulta em mudanças na rotina familiar e apresenta consequências para o desenvolvimento da criança, a qual se encontra em condição de experimentação do mundo. Na maioria das vezes é justificada para corrigir processos patológicos, contudo os tratamentos e procedimentos aplicados podem provocar lesões cutâneas que demandarão cuidados que se estendem até o período pós-alta.¹

Apesar dos avanços da enfermagem pediátrica, as lesões cutâneas continuam sendo uma causa de morbimortalidade, com magnitude de uma epidemia escondida, com impactos sobre os aspectos social e econômico e reflete-se sobre a qualidade de vida da criança e de seus familiares/cuidadores.²

Nesse sentido, visando reduzir custos e riscos infecciosos decorrentes de permanência no ambiente hospitalar, além de minimizar as repercussões físicas e psíquicas da hospitalização sobre a criança e seus familiares, esta permanência tem sido abreviada. Observa-se, no entanto, que a alta hospitalar vem ocorrendo em condições clínicas favoráveis, mas não em total retorno à higidez.³

Considerando que o processo de restauração da saúde da criança que apresenta perda da integridade cutânea (PIC) não se finda com a alta, e visando assegurar a continuidade dos

cuidados, a equipe de saúde necessita qualificar o familiar/cuidador ao longo do processo de hospitalização para oferecer cuidado pós-alta hospitalar.⁴

Nesse contexto, a família deve ser compreendida como unidade prestadora de cuidado à criança, bem como foco da atenção profissional, ratificando o modelo de cuidado centrado na família, uma vez que esta, em domicílio, se tornará responsável pela continuidade da assistência até que a recuperação completa seja alcançada. Para tanto, é requerido dos profissionais de saúde investimento de tempo na interação com os familiares/cuidadores, ouvindo-os sobre seus medos, dúvidas, necessidades e apoiando-os na superação de suas limitações e dificuldades. O êxito no cuidado à criança após alta é importante para que os traumas da hospitalização sejam superados e o bem-estar da família possa ser promovido.

Ainda nessa perspectiva, convém sinalizar a importância da alta hospitalar planejada e sistematizada, ratificando as novas diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), com a meta de ampliar a humanização do cuidado e fortalecer estratégias com o preparo do paciente e especialmente de seu familiar que irá assumir a responsabilidade pela continuidade do cuidado. Conseqüentemente, observa-se o estreitamento da comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido aos pacientes de forma resolutiva e humanizada, bem como o fortalecimento da adesão ao tratamento proposto e a aquisição de maior habilidade teórica e prática, essenciais para redução da recidiva no internamento e para garantir o retorno às condições de integridade cutânea ou de adaptação à nova realidade da criança.⁵⁻⁶

Apesar disso, observa-se que as atividades desenvolvidas no hospital e focadas na família são destinadas a ajudá-la a enfrentar a experiência da hospitalização e, frequentemente, não são suficientes para prepará-la e à criança para deixar o hospital. Somando-se a isso, a família, no intra-hospitalar, não tem recebido orientações que a capacitem para cuidar da criança com PIC, e tampouco é encorajada a participar de momentos de qualificação e das tomadas de decisão. A falta de planejamento de alta ou sua não aplicabilidade durante a hospitalização restringe a aquisição de orientações sobre o cuidado, visto que essas são realizadas verbalmente, no momento de saída do hospital, potencializando ansiedades, dúvidas e dificuldades para o cuidar da criança em domicílio.²

O interesse pelo tema decorreu da vivência profissional de uma das autoras em um hospital pediátrico público no estado da Bahia, no qual a preparação para a alta tem sido implantada como estratégia do cuidar. Contudo, a assistência de enfermagem e sua sistematização no pós-alta hospitalar não se encontrava assegurada como estratégia de continuidade do cuidado.

Assim, durante a consulta de Enfermagem à criança após sua hospitalização, ao escutar relatos dos familiares/cuidadores, emergiu a necessidade de conhecer os desafios dos familiares/cuidadores para a manutenção dos cuidados à criança com PIC no pós-alta hospitalar o que se configurou como objetivo deste estudo. Ainda, como desdobramento desta pesquisa, houve a implantação de um consultório de enfermagem para atendimento à criança com PIC em pós-alta hospitalar.

Este trabalho mostra-se relevante por contribuir para uma reflexão sobre o cuidado humanizado, com promoção do desenvolvimento de habilidades e empoderamento do familiar no cuidado com qualidade e resolubilidade, à criança portadora de lesões cutâneas em condição de alta hospitalar, fato que amplia a garantia da continuidade da assistência e da acessibilidade, reduz danos a essa criança e contribui para sua reabilitação e reinserção em seu contexto sociocultural.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo fundamentado nos pressupostos da pesquisa-ação realizada num hospital pediátrico público do estado da Bahia. A pesquisa-ação constitui-se uma pesquisa social que permite que os pesquisadores sejam interventores na proposição de soluções frente à problemática encontrada, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas ao alcance da resolubilidade durante as práticas assistenciais, participativas e modificadoras da realidade.⁸⁻⁹

Sua aplicabilidade na enfermagem converge para uma abordagem original, com vistas a alcançar mudanças de rotinas, implantação de serviços, modificação de comportamento de um grupo de indivíduos, em que os sujeitos são corresponsáveis pela ação realizada.⁹⁻¹⁰

O cenário do estudo conta com 156 leitos funcionantes dos 280 leitos de internamento disponíveis em sua capacidade instalada, atende uma média de 464 crianças por mês e dessas, aproximadamente 452 crianças recebem alta das variadas unidades de hospitalização. O hospital oferece os serviços de atendimento ambulatorial, de urgência e emergência, de especialidade médicas, contudo não possui a consulta de enfermagem à criança no pós-alta hospitalar.

A implantação da consulta de Enfermagem, proposta pela pesquisa-ação realizada, envolveu enfermeiras, crianças e seus familiares/cuidadores. Participaram quatro enfermeiras, dez crianças que estiveram hospitalizadas e seus respectivos familiares/cuidadores. Todavia, neste artigo, serão evidenciadas as contribuições dos familiares/cuidadores das crianças com PIC no pós-alta hospitalar, com base nos quais se extraíram informações fundamentais para

apreensão dos desafios dos familiares/cuidadores para a manutenção dos cuidados à criança no pós-alta hospitalar com PIC.

Os critérios de inclusão dos familiares/cuidadores foram: ser maior de 18 anos, e ser familiar/cuidador de crianças com PIC instalada, e esta encontrar-se em preparação e/ou de alta hospitalar.

Em consonância com as orientações da pesquisa-ação, as enfermeiras assumiram o papel de atores sociais envolvidos na implantação do cuidado à criança com PIC no pós-alta hospitalar, protagonizaram a ação e, na condição de pesquisadoras colaboradoras, realizaram consultas de enfermagem, identificando as necessidades de cuidados evidenciadas pelas crianças e escutando os familiares/cuidadores quanto às suas dificuldades para a manutenção dos cuidados pós-alta hospitalar.

A participação do familiar/cuidador esteve atrelada à socialização de sentimentos vividos, bem como aos desafios, avanços e dificuldades para o cuidado com a criança em domicílio. Durante a consulta de enfermagem, ele colaborou com a equipe na realização do curativo e ofereceu suporte emocional à criança, minimizando agravos psicológicos frente à sua situação de saúde.

A aproximação com os familiares/cuidadores ocorreu no ambiente das enfermarias, durante a preparação para a alta hospitalar de sua criança, quando esses foram informados acerca dos objetivos, riscos, benefícios da pesquisa e tiveram agendamento para as consultas de enfermagem ambulatorial das suas crianças em processo de restauração da integridade cutânea.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a julho de 2017. Para tanto, fez-se uso da técnica da entrevista semiestruturada para a coleta de dados, realizada pela pesquisadora antes das consultas de enfermagem, na qual os familiares e as crianças ofereceram respostas sobre orientações recebidas para assegurar o cuidado pós-alta, sentimentos diante da PIC de suas crianças, dificuldades, habilidades para o cuidar e percepções sobre o cuidado recebido pela criança na consulta de enfermagem no pós-alta hospitalar.

Após a realização das entrevistas, os familiares acompanhavam as crianças com perda da integridade cutânea durante as consultas de enfermagem, na qual se aplicava o PE nas etapas da coleta de dados e diagnóstico de enfermagem. Paralelamente, a pesquisadora aplicava observação estruturada e o diário de campo como técnicas para complemento da obtenção de dados.

Durante a aplicação desses procedimentos, buscou-se captar, na fala dos familiares/cuidadores, os desafios vivenciados no cuidado à criança com PIC, bem como as necessidades de cuidados que essas crianças apresentavam em domicílio. Além disso, registrar as facilidades e/ou dificuldades do encontro evidenciadas pelos envolvidos, os dados de infraestrutura e do processo do cuidar conduzido pelas enfermeiras no momento da consulta de enfermagem.

As entrevistas foram realizadas em consultório privativo, tiveram duração média de 30 minutos, foram transcritas na íntegra e posteriormente submetidas à análise de conteúdo, em suas três fases: na pré-análise procedeu-se a leitura exaustiva dos depoimentos; em seguida a exploração do material consistiu de identificação dos núcleos de sentido e categorização por semelhança. Por fim, realizou-se a inferência e interpretação sobre os conteúdos apreendidos.^{7,11}

Este estudo respeitou as recomendações éticas da pesquisa envolvendo seres humanos preconizadas pela Resolução nº 466/12¹², foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, pelo Parecer número 1.701.659 e CAAE: 57534516.7.0000.0053. Aos participantes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

RESULTADOS

Os familiares/cuidadores que participaram deste estudo foram predominantemente do sexo feminino, classe social variando de baixa a média, residiam no município onde a pesquisa foi realizada e dedicavam-se às atividades do lar. As crianças possuíam faixa etária contemplada de 1 a 13 anos, maioria do sexo masculino e estavam em processo de restauração da integridade cutânea secundário a queimaduras em domicílio, deiscência de ferida operatória e trauma, agravos que condicionaram sua hospitalização.

Os resultados deste estudo foram alocados em quatro categorias quanto à percepção dos familiares sobre cuidar da criança com PIC no pós-alta hospitalar: Preparo do familiar/cuidador durante o internamento; Percepção do familiar/cuidador quanto à alta hospitalar; Desafios para cuidar da criança com PIC; e Atitudes e comportamentos adotados por familiares/cuidadores no pós-alta hospitalar.

Preparo do familiar/cuidador durante o internamento

A interação dos familiares/cuidadores com a equipe de enfermagem, quando efetiva, contribui para o aprendizado, aquisição e modificação do comportamento dos envolvidos no processo do cuidar em domicílio. Todavia, torna-se imprescindível um planejamento de alta, a fim de socializar saberes e garantir a continuidade da restauração da higiene da criança.

Nesta categoria, os familiares alegaram não serem preparados, durante a hospitalização, para dar continuidade aos cuidados das lesões após a alta de suas crianças. Acrescentaram que, quando orientadas, as informações recebidas eram pontuais e não contemplavam as demandas dos cuidados diários. As falas são ilustrativas:

Ela só falou do cuidado pra não molhar o curativo e passar o óleo de girassol três vezes ao dia... E só no momento da alta. (F/C7).

Não. Ela só me falou para trazer ele aqui para fazer o curativo, e só no momento da alta. (F/C4).

Ela orientou e eu observei o curativo que a enfermeira fazia. Orientou para eu não deixar ele ter contato com animais [...] (F/C5).

Percepção do familiar/cuidador quanto à alta hospitalar

No que concerne à percepção quanto à alta hospitalar, os familiares/cuidadores demonstraram experimentar sentimentos antagônicos. Ao mesmo tempo que se sentiam aliviadas pela possibilidade de voltarem para casa, para cuidar de outros membros da família, também em vulnerabilidade pela idade, bem como tranquilas por acompanhar o processo do cuidar pelos profissionais de saúde no internamento, reproduzindo-o no pós-alta da criança, evidenciavam o medo, a preocupação e a impotência quanto à necessidade de manutenção dos cuidados em domicílio, por se perceberem diante de uma experiência nova e complexa, que iria requer capacidades e recursos distintos daqueles que possuíam.

A saída dele do hospital para casa foi uma sensação ótima, porém tive bastante medo quando ele foi embora com a ferida, porque, na verdade, desde quando ele nasceu, ele nunca teve nada disto, nem uma queda sequer ele tomou e, com o acidente, até ele mesmo teve medo. (F/C1).

Me senti segura para ir para casa com a criança, mas se fosse para eu fazer alguma coisa no braço dele eu não conseguiria fazer. (F/C2).

Aí eu fiquei preocupada, porque tinha que ficar bem fechadinho, bem cuidado, entendeu? E todas as mães têm que ficar preocupadas com isto. Até porque, jamais em casa, ia ter o cuidado que tem aqui. (PF/C4).

Me senti tranquila... Observei muito o que a enfermeira fez e fiz em casa, foi tranquilo. (F/C7).

Sei lá, na hora foi alegria, porque hospital é bom é, sabendo que é para o bem do meu filho é, mas ficar aqui sabendo que em casa tem uma filha que depende de você em casa, na casa dos outros... Eu fiquei alegre na hora. (F/C8).

Desafios para cuidar da criança com PIC

Dentre os temores e preocupações dos familiares/cuidadores incluem-se o de traumatizar, molhar, contaminar a ferida, provocar dor na criança, o que os condiciona a adotar atitudes de proteção. Eles sinalizaram ainda as dificuldades financeiras para comparecerem periodicamente nas consultas de enfermagem, o que foi confirmado na análise das famílias participantes, em que apenas o cônjuge possuía atividades temporárias remuneradas.

Outra dificuldade referida foi com o transporte intermunicipal, que gerava uma grande alteração no orçamento, na rotina familiar e laboral, repercutindo na abdicação parcial do vínculo empregatício, na maioria das vezes por parte das mães, as quais recorriam aos meios legais para manterem seus empregos, utilizando-se de atestados para acompanharem suas crianças no tratamento.

Dificuldade que eu tive é de estar pegando ele para botar no banheiro para dar banho, que ele não aguentava andar, somente... (F/C1).

O banho para não molhar. A minha preocupação era isto... E também porque ele tem um mal dormido. As coisas [curativos] ficava soltando, que ele tem um mal dormido, e também, como é mijão, agora deu pra mijar todo dia [risos], aí ele amanhecia encharcado... (F/C4).

[...] a minha dificuldade, porque eu estou pagando o transporte todos esses dias vindo, pagando pra vim me trazer e vim me buscar aqui e me deixar em Ipirá. E quando chega aqui, só tem atestado do horário que compareceu. Aí eu perco meu dia de trabalho [...]. (F/C7).

Atitudes e comportamentos adotados por familiares/cuidadores no pós-alta hospitalar

Ao reassumir a função de cuidador principal, os familiares/cuidadores mantinham vigilância sobre o comportamento da criança quanto às brincadeiras próprias da infância, à

postura nos momentos de sono e repouso, para evitar traumas nas lesões. Diante disso, agiam intensificando os cuidados com a criança e adotavam medidas de proteção da lesão durante os cuidados higiênicos, principalmente o banho, evitando molhar e contaminar o local. Para tanto, mantinham a lesão sempre coberta. Perante esse estado de vigilância e a exaustiva rotina de cuidados empregados com a criança, os familiares/cuidadores comprometiam seu autocuidado e sentiam-se cansados e descuidados consigo próprios.

Ao comparar as habilidades e os recursos materiais de que dispunham para cuidar da criança com PIC com as dos profissionais e do hospital, sentiam-se despreparados para dar continuidade aos cuidados pós-alta. Alguns, diante da impotência que estavam sentindo e das diversas dificuldades que estavam enfrentando para cuidar de suas crianças, procuravam a ajuda de vizinhos, amigos e outros membros da família, vistos como mais experientes. Entretanto, os cuidados dispensados por pessoas leigas causavam danos à saúde da criança, deixando a família com o sentimento de culpa perante os prejuízos evidenciados temporários ou definitivos em sua criança.

Assim, frente à existência da consulta de enfermagem no ambulatório, para dar continuidade aos cuidados específicos às lesões e da possibilidade de acesso ao profissional médico, que o ambiente hospitalar proporcionava ao familiar/cuidador, este sentiu-se acolhido, confiante e contemplado em atender as necessidades de suas crianças.

Trago ele pra aqui. Porque lá no posto não faz o que aqui faz. Lá só faz limpar e, mesmo assim, o curativo que elas botam, a atadura não é 100%. Botam só por cima. Acho importante, porque aqui o médico olha, vê como é que está desenvolvendo, se está colando no lugar certo... (F/C2).

O curativo era para ser feito aqui. Só que, por condições financeiras, nós pedimos pra um vizinho fazer e foi o que houve... o dedo dele [complicou]... A imprudência... Certo que ele ajudou muito, e a gente também... Foi à situação que se encontrava [...] (PF/C3).

É porque ele é muito traquino [...] aí ele quer assistir, mas o assistir dele é pra ir, estar pulando no sofá e batendo na prima [...] com essa mãozinha assim parece que está melhor do que as duas assim [mostra a mão íntegra]. Porque ele pega a sandália, gruda assim e fica batendo nela. (F/C9).

Pra evitar infecção... É... A gente não tem a prática, mas vocês têm... (F/C6).

Tem que estar vigiando ela sempre, pra não colocar as coisas sujas na ferida, principalmente no rosto que está descoberto... Aff! Com essa agonia... A gente não come, não dorme direito [...] acho muito importante [o consultório de

enfermagem]. *É um acompanhamento importante, porque você está vendo ali que a enfermeira está fazendo o curativo, entendeu? [...] Tem cidades que não têm todo o material pra poder fazer. Então a criança não fica desamparada com esse cuidado aqui no ambulatório.* (F/C10).

DISCUSSÃO

As crianças com PIC necessitam de cuidados no pós-alta hospitalar para promover sua reabilitação e recuperação. Geralmente esses cuidados são assumidos pelos familiares. Por isso precisam, ao longo do internamento, ser orientados, treinados e empoderados de conhecimento para o cuidar em domicílio.¹³⁻¹⁴

A necessidade de reabilitação da criança com PIC no pós-alta hospitalar conduz a família a experimentar um conjunto de sentimentos que surgem com a interrupção da higidez da criança e a acompanham durante o processo de restauração da integridade cutânea. Destarte, a insegurança, a preocupação, o medo, a impotência e o despreparo tornam-se uma constante na vida desses familiares/cuidadores, quando se percebem desprovidos da coparticipação da equipe de enfermagem disponibilizada no ambiente hospitalar.¹⁵

Os sentimentos vivenciados pelos familiares/cuidadores são potencializados por orientações insuficientes ou efetuadas de forma ineficiente durante o período de hospitalização das crianças. Em geral, os profissionais de saúde incluem os familiares nos processos de cuidar como colaboradores de atividades simples, a exemplo de higienizar, acalmar, posicionar ou segurar a criança durante os procedimentos, o que não lhes permite o desenvolvimento de habilidades para o cuidado mais complexo em domicílio, a exemplo de curativos.¹⁶

Os profissionais, durante a hospitalização, têm dificuldade de investir tempo para preparar o cuidador e de aceitar suas limitações para a execução de cuidados. Há a cultura de perceber o familiar apenas como promotor do bem-estar da criança e intermediador entre essa e a equipe, na tentativa de garantir sua segurança e estabilidade emocional, fazendo com que o período de internação torne-se menos traumático. Desse modo, resta à equipe de enfermagem oferecer os cuidados, já que fazem parte do cotidiano hospitalar e dependem de habilidades já adquiridas por esses profissionais.¹⁷⁻¹⁹ Esta visão, entretanto, pouco integradora dos familiares aos cuidados partilhados de suas crianças, deve ser revista, uma vez que essas, em seu processo de crescimento e desenvolvimento, são tidas como seres em vulnerabilidade e, por este motivo, o cuidado precisa voltar-se também para a aquisição e o fortalecimento das competências da família para sustentar o cuidado após o término da hospitalização.²⁰

Para tanto, a enfermeira precisa permitir-se transformar seus modos de pensar e de fazer a atenção à criança hospitalizada e sua família, para, em consonância com a filosofia institucional de cuidar, empoderar novos cuidadores para realizarem o cuidado à criança no pós-alta hospitalar com segurança, responsabilidade e resolubilidade. É indispensável que possa assumir a postura de facilitador do processo de construção de autonomia dessa família na promoção do cuidado após a alta hospitalar, ouvindo-a sobre seus medos, dúvidas e necessidades, apoiando-a no período do internamento, investindo no plano de alta, bem como nas orientações e capacitações desses prováveis familiares/cuidadores.²¹

Além dos sentimentos que o cuidar de crianças com PIC no domicílio acarreta nos familiares/cuidadores, os resultados mostraram a pretensão que esses têm de zelar pelo bem-estar e pela restauração da integridade cutânea da criança, atendendo suas necessidades, além de reduzir em si próprios temores por complicação da lesão cutânea. Estudos apontam para o cuidado centrado na preservação da saúde da criança, na busca incessante de sua recuperação e sobrevivência isenta de danos à sua saúde.²²⁻²⁴

Tal afirmativa é fundamentada no papel que a família, compreendida como unidade de cuidado, desempenha perante seus membros.¹⁴ *A priori* ela é vista como responsável pelo bem-estar físico, emocional e social, assim como é tida como instituição socializadora, de criação e estimulação de vínculos afetivos, experimentação de emoções, desenvolvimento da autonomia e promoção da tomada de decisão. Principalmente quando a capacidade da criança para se autocuidar está comprometida, diminuída ou ausente, constitui-se o familiar/cuidador um elemento constitutivo, interativo e capaz de minimizar agravos na esfera biopsicossocial.^{6,13,16}

Ao serem empoderados para o cuidar, o familiar/cuidador realiza os procedimentos como uma atitude de desvelo, dedicação, atenção e bom trato. Com isso, ratifica o que a literatura traz como plenitude do cuidar, quando propõe a esse, a dedicação à provisão, atenção, afeto, conforto e demais atividades que possibilitem o bem-estar, a restauração do corpo e da alma e a dignidade do ser cuidado.²⁴

É importante ressaltar que, diante dessas modificações no contexto familiar, há um despertar de preocupação com os demais membros, principalmente quando são crianças, as quais podem se sentir enciumadas pela atenção direcionada à criança com PIC. Essas reproduzem sentimento de abandono, ao perceberem a profunda dedicação e preocupação com o irmão em processo de restauração da integridade cutânea, o que acaba aumentando a ansiedade e a insegurança do família/cuidador na condução das práticas de cuidado.²⁵

Assim, resta a enfermeira a necessidade de se aproximar dessa família, traçar estratégias em conjunto com ela, possibilitando-lhe atender as necessidades dos demais membros e as condições vitais da criança com PIC. Isto porque cuidar perpassa o cumprimento das rotinas diárias, contempla os momentos difíceis da vida, a fim de gerar compensação do que clínica ou psiquicamente não evolui bem. Os familiares/cuidadores enfrentam desafios para prestar cuidados à criança no pós-alta hospitalar, que variam de complexidade, indo desde os mais simples, como alimentar, vestir, higienizar, deambular, que são essenciais à manutenção de vida, até os mais complexos, que demandam incorporar novos saberes e práticas para atender as necessidades de cuidado, prevenir infecções e restaurar a saúde. Além disso, há necessidade de promoção de segurança e de apoio emocional, que são indispensáveis para a promoção do bem-estar da criança.²⁶

Assegurar os cuidados de manutenção da vida em domicílio requer adaptações diante da PIC e reflete-se em uma postura de superproteção dos familiares/cuidadores para com a criança no domicílio, para amenizar o sofrimento e evitar a recidiva no internamento. A superproteção pode configurar-se como fator negativo no processo de cuidar, uma vez que contribui para a dependência da criança ao familiar/cuidador, não a estimula ao crescimento e desenvolvimento esperado na faixa etária correspondente e impede-a de viver momentos comuns da idade, como brincar, ir à escola e desenvolver algumas atividades para promoção do autocuidado.²⁷

No entanto, também pode ser vista como forma positiva de cuidado, da qual resulta a proteção à criança contra os possíveis danos à sua condição e o risco de agravamento.²⁸ Esta conjectura é fortalecida, quando se compreende o cuidar sob a ótica de quem cuida e percebe o ser cuidado, bem como de quem o recebe e a relação que é construída entre os envolvidos. Assim, reafirma-se o cuidar, quando o familiar/cuidador mostra-se interessado em satisfazer as necessidades individuais do ser cuidado, de forma única, intrínseca, visando ir além da significância do encontro terapêutico, alcançando a perspectiva de manutenção da vida e assegurando a qualidade da atividade afetiva inerente às relações familiares.²⁹

Sob essa óptica, os familiares/cuidadores produzem um movimento de sobrecarga e responsabilidades para si mesmos, em decorrência dos cuidados a serem prestados. Com isso, ocorre uma fragilização em sua organização e nas rotinas de vida e familiar, em decorrência de cuidados exigidos durante o dia e a noite, para garantir a alimentação, as trocas de fralda e a proteção. Todas essas ações, além de acarretarem o cansaço físico e mental, provocam ainda o descuido consigo próprios.⁶

Assim, para que famílias de crianças com PIC possam enfrentar os desafios de cuidar em domicílio, é preciso acionar a rede de assistência à saúde do município e a rede de apoio familiar, para ajudar esse familiar/cuidador a prestar cuidados qualificados, acessar serviços e recursos apropriados, reestruturar rotinas da família e amenizar a sua sobrecarga.²⁶

Ao se pensar a articulação com a rede de apoio familiar, entende-se que seu êxito está associado à sensibilização de todos os membros em função da restauração da higidez da criança.²⁵ Com o cuidado partilhado, os membros da família serão empoderados do cuidar e, mesmo que imersos em inúmeras dificuldades, esta fusão transforma-se em potencial de atitudes na busca pela recuperação da criança, pois um se constitui em suporte do outro. Contudo, o cuidar partilhado nem sempre é aplicável por diversos fatores.

Justifica-se essa atitude com a reprodução da rígida ratificação de papéis da estrutura familiar tradicional, em que ao patriarca cabe a autoridade moral, provisão financeira e proteção da família, e à mulher, o envolvimento com o desenvolvimento infantil, bem como a função de preservar a sexualidade, exercer a maternidade e dedicar-se ao lar.³⁰⁻³¹ Atrelado a isso, a mulher ainda carece de tempo para se dedicar à família e compartilhar momentos com a criança em decorrência de demandas de emprego, da não apropriação do cuidar e dos compromissos referentes aos cuidados à criança, acrescida da abordagem cultural imposta e dos estereótipos de gênero a que a família está submetida e sofre influências, o que torna a maternidade algo difícil de ser incorporado na rotina do homem.³⁰⁻³¹

Embora sobrecarregados, os familiares/cuidadores principais reconhecem a importância da sua permanência frente aos cuidados à criança, uma vez que, pelo fortalecimento do vínculo, bem como pela aquisição e aprimoramento das habilidades ao cuidar, demonstram uma sensação de proteção e bem-estar à criança, apesar de se sentirem fragilizados pela desorganização da dinâmica familiar.²⁵

Evidencia-se que o familiar/cuidador principal, pela demanda das necessidades da criança, distancia-se das atividades laborais extradomiciliares e, mesmo utilizando os meios legais para justificar o absenteísmo, sente-se inseguro pela possibilidade de desligamentos ao viver a necessidade de frequentar os serviços de saúde com maior frequência, o que pode acarretar as dificuldades e implicações financeiras que também preocupam e intensificam os desafios do cuidar dessa criança.³²⁻³³

Ao analisar os desafios de cuidado sob a ótica da rede de assistência à saúde, ratificando a proposta da integralidade e a funcionabilidade das unidades básicas frente à comunidade, observa-se a necessidade da adoção de estratégias, como visitas domiciliares por profissionais alocados nesses serviços, criação de grupos, entre outras, a fim de promover

comunicação entre os níveis de atenção à saúde, identificar fragilidades e necessidades de cuidados à criança, fortalecer o aspecto psicológico desse familiar/cuidador e continuar apoiando-o e instrumentalizando-o, para que possa, respeitando seus limites e dificuldades, restaurar a integridade cutânea da criança.³⁴

Todavia, no processo de trabalho da atenção básica, alguns entraves comprometem a eficácia desse cuidado integral e articulado. Cita-se a ausência de materiais, o inefetivo sistema de referência e contrarreferência, que algumas vezes condiciona a família a ser reprodutora das orientações dos profissionais hospitalares e não promove captação e acompanhamento precoce, pela enfermeira, à criança e ao seu familiar/cuidador. Soma-se a isso a ausência de especialistas; dificuldades com transporte, para a realização das visitas domiciliares pelos profissionais; a burocratização, que não otimiza as consultas de enfermagem; e a execução de procedimentos, como os curativos, que são delegados pela enfermeira a profissionais menos habilitados, o que pode culminar em quebra da técnica e na utilização de tratamentos inapropriados para a continuidade do cuidado iniciado no hospital. Estes são aspectos que podem retardar a restauração da integridade cutânea da criança e revelam uma fragmentação na integralidade do cuidado no âmbito sistêmico que a criança exige.³⁴

Nesse contexto, as consultas de enfermagem, no ambiente hospitalar pós-alta da criança, podem ser vistas como uma proposta que garante o acesso aos serviços de saúde, fortalece as habilidades dos familiares/cuidadores, aborda as práticas de educação em saúde direcionadas aos assuntos de interesse desses, a fim de superar suas dificuldades e sentimentos negativos, além de promover a restauração da integridade cutânea da criança.³⁴

À medida que esses objetivos vão se concretizando, o fortalecimento do vínculo entre os envolvidos é alcançado e resgata-se a autonomia, a promoção da segurança, independência e responsabilização dos familiares/cuidadores quanto às práticas frente às necessidades da criança. Na relação com o profissional de enfermagem, esses sentem-se apoiados para oferecer melhores condições de saúde, vida e minimização de possíveis agravos, ao propiciá-los mais confiança para expor suas dúvidas e (in)seguranças na realização do cuidado.³⁵

Para tanto, deve-se lançar mão do acolhimento como elemento fundamental, que fomenta um espaço de escuta às necessidades de saúde da criança e promove um atendimento humanizado e resolutivo. Assim, convém pensar as consultas de enfermagem como um espaço dialógico, no qual é possível discutir sobre a complexidade dos cuidados exigidos pela criança com PIC, a necessidade de (re)elaborar as práticas para o cuidar, aceitando aproximações da compreensão das decisões tomadas e estratégias adotadas. Isto implica no

compartilhamento de saberes que culminam na assunção de modos racionais de promoção à saúde, levando em consideração as inter-relações entre os envolvidos e os contextos em que estão inseridos.³⁶⁻³⁷

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Este estudo buscou conhecer os desafios dos familiares/cuidadores para a manutenção dos cuidados à criança com PIC no pós-alta hospitalar. Assim, evidenciou que, durante a internação, há necessidade do fortalecimento do cuidado centrado na família, principalmente pela enfermagem, apoiando e oferecendo suporte necessário para que esse momento torne-se menos doloroso e traumático para a família e sua criança, bem como orientando e treinando esse familiar para a continuidade dos cuidados, uma vez que se tem optado pela alta hospitalar precoce, mas não com a restauração completa da saúde.

A pesquisa-ação colocou em relevo a importância que a preparação para a alta hospitalar desempenha neste contexto, uma vez que minimiza os medos, sentimentos negativos e expectativas de impotência do familiar/cuidador, direciona a aquisição do equilíbrio e qualidade de vida, constitui-se em parte da rede de apoio social do cuidador. Além disso, potencializa-o no resgate da autonomia no seu pensar e agir fortalecendo-o para o cuidar, adquirir habilidades e competências imprescindíveis para o enfrentamento positivo da restauração da integridade cutânea da criança.

O familiar/cuidador, frente à necessidade da presença contínua junto à criança com PIC, compreende que essa decisão traz importantes repercussões físicas, emocionais e financeiras, associada à interferência na rotina doméstica, laboral e nos relacionamentos com os outros filhos, principalmente. Assim, pensando em promover o cuidado com qualidade à criança com PIC e suas necessidades em domicílio, torna-se primordial a compreensão da necessidade do apoio pelos demais integrantes da família e da rede de assistência a saúde, garantindo a acessibilidade precoce, o acolhimento, a humanização, a integralidade e a convergência de ações à resolubilidade.

Conclui-se que a manutenção dos cuidados à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar requer dos familiares/cuidadores aplicação de medidas de proteção das lesões cutâneas, a vigilância constante da criança na prevenção de traumas locais e infecções e a busca de apoio nas unidades de saúde para obter recursos materiais e orientações para o cuidado.

Contudo, o estudo permitiu perceber-se a existência de lacunas no planejamento de alta e na articulação entre os níveis de atenção à saúde, que afetam de certa forma, a

continuidade do cuidado. Entretanto, julga-se que a consulta de enfermagem à criança com PIC, em nível hospitalar em momento pós-alta, é uma estratégia inovadora e que propicia a minimização dos agravos da desarticulação da rede e da inadequação dos recursos para o cuidar, permitindo o envolvimento e a responsabilidade com a saúde das crianças pelos enfermeiras, por meio da construção de espaços de diálogo, escuta qualificada e corresponsabilização na resolubilidade das demandas da criança e de seu familiar/cuidador.

REFERÊNCIAS

1. Rolim JA, Vasconcelos JMB, Caliri MHL, Santos IBC. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. Rev Rene [internet]. 2013 jul-nov [cited 2017 July 1]; 14(1):148-57. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/336/pdf_1
2. Othman D. Negative pressure wound therapy literature review of efficacy, cost effectiveness, and impact on patients' quality of life in chronic wound management and its implementation in the United Kingdom. Plastic Surgery International [internet]. 2012 Dec-Apr [cited 2017 July 1]; Article ID 374398: 6 pages. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/psi/2012/374398/>
3. Silva AS, Valácio RA, Botelholl FC, Amaral CFS. Reasons for discharge delays in teaching hospitals. Rev Saúde Pública [internet]. 2014 Apr [cited 2017 July 1]; 48(2):314-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206133/>
4. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. Rev Enferm UFPE [internet]. 2013 Dec [cited 2017 July 1]; 7(esp):7151-9. Available form: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3968/pdf_4298
5. Barbosa MAM, Balieiro MMFG, Pettengill MAM. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. Texto Contexto Enferm [internet]. 2012 jan-mar [cited 2017 July 1]; 21(1):194-9. Available form: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100022
6. Barreto MS, Arruda GO, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Cuidado centrado na família em unidades emergenciais: percepção de enfermeiros e médicos brasileiros. Escola Anna Nery [internet]. 2017 abr [cited 2017 July 2]; 21(2):e20170042. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170042.pdf>
7. Somekh B, Bridget C, organizadores. Métodos de pesquisa social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015.
8. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo (SP): Cortez; 2011.
9. Chesnay M. Nursing research using participatory action research: qualitative designs and methods in nursing, editor [internet]. New York: Springer publishing company; 2014 [cited 2017 July 3]. Available from:

https://books.google.com.br/books?id=_w6gBQAAQBAJ&pg=PA21&lpg=PA21&dq=Nursing++research++using++Participatory++action+research+refer%C3%Aancia&source=bl&ots=_Co3WxxhVe&sig=X2xUtIPVMQ8ezH4h0nTzD3S0HOg&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjkd_1reTUAhWDhZAKHXSncxwQ6AEIQDAD#v=onepage&q=Nursing%20research%20using%20Participatory%20action%20research%20refer%C3%Aancia&f=false

10. Tanajura LLC, Bezerra AAC. Pesquisa-ação sob a ótica de René Barbier e Michel Thiollent: aproximações e especificidades metodológicas. *Rev Eletrônica Pesquiseduca* [internet]. 2015 jan-jun [cited 2017 July 8]; 7(13):10-23. Available from: periodicos.unisantos.br/index.php/pesquiseduca/article/download/408/pdf
11. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30a ed. Petropolis (RJ): Vozes; 2012.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.de 2012. Brasília; 2012.
13. Silveira A, Neves ET, Paula CC. Family care of children with special healthcare needs: a process of (super)natural care and (over)protection. *Text Context Nursing* [internet]. 2013 Oct-Dec [cited 2017 July 8]; 22(4):1106-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_29.pdf
14. Amaral LFP, Calegari T. Humanização da assistência de enfermagem à família na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare Enferm* [internet]. 2016 jul-set [cited 2017 July 9]; 21(3):1-9. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44519/pdf15>
15. Schmidt KT, Higarashi IH. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. *Reme – Rev Min Enferm* [internet]. 2012 jul-set [cited 2017 July 9]; 16(3):391-9. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/542>
16. Corrêa AR, Andrade AC, Manzo BF, Couto DL, Duarte ED. As práticas do cuidado centrado na família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. *Escola Anna Nery Rev Enferm* [internet]. 2015 out-dez [cited 2017 July 9]; 19(4):629-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0629.pdf>
17. Marques CDC, Lima MF, Malaquias TSM, Waidman MAP, Higarashi IH. O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde* [internet]. 2014 Jul-Set [cited 2017 July 9]; 13(3):541-8. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/22133/pdf_227
18. Melo EMOP, Ferreira PL, Lima RAG, Mello DF. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2014 maio-jun [cited 2017 July 9]; 22(3):432-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf

19. Collet N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a Enfermagem Pediátrica. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2012 jan-fev [cited 2017 July 9]; 65(1):7-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/01.pdf>
20. Salvador MS, Gomes GC, Oliveira PK, Gomes VLO, Busanello J, Xavier DM. Strategies of families in the care of children with chronic diseases. *Text Context Nursing* [internet]. 2015 Jul-Set [cited 2017 July 9]; 24(3):662-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/0104-0707-tce-24-03-00662.pdf>
21. Barbosa MAM, Baleiro MMFG, Pettengill MAM. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2012 jan-mar [cited 2017 July 9]; 21(1):194-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100022
22. Simon TD, Mahant S, Cohen E. Pediatric Hospital Medicine and Children with Medical Complexity: past, present, and future. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [internet]. 2012 May [cited 2017 July 9]; 42:113-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3359150/>
23. Collière MF. *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2a ed. Loures: Lusociência; 2003.
24. Waldow VR. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 2a ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.
25. Jonas MF, Torquato IMB, Collet N, Pinto MB, Santos NCCB, Morais GSN. The disease and the childish hospitalization: understanding the impact on family dynamics. *J Nurs UFPE On line* [internet]. 2012 Nov [cited 2017 July 9]; 6(11):2641-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7630/7564>
26. Neves ET, Silveira A. Challenges for family caregivers of children with special health care needs: contributions of nursing. *J Nurs UFPE On line* [internet]. 2013 May [cited 2017 July 9]; 7(5):458-62. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3229/pdf_2563
27. Silveira A, Neves ET. Crianças com necessidades especiais em saúde: cuidado familiar na preservação da vida. *Ciênc Cuid Saúde* [internet]. 2012 Jan-Mar [cited 2017 July 9]; 11(1):74-80. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18861/pdf>
28. Nishimoto CLJ, Duarte ED. A organização familiar para o cuidado à criança em condição crônica, egressa da unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto contexto enferm* [internet]. 2014 abr-jun [cited 2017 July 9]; 23(2):318-27. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00318.pdf
29. Collière MF. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5a ed. Lisboa (PT): Lidel Edições Técnicas; 1999.
30. Silva AV, Dauber L. O papel do pai na sociedade contemporânea. *Interbio* [internet]. 2013 [cited 2017 July 9]; 7(2):57-66. Available from: http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_antiores/vol7_num2/arquivos/artigo7.pdf

31. Carrilo S, Bermúdez M, Suárez L, Gutiérrez MC, Delgado X. Father's perceptions of their role and involvement in the family: a qualitative study in a colombian sample. *Rev Costarric Psic* [internet]. 2016 July-Dec [cited 2017 July 9]; 35(2):37-54. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132016000200037
32. Fighera SM, Freitas HMB, Ilha S, Zamberlan C, Grando MK, Colomé JS. Educação em saúde na sala de espera: expectativa das mães frente à condição crônica do filho. *Cogitare Enferm* [internet]. 2012 out-dez [cited 2017 July 8]; 17(4):642-8. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/30360/19637>
33. Passos SSS, Pereira A, Nitschke RG. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Acta paul enferm* [internet]. 2015 jun-nov [cited 2017 July 10]; 28(6):539-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0539.pdf>
34. Aires LCP, Santos EKA, Costa R, Borck M, Custódio ZAO. Baby follow-up in primary care: interface with the third stage of the kangaroo method. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2015 Jun-Oct [cited 2017 July 10]; 36(esp):224-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500224&lng=en&nrm=iso&tlng=en
35. Silva KR, Figueiroa AG, Mendes CCM, Cruz JCL, Freitas RL. Doença do refluxo gastroesofágico: principais orientações proferidas pelo Enfermeiro ao cuidador familiar de crianças entre 0 e 2 anos de vida. *NBC-Periódico Cient Núcleo Biociênc* [internet]. 2015 ago [cited 2017 July 10]; 5(9):11-20. Available from: <http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/bio/article/view/888/692>
36. Nietzsche EA, Nora AD, Lima MGR, Bottega JC, Neves ET, Sosmayer VL. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. *Esc Anna Nery* [internet]. 2012 out-dez [cited 2017 July 12]; 16(4):809-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400024
37. Estevam DCM, Silva JDD. Visão das mães em relação ao cuidado com o recém-nascido após a alta da uti neonatal. *Rev Saúde Pesq* [internet]. 2016 jan-abr [cited 2017 July 13]; 9(1):15-24. Available from: periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/4161/2745

ARTIGO 2

Problemas e diagnósticos de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea durante pesquisa-ação¹**Problems and diagnostics of the nursing care the child with loss of skin integrity during research****Problemas y diagnosticos de enfermería al niño con pérdida de la integridad cutanea durante investigación-acción**

Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos²
 Evanilda Souza de Santana Carvalho³

RESUMO

Objetivos: Descrever problemas e diagnósticos de enfermagem identificados na criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e seu familiar/cuidador. Discutir dificuldades das enfermeiras na implantação da sistematização da assistência.

Método: Pesquisa-ação desenvolvida em hospital pediátrico da Bahia entre março a julho/2017. Participaram enfermeiras, crianças com perda da integridade cutânea e familiares/cuidadores. Dados foram obtidos de entrevistas, observação, diário de campo e, submetidos à análise de conteúdo.

Resultados: Identificou-se problemas e diagnósticos de enfermagem na criança e no seu familiar/cuidador e, dificuldades das enfermeiras para realização das etapas do processo de Enfermagem.

Conclusão: Apesar das dificuldades à operacionalização do processo de enfermagem as enfermeiras identificaram problemas e diagnósticos de enfermagem que visibilizam seu

¹ Manuscrito elaborado a fim de atender um dos objetivos da dissertação de mestrado, intitulada “Implantação da sistematização da assistência de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar”.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS pelo Departamento de Saúde. Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica. Enfermeira do Hospital Estadual da Criança. ayana.teixeira@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UEFS pelo Departamento de Saúde. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdade em Saúde (Nudes). evasscarvalho@yahoo.com.br

processo de trabalho e ratificam necessidade de implantação da sistematização da assistência de enfermagem à criança no pós-alta hospitalar.

Descritores: Processo de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Enfermagem pediátrica. Cuidadores. Saúde da família. Ferimentos e lesões.

ABSTRACT

Objectives: To describe nursing problems and diagnoses identified in the child with loss of cutaneous integrity in the post-discharge hospital and his relative / caregiver. To discuss difficulties of the nurses in the implantation of the systematization of care.

Method: Action research developed at a pediatric hospital in Bahia from March to July / 2017. Participants included nurses, children with loss of skin integrity and family members. Data were obtained from interviews, observation, field diary, and submitted to content analysis.

Results: Nursing problems and diagnoses were identified in the child and his relative / caregiver, and the nurses' difficulties to perform the stages of the Nursing process.

Conclusion: Despite the difficulties in the operationalization of the nursing process, the nurses identified problems and nursing diagnoses that make their work process visible and ratify the need to implement the systematization of nursing care to the child after hospital discharge.

Keywords: Nursing process. Nursing diagnosis. Pediatric nursing. Caregivers. Family Health. Wounds and injuries.

RESUMEN

Objetivos: Describir problemas y diagnósticos de enfermería identificados en el niño con pérdida de la integridad cutánea en el post-alta hospitalaria y su familiar / cuidador. Discutir dificultades de las enfermeras en la implantación de la sistematización de la asistencia.

Método: Investigación-acción desarrollada en hospital pediátrico de Bahía entre marzo a julio/2017. Participaron enfermeras, niños con pérdida de integridad cutánea y familiares. Los datos fueron obtenidos de entrevistas, observación, diario de campo, y sometidos al análisis de contenido.

Resultados: Se identificaron problemas y diagnósticos de enfermería en el niño y en su familiar/cuidador y, dificultades de las enfermeras para la realización de las etapas del proceso de Enfermería.

Conclusión: A pesar de las dificultades a la operacionalización del proceso de enfermería, las enfermeras identificaron problemas y diagnósticos de enfermería que visibilizaron su proceso de trabajo y ratifican la necesidad de implantación de la sistematización de la asistencia de enfermería al niño en el post-alta hospitalaria.

DESCRIPTORES: Proceso de Enfermería. Diagnóstico de Enfermería. Enfermería pediátrica. Cuidadores. Salud de la Familia. Heridas y lesiones.

INTRODUÇÃO

Frente aos avanços ocorridos na enfermagem pediátrica, observa-se que o cuidar no processo de hospitalização vem sendo associado à utilização das variadas tecnologias do cuidado na perspectiva de adotar condutas em tempo hábil a se alcançar as condições clínicas favoráveis à criança, promover sua alta precoce, amenizar os traumas psicológicos, minimizar riscos de infecção e custos às instituições de saúde ⁽¹⁾. Assim, a necessidade de continuidade do cuidado em domicílio, geralmente assumido culturalmente pelos familiares/cuidadores, se torna fundamental para que haja a completa restauração da higidez desta criança ⁽²⁾.

Contudo, o que se observa é que este familiar/cuidador nem sempre foi empoderado do cuidado durante o processo de hospitalização, o que muitas vezes estabelece um conflito no ambiente familiar e emerge a necessidade de se alcançar estratégias de resiliência que contribuam com o sucesso do cuidado a essa criança. Neste contexto, sistematizar a assistência de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea (PIC) após a alta se configura uma oportunidade para o cuidado continuado direto a essa e conseqüentemente, ao seu familiar/cuidador ⁽³⁾.

Deste modo, o foco da assistência é promover manutenção dos cuidados à criança centrados em sua família, uma vez que se compreende a vulnerabilidade da criança; é detectar os problemas evidenciados nesta e no familiar/cuidador; é integrar cuidados à dinâmica do processo de restauração da saúde, a fim de propiciar melhor qualidade de vida, sobretudo no ambiente domiciliar ⁽⁴⁾.

Neste contexto, a enfermagem como profissão, incorporou o cuidar em sua essência e prática e para tanto, tenta atender as multifacetadas dimensões humanas a fim de promover

plenitude do cuidar. Desta forma, com intuito de ampliar a qualidade da assistência prestada pelas enfermeiras e contemplar as demandas do indivíduo, surgiu à necessidade de sistematizar a assistência⁽⁵⁾.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) apresenta-se como tecnologia eficaz no cuidado com base no saber científico, uma vez que permite que a enfermeira alcance do cuidar holístico, humanizado e efetivo, possibilitando a operacionalização do processo de enfermagem (PE). Este é tido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado, documenta a prática profissional, oferece visibilidade e continuidade ao processo do cuidar, permite aproximação entre o ser cuidado e o cuidador e desenvolve a autonomia deste⁽⁶⁻⁷⁾.

O PE se constitui de cinco etapas dinâmicas e interdependentes que contribuem para que a assistência seja realizada de maneira sistematizada, contínua e eficaz. Estas são a coleta de dados, que consiste na coleta de informações quanto ao estado de saúde do ser cuidado e de sua família; o diagnóstico de enfermagem, onde os dados serão analisados e se tecerá um julgamento considerando as taxonomias existentes; o planejamento, o qual visa elencar ações, levando em consideração as prioridades do indivíduo à restauração de sua saúde; a implementação que consiste na execução de ações prescritas e precisas à obtenção de resultados e a avaliação, que objetiva o acompanhamento das respostas do ser cuidado levando em consideração os cuidados prescritos a fim de se alcançar resultados eficazes⁽⁸⁾.

Para a implantação da SAE, nesta pesquisa-ação foi utilizado o sistema de classificação Nanda Internacional (NANDA – I), para a padronização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem identificados, por essa ser bem difundida e permitir traça-los de modo que contemplem as demandas das crianças e seus familiares⁽⁸⁾.

O enfoque da SAE no cuidado pós-alta hospitalar de crianças com PIC, se justificou por entendermos que este cuidado se configura como uma estratégia essencial à socialização do saber necessário ao empoderamento dos familiares/cuidadores ao seguimento do cuidado em domicílio, permite a esses ampliar suas percepções de queixas, sinais objetivos e subjetivos de complicação, assegura a qualidade de vida desta criança e previne suas possíveis re-hospitalizações⁽⁶⁾.

Desta forma, o interesse para o tema ocorreu a partir da vivência profissional de uma das autoras em um hospital pediátrico público na Bahia, onde a assistência de enfermagem e sua sistematização no pós-alta hospitalar não encontrava-se assegurada como estratégia de continuidade dos cuidados. Desta forma, com a escolha pela pesquisa-ação houve a implantação da SAE à criança com PIC em pós-alta hospitalar.

Assim, a observação de constante rehospitalização da criança, emergiu a necessidade de sistematizar a assistência de enfermagem no pós-alta à criança com PIC, com vistas a assegurar a continuidade dos cuidados. Este artigo tem por objetivos descrever os problemas e diagnósticos de enfermagem identificados na criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e seu familiar/cuidador e, discutir as dificuldades das enfermeiras durante o processo de implantação da sistematização da assistência. Este trabalho mostra-se relevante por contribuir para uma reflexão sobre o cuidado sistematizado após a alta hospitalar a criança, a fim de promover sua reabilitação e reinserção em seu contexto sociocultural.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo cujo referencial teórico metodológico fundamentou-se na pesquisa-ação, realizada num hospital pediátrico público da Bahia. Com este tipo de estudo, os pesquisadores são vistos como modificadores da realidade quando se exime da condição restrita de pesquisadores e se permitem ser interventores frente à problemática encontrada.⁽⁹⁾

O cenário do estudo conta com 156 leitos funcionantes dos 280 leitos de internamento disponíveis em sua capacidade instalada, atende uma média de 464 crianças por mês e dessas, aproximadamente 452 crianças recebem alta das variadas unidades de hospitalização. O hospital oferece os serviços de atendimento ambulatorial, de urgência e emergência, de especialidade médicas, contudo não possui a consulta de enfermagem à criança no pós-alta hospitalar.

A implantação da SAE envolveu as enfermeiras, crianças e familiares/cuidadores. Participaram quatro enfermeiras, 10 crianças com seus respectivos familiares/cuidadores, todavia neste artigo, serão evidenciadas as contribuições das enfermeiras que promoveram o cuidado às crianças com PIC no pós-alta hospitalar, a partir das quais se efetivou a implantação da SAE no pós-alta à criança com PIC, se evidenciou os problemas de enfermagem essenciais para a intervenção eficaz da criança e do seu familiar/cuidador a fim de que esses problemas fossem alcançados e as necessidades de cuidado atendidas.

Em consonância à pesquisa-ação, as enfermeiras protagonizaram a ação, na condição de pesquisadoras colaboradoras, ao realizar consultas, identificando os problemas de enfermagem evidenciados pelas crianças e seus familiares/cuidadores. Ainda elencaram diagnósticos compatíveis com essas demandas, planejaram a assistência e implementaram o cuidado, quando o familiar/cuidador demonstrava dificuldades para promoção do cuidado frente sua complexidade.

Para tanto, durante a preparação para a alta hospitalar da criança no ambiente das enfermarias, houve a aproximação da pesquisadora com os familiares/cuidadores e suas crianças, quando esses foram informados acerca dos objetivos, riscos, benefícios da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e/ou o termo de assentimento livre e esclarecido, autorizando participação na pesquisa e tiveram agendamento para as consultas de enfermagem ambulatorial das suas crianças em processo de restauração da integridade cutânea.

Os critérios de inclusão das enfermeiras foram: estar alocada nas unidades assistenciais do referido hospital, demonstrarem interesse em participar de todas as etapas da pesquisa-ação e em contribuir com esta, disponibilizando um turno na semana para atendimentos às crianças com PIC pós-alta hospitalar no ambulatório.

Quanto aos critérios de inclusão das crianças foram considerados: ter sido hospitalizada por pelo menos 24h; ter recebido alta hospitalar ainda em processo de restauração cutânea e demonstrar interesse em participar da pesquisa. Para os familiares/cuidadores: ser maior de 18 anos, e ser familiar/cuidador de crianças com PIC instalada, e esta encontrar-se em preparação e/ou de alta hospitalar.

Para subsidiar o processo de implantação fizeram-se necessários cinco encontros iniciais com as enfermeiras a fim de discutir a proposta de implantação da SAE através do PE, versar sobre essas temáticas com o intuito de qualificá-las, construir e aprovar o instrumento a ser aplicado durante a consulta e construir material educativo, caso houvesse necessidade de contribuir com os familiares/cuidadores no cuidar em domicílio. Após esta etapa, foram realizados encontros com demais enfermeiras das unidades de internação para discutir planejamento da alta hospitalar, a apresentação da proposta de SAE e busca de cooperação no encaminhamento das crianças com PIC no pós-alta hospitalar, para o atendimento ambulatorial.

Assim, a implantação do projeto de SAE no pós-alta hospitalar ocorreu entre os meses de março a julho de 2017, quando a pesquisadora num consultório privativo, utilizava da técnica da entrevista semiestruturada aos familiares/cuidadores e as crianças, logo após eram encaminhados à consulta de enfermagem a criança com PIC, acompanhadas de seus familiares/cuidadores e, a pesquisadora aplicava as técnicas de observação estruturada e o diário de campo.

Durante a consulta, apenas as duas primeiras etapas do PE foram utilizadas como estratégias de alcance da SAE. A coleta de dados de enfermagem, aplicado em todas as consultas realizadas constaram as seguintes informações: dados de identificação; queixas;

anteriores pessoais a comorbidades e cirúrgico; exame físico por sistemas onde se buscava características da lesão cutânea como etiologia, localização, aspectos da borda, leito, tipo de exudato, tamanho, tamanho; e os problemas apreendidos frente ao cuidado prestado as crianças e absorvido dos relatos dos familiares/cuidadores.

Para inferência diagnóstica de enfermagem utilizou-se a taxonomia NANDA- I (North American Nursing Diagnosis Association Internacional), onde após a identificação dos problemas de enfermagem, a enfermeira com auxílio do livro da NANDA-I, elencava os diagnósticos de enfermagem da criança e os dos familiares/cuidadores que tinham influências (in)diretas no cuidado ofertado a essa.

Este estudo respeitou as recomendações éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado pela Resolução 466/12 ⁽¹⁰⁾, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer de número 1.701.659 e CAAE: 57534516.7.0000.0053, e aplicados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Assentimento Livre e Esclarecido aos participantes.

RESULTADOS

As quatro enfermeiras participantes deste estudo possuíam entre seis e doze anos de formação, atuavam no cuidado à criança por um período de cinco a sete anos, duas possuíam especialização em unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica e uma em unidade de terapia intensiva adulto, sendo uma delas especializada em dermatologia. Todas são graduadas em escolas de Enfermagem da região Nordeste do Brasil.

As três categorias que emergiram do material empírico foram intituladas: Problemas de enfermagem na criança no pós-alta hospitalar, Diagnósticos de Enfermagem evidenciados nas crianças no pós-alta hospitalar e em seu familiar/cuidador e, Dificuldades das enfermeiras para realização das etapas do processo de Enfermagem.

Problemas de enfermagem na criança no pós-alta hospitalar e em seu familiar/cuidador

Esta categoria evidencia a vulnerabilidade da criança com PIC no pós-alta hospitalar e do familiar. A criança apresentou problemas de enfermagem de natureza subjetiva a exemplo dos comportamentais e afetivos e emocionais, e outros voltados às suas necessidades biológicas, sociais, psicológicas relacionadas à experimentação de ter/ser criança com PIC em pós-alta hospitalar, apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Problemas de enfermagem identificados na criança com PIC no pós-alta hospitalar – Feira de Santana, 2017

Problemas de enfermagem identificados na criança com PIC no pós alta hospitalar
Lesão cutânea (C1), (C2), (C3), (C4), (C5), (C6), (C7), (C8), (C9), (C10)
Face de insegurança e dor durante realização de procedimento; (C1), (C2), (C3), (C5), (C7), (C9), (C10)
Afinidade para alimentação inadequada (doces, refrigerantes); (C1)
Noctúria; (C3)
Dificuldade de deambulação; (C1), (C6), (C10)
Dependência do familiar/cuidador; (C1)
Potencial à infecção; (C1), (C2), (C3), (C4), (C5), (C6), (C7), (C8), (C9), (C10)
Potencialidade à queda; (C1)
Secreção purulenta em nariz; (C3), (C7), (C9)
Contenção com tala plástica; (C3), (C7)
Dificuldade de realização de atividades diárias compatíveis à idade; (C3), (C5), (C7), (C9)
Dependência de familiar/cuidador para cuidar-se e higienizar-se; (C1), (C4), (C6), (C7), (C8), (C9), (C10)
Dificuldade para vestir-se (C1), (C10)
Sono interrompido; (C4), (C5), (C7), (C10)
Agitação própria da idade potencializando traumas; (C1), (C5), (C7), (C8), (C9)
Dor; (C6)
Introversão; (C2), (C4), (C5), (C6), (C8)
Baixa autoestima [adolescente: lesão supra púbica]; (C6)
Odor em lesão; (C6)
Lesão bolhosa com secreção purulenta perilesão; (C8)
Higiene deficiente; (C8), (C9)
Relação desgastante com genitora e padrasto; (C8)
Medo; (C2), (C3), (C5), (C7), (C9), (C10)

Fonte: Dados coletados na pesquisa

E os problemas de enfermagem dos familiares/cuidadores repercutiram em sua esfera biopsicossocial e desvelaram sentimentos quanto a manutenção dos cuidados à criança com PIC no pós-alta hospitalar, observado no quadro 2.

Quadro 2 – Problemas de enfermagem identificados no familiar/cuidador de crianças com PIC no pós-alta hospitalar – Feira de Santana, 2017

Problemas de enfermagem identificados no familiar/cuidador no pós-alta hospitalar
Dificuldade para assegurar cuidados higiênicos devido peso da criança; (F/C1)
Face de insegurança e dor durante realização de procedimentos na criança; (F/C2)
Cansaço e sobrecarga pela necessidade de Vigilância contínua; (F/C2), (F/C4), (F/C5), (F/C7), (F/C8), (F/C10)
Tristeza; (F/C3)

(conclusão)

Impotência; (F/C3)
 Culpa [agravo da mão direita da criança]; (F/C3)
 Dificuldade financeira; (F/C3)
 Sono prejudicado pela necessidade de vigilância constante; (F/C4), (F/C5), (F/C7), F/C10)
 Dificuldade financeira; (F/C4), (F/C5)
 Dificuldade de compreensão e cognição; (F/C5)
 Medo de perder o emprego; (F/C7)
 Relação desgastante com a criança / necessidades dos genitores em ter controle sobre a criança); (F/C8)
 Relações familiares fragilizadas (avó: cuidadora com a filha: mãe da criança) por mudanças de papéis; (F/C9)

Fonte: Dados coletados na pesquisa

Diagnósticos de Enfermagem identificados nas crianças no pós-alta hospitalar e em seu familiar/cuidador

Com base nos diagnósticos de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar, observado sua identificação associada a alterações nas esferas biopsicossocial e que repercutem em sua qualidade de vida e na restauração de sua integridade cutânea.

Quadros 3 – Diagnósticos de enfermagem identificados na criança no pós-alta hospitalar – Feira de Santana, 2017

Diagnósticos de enfermagem identificados na criança com PIC no pós alta hospitalar
<p>Domínio 1: promoção da saúde</p> <p>Proteção ineficaz associado à imobilidade, (inquietação) relacionado a regime de tratamento. (C1), (C5), (C8), (C9)</p>
<p>Domínio 2: nutrição</p> <p>Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais associado ao interesse inadequado pelos alimentos. (C1)</p>
<p>Domínio 3: eliminação e troca</p> <p>Eliminação urinária prejudicada associada à noctúria relacionada a múltiplas causas. (C4)</p>
<p>Domínio 4: Atividade/Repouso</p> <p>Mobilidade física prejudicada associado à alteração na marcha relacionada ao desuso e dor. (C1), (C6), (C10) Risco de síndrome do desuso associada à imobilidade prescrita. (C3), (C7) Déficit no autocuidado para banho associada à capacidade prejudicada de lavar o corpo. (C1), (C4), (C6), (C7), (C8), (C9), (C10) Déficit no autocuidado para vestir-se associada à capacidade prejudicada de colocar roupas na parte inferior do corpo. (C1), (10)</p>

(conclusão)

Domínio 5: Percepção/cognição

Controle emocional instável associado à ausência de contato pelo olhar relacionado a alteração na auto-estima. (C6)

Domínio 9: Enfrentamento/Tolerância ao estresse

Medo associada à apreensão relacionada à resposta inata a estímulos. (C2), (C3), (C5), (C7), (C9), (C10)

Domínio 11: Segurança/Proteção

Risco de Infecção associado à alteração na integridade da pele. (C1), (C2), (C3), (C4), (C5), (C6), (C7), (C8), (C9), (C10)

Integridade da pele prejudicada associada à alteração na integridade da pele relacionada a trauma. (C1), (C5), (C7), (C8), (C9)

Integridade da pele prejudicada associada à alteração na integridade da pele relacionada à agente farmacológico. (C10)

Integridade da pele prejudicada associada à alteração na integridade da pele relacionada à hipertermia. (C3), (C4), (C5), (C7), (C8), (C9)

Integridade da pele prejudicada associada à alteração na integridade da pele relacionada a retardo da cicatrização. (C6)

Integridade da pele prejudicada associada à matéria estranha perfurando a pele relacionada à agente farmacológico. (C10)

Risco de queda associado à mobilidade prejudicada. (C1), (C10)

Risco de trauma associado a conhecimento deficiente sobre precaução de segurança. (C1), (C5), (C7), (C8), (C9)

Desobstrução ineficaz de vias aéreas associadas a escarro em excesso relacionados a muco excessivo. (C3), (C7), (C9)

Recuperação cirúrgica retardada associada à evidências de interrupção na cicatrização da área cirúrgica relacionada a infecção de sítio cirúrgico perioperatória. (C6)

Integridade da pele prejudicada associada à alteração na integridade da pele relacionado a retardo da cicatrização. (C6)

Domínio 12: Conforto

Dor aguda associada a comportamento expressivo. (C2), (C4), (C5), (C6), (C8)

Conforto prejudicado associado à alteração no padrão do sono relacionado a regime de tratamento; (C4), (C5), (C7), (C10)

Fonte: Dados coletados na pesquisa

Os diagnósticos de enfermagem identificados nos familiares/cuidadores de crianças com PIC no pós-alta hospitalar, evidenciaram as repercussões que a assistência exigida pelas crianças com PIC ocasionam à saúde e bem-estar destes familiares, os quais se encontram no quadro 4.

Quadro 4 – Diagnósticos de enfermagem identificados pelos familiares/cuidadores de crianças no pós-alta hospitalar – Feira de Santana, 2017

Diagnóstico de enfermagem identificados no familiar/cuidador no pós-alta hospitalar

Domínio 1: promoção da saúde

Manutenção ineficaz da saúde associado aos conhecimentos insuficientes relativos a práticas básicas de saúde relacionado a alteração na função cognitiva. (F/C5)

Domínio 4: Atividade/Repouso

Padrão de sono prejudicado associado à alteração no padrão do sono relacionado a imobilidade da criança e padrão do sono não restaurador (i.e., pelas responsabilidades do cuidador). (F/C4), (F/C5), (F/C7), (F/C8), (F/C10)

Fadiga associado a cansaço e padrão de sono não restaurador relacionados à privação do sono. (F/C 1), (F/C2), (F/C4), (F/C5), (F/C7), (F/C8), (F/C10)

Manutenção do lar prejudicada associado a responsabilidades familiares excessivas relacionados a sistema de apoio insuficiente.(F/C7), (F/C8), (F/C10)

Domínio 6: Autopercepção

Risco de baixa autoestima situacional relacionado a prejuízo funcional na criança. (F/C3)

Domínio 7: Papéis e relacionamentos

Paternidade ou maternidade prejudicada associado a declarações negativas a respeito da criança e redução na capacidade de controlar a criança relacionados a habilidades de comunicação insatisfatórias e pai da criança não envolvido. (F/C8)

Paternidade ou maternidade prejudicada associado abandono relacionado a pais muito jovens e pai/ mãe não envolvido. (F/C9)

Processos familiares disfuncionais associados à deteriorização nos relacionamentos familiares e negligências de obrigações com membros da família. (F/C9)

Tensão do papel do cuidador associado a apreensão quanto à saúde futura do receptor de cuidados relacionado a alta hospitalar recente para casa da familiar que necessita de cuidados. (F/C2), (F/C3), (F/C5), (F/C7), (F/C8)

Domínio 9: Enfrentamento/Tolerância ao estresse

Síndrome do estresse por mudança associado à ansiedade, insegurança, preocupação relacionado a estado de saúde comprometido e impotência. (F/C2), (F/C3), (F/C7)

Risco de sentimento de impotência associados a desvantagens financeiras. (F/C3), (F/C4), (F/C5), (F/C7)

Resiliência prejudicada associado à culpa relacionado à vulnerabilidade percebida. (F/C1), (F/C3)

Disposição para enfrentamento familiar melhorado associado à expressa desejo de melhorar a promoção da saúde. (F/C1), (F/C6), (F/C7), (F/C10)

Fonte: Dados coletados na pesquisa

Dificuldades apresentadas pelas enfermeiras à realização do PE

Esta categoria diz respeito às dificuldades elencadas pelas enfermeiras durante o processo de implantação da SAE por meio da aplicação das etapas do PE, dentre as quais se destacam a falta de tempo, sobrecarga de atividades e quantitativo inadequado de recursos humanos.

Apesar de referirem dificuldades quanto à aplicação das etapas do processo de enfermagem a criança com PIC no pós-alta hospitalar, as enfermeiras qualificaram a etapa de definição do diagnóstico de enfermagem como sendo a mais complexa. Esta dificuldade esteve justificada pela necessidade de descrever características definidoras e fatores relacionados quando o problema já identificado na criança, e por uma pouca familiarização com a taxonomia da NANDA-I no processo de hospitalização, uma vez que a instituição tentando otimizar a implementação do processo de enfermagem, elencou alguns diagnósticos em *checklist* bem como as intervenções de enfermagem, diminuindo a necessidade de manuseio e contato com essa taxonomia.

Além das dificuldades de compreensão da taxonomia e das etapas do PE, as enfermeiras alegaram não dispor de tempo para se dedicar ao planejamento do cuidado em função da sobrecarga de tarefas durante os turnos de trabalho.

“Precisa colocar evidenciado por relacionados a?” (E1)

“Nossa! Tem que traçar diagnósticos de enfermagem é? Eu não me lembro como era não?” (E2)

“Eita! Esse negocio de achar pronto na SAE dos meninos [referindo-se ao check-list da unidade]... Agora não me lembro como usa a NANDA”. (E5)

“Agora com a modificação da escala que não tem mais períodos de 6h eu estou sem tempo para ajudar aqui”. (E4)

“(...) estes dias estão quase impossíveis ajudar aqui. É tanta coisa que me aparece para fazer lá [referindo ao setor de trabalho] e agora com menos uma enfermeira na escala, está todo mundo sobrecarregado”. (E2)

DISCUSSÃO

Ao comparar os problemas evidenciados nas crianças com PIC no pós-alta hospitalar e em seus respectivos familiares/cuidadores, com problemas referidos pela literatura no contexto domiciliar de crianças com más formações neurológicas, prematuridade, doenças degenerativas, de desordens do desenvolvimento na infância e até mesmo indivíduos de outras fases de vida, observa-se que são comuns e geralmente conduz os familiares/cuidadores a experimentar sentimentos e repercussões biológicas, psicológicas, sociais ou financeiras que podem refletir na qualidade do cuidado dispensado ao ser familiar/cuidador⁽¹¹⁻¹²⁾.

Frente aos problemas evidenciados, a imagem da infância como sinônimo de bem-estar, energia e alegria é substituída por períodos de hospitalização que resultam na fragilidade e impossibilidade de realizar suas atividades diárias, modificando o seu cotidiano, como ir à escola e brincar. Contudo, como mecanismo de adaptação, a criança tende a desenvolver estratégias de promoção de bem-estar como adequações nas brincadeiras, utilização de jogos que exijam menor mobilidade e quando mais adaptados a nova situação de higidez, utilizam estratégias de atividade e mobilidade similares a sua fase de vida sem agravos, o que requer dos familiares/cuidadores, atenção constante e intensiva à criança evitando traumas que comprometam a restauração da higidez, a integridade cutânea e a sobrevivência isenta de danos à sua saúde ⁽¹³⁾.

Soma-se a isto, a necessidade de investimento de tempo ao auxílio na realização das atividades diárias dessa criança, bem como na promoção do repouso necessário para restauração da integridade cutânea, fato que exige maior vigilância do familiar/cuidador sobre a criança. Assim, os familiares/cuidadores evoluem para um estado de tensão, estresse, sobrecarga emocional, distúrbio do sono, inapetência, algumas vezes experimentam sentimentos antagônicos de amor e raiva, paciência e intolerância, entre outros comportamentos que afetam o seu bem-estar e comprometem a relação interpessoal com a criança e a qualidade do cuidado ofertado a essa em domicílio ⁽¹⁴⁾.

Outra situação também geradora de tensão ao familiar/cuidador de crianças está associado à mudança de papéis da família quanto à assunção do provisor de cuidados integrais e legais dessa criança. Variadas são as justificativas: pais muitos jovens e despreparados para o cuidar, desempregados, com conflitos com novos cônjuges, dependentes de drogas ilícitas, portadores de doenças mentais, falecidos e ainda com causas na justiça associadas a abuso infantil e/ou abandono ⁽¹⁵⁾.

Assim, observa-se a criação de maior vínculo entre avós e neto. Este pode ser tido como fonte de renovações pessoal e da família, podem proporcionar momentos de carinho e alegria, preenchimento da ausência dos filhos, contudo quando se trata da criança em processo de restauração da higidez, os efeitos negativos se sobrepõem a esses momentos acolhedores e de bem-estar e se associa a sobrecarga financeira, conflitos com os filhos devido a divergências na educação das crianças, dificuldades para acompanhar a dinamicidade e demandas da criança, resultando na diminuição da qualidade biopsicossocial da avó, interferência na vida social e familiar, cansaço e esgotamento psicológico e físico ⁽¹⁵⁾.

Mediante aos problemas discutidos e suas repercussões para a criança e seu familiar/cuidador elencar e resolver os problemas de enfermagem são etapas do PE que

requerem sensibilidade ao próximo, dinamicidade e consonância a integralidade, ao entender que os problemas de enfermagem são situações ou condições que resultaram do desequilíbrio das necessidades básicas do indivíduo e sua família no contexto em que estão inseridos, e por isto esse, precisa de uma direção que lhe permita a restauração da condição inicial e compensada, devolva-lhe o bem-estar e a dignidade humana fragilizada temporariamente, por este desequilíbrio ⁽¹⁶⁾.

Para tanto, a enfermeira durante a realização da consulta, precisa conduzir o processo do cuidar de modo criativo, em coletividade, entendendo que o outro é sujeito desta prática, buscando atender suas necessidades de saúde distanciando-se do modelo biológico, tecnicista que conduzem a fragmentação, descontextualização, contraposição da prática do cuidado e que minimizam os atos que diferenciam o seu fazer, convergindo à limitação de entender o próximo, apenas associado ao foco de sua doença⁽¹⁷⁾.

Quando enraizadas pelo enfoque biologicista, as enfermeiras conseguiram apreender os problemas e necessidades de cuidado que a criança e seu familiar/cuidado apresentam, contudo ratificam o modelo biomédico em sua assistência valorizando, e se disponibilizando a atender e registrar prioritariamente as demandas que derivam das manifestações patológicas. Nesta perspectiva, ocorre uma desconfiguração em seu processo de cuidar culminando a pouca explicitação sobre verdadeiro trabalho por ela desenvolvido, minimizando a visibilidade e importância deste para a criança, seus familiares/cuidadores e demais membros da equipe⁽¹⁷⁾.

Divergir dessa forma de cuidar é garantir a continuidade da vida, é apropriar-se de valores éticos, humanitários, e de corresponsabilização com o intuito de ampliar a forma de agir e produzir o cuidado integral, individual, humanizado, resolutivo, com valorização e respeito ao ser cuidado e suas necessidades de cuidado ⁽¹⁸⁾.

Na tentativa de resolução dos problemas de enfermagem evidenciados no processo do cuidar, os mesmos deverão ser analisados através de uma taxonomia que permitirão a identificação dos diagnósticos de enfermagem (DE), os quais são vistos como indicadores de desvios necessidades de saúde e instigadores à resolubilidade das precisões de cuidados de enfermagem, na medida em que são produzidos por meio do levantamento e julgamento de sinais e sintomas detectados e geram intervenções favoráveis à restauração da higidez da criança, o que potencializa seu desenvolvimento em seu ciclo de vida ⁽¹⁹⁾.

Enquanto instrumento de trabalho, os DE da criança confere a enfermeira reaproximação com essa e seu familiar/cuidador, uma vez que permite ao profissional elencar ações que contemplem suas reais necessidades requeridas. A falta de especificidades dos

diagnósticos e prescrições pode comprometer a funcionabilidade da SAE e qualidade do cuidado ofertado à criança e seu familiar/cuidador. Ainda, apresenta a fragilidade como o PE vem sendo construído ao identificar o registro apenas de DE que evidenciam as alterações biológicas, como apontado anteriormente aos problemas de enfermagem⁽¹⁷⁾.

Ampliando a discussão da temática deste estudo, a literatura revela e ratifica em alguns momentos, os achados nesta pesquisa, que ao sistematizar a assistência de enfermagem a indivíduos com PIC, as etapas do PE são focadas em ações que evidenciam a lesão cutânea, em seu tratamento e se distanciam do cuidado integral⁽²⁰⁾.

Assim, dos 13 domínios da classificação NANDA-I evidenciou-se nove neste estudo, os quais estavam voltados tanto para criança quanto ao seu familiar/cuidador ao propor o cuidado à criança centrado na família, e destes apenas um domínio contemplou necessidades psicossociais do familiar, reforçando a necessidade de ampliação da atenção multifacetária do cuidado à criança em processo de restauração da PIC e de seu familiar/cuidador⁽⁴⁾.

Relaciona-se esse achado às dificuldades de uso da terminologia da NANDA-I, à resistência da enfermeira em documentar diagnósticos e sua prática e ainda, por ser o DE uma das etapas do PE mais complexas, causando esse distanciamento e sua realização. Atrelado a esses fatores, destaca-se a desvalorização da SAE no processo formativo desse profissional, como instrumento de gestão do cuidado, pela preocupação em desenvolver as habilidades técnicas e já durante a atividade profissional, elucida a alteridade e dependência da prática de enfermagem ao raciocínio biomédico, cujo enfoque é a doença⁽²¹⁾.

Para além das dificuldades para traçar o DE, realizar o PE exige muitos desafios aos profissionais. Percebe-se no cotidiano laboral, que elementos como: incompatibilidades organizacionais e administrativas com os interesses do profissional, bem como a ausência de compreensão quanto a sua importância da instituição, ao ser cuidado e a equipe de cuidado acabam deste instrumento de qualificação do cuidar⁽²²⁾.

Ainda, observa-se que a sobrecarga de trabalho, número de funcionários reduzido, falta de tempo, despreparo dos mesmos para atender as demandas da profissão, desmotivação e inapropriada identidade profissional por alguns, bem como fatores inerentes ao gerenciamento, dificultam a construção, supervisão e avaliação de uma ferramenta imprescindível que potencializam respostas exitosas nas pessoas, famílias, em um dado momento do seu processo de restauração à saúde⁽²²⁾.

Para tanto, promover melhoria na assistência de enfermagem consiste em modificar primeiramente o modo de pensar a enfermagem pelo profissional, a compreensão do seu papel frente ao outro e a prática que o mesmo produz em favor do bem estar do ser cuidado e sua

família. Desta maneira, a implementação do SAE através da operacionalização do PE à criança com PIC no pós-alta hospitalar assegura a individualização do cuidado a mesma e a continuidade da assistência por seu familiar/cuidador na medida em que suas necessidades de prestação de cuidado e suas inquietações são contempladas ao longo das consultas de enfermagem, por meio do PE, o qual confere aos seus envolvidos a confiabilidade, promoção de saúde e provisão do cuidado eficaz⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou descrever os problemas e diagnósticos de enfermagem identificados na criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e seu familiar/cuidador e, discutir as dificuldades das enfermeiras durante o processo de implantação da sistematização da assistência, a partir de uma pesquisa-ação. Na condição de agente social, as enfermeiras observaram variados problemas de enfermagem tanto voltado à criança, quanto ao seu familiar/cuidador que refletiam diretamente no cuidado ofertado a criança e por este motivo precisaram de intervenções a fim de garantir sobrevivência dessa criança e minimizar possibilidades de rehospitalizações.

Por meio da pesquisa-ação e pelo desdobramento deste estudo, observou-se na implantação da SAE no pós-alta da criança com PIC que os problemas e os diagnósticos tem sido elencados na esfera biológica, dando ênfase que o modelo tecnicista permanece enraizado no processo do cuidar, mesmo com as variadas estratégias de cuidado integral disponível e com o enfoque de transformação no cuidado à criança e seu familiar/cuidador que as políticas públicas de integralidade evidenciam.

Embora as enfermeiras evidenciem dificuldades à operacionalização do PE justificadas por diversos fatores como falta de tempo, sobrecarga, quantitativo inadequado de profissionais, observado que as mesmas conseguiram identificar uma gama de problemas e diagnósticos de enfermagem que dão visibilidade ao seu processo de trabalho e ratificam a necessidade de implantação da SAE à criança no pós-alta hospitalar, a fim de oferecer-lhe uma assistência de qualidade, sistematizada, responsável, segura, comprometida e exitosa.

Para tanto, convém que a enfermeira permita transformação de suas práticas e que incorpore o PE em seu cotidiano adquira por meio deste, a autonomia no processo do cuidar, garanta à família o empoderamento à continuidade deste cuidado em domicílio em prol da restauração da saúde da criança, a equipe a garantia da continuidade das ações de forma efetiva e à criança um cuidado sistematizado que resulte em segurança e otimização de

resultado ao entendê-la como um ser multidimensional com necessidades biopsicossociais e espirituais.

O estudo evidenciou limitações para a implementação da SAE e as etapas do PE, passíveis de superação, contudo permitiu a visualização que o profissional de enfermagem, através do conhecimento e operacionalização do PE, é visto como elemento fundamental para articular e mobilizar os processos na tentativa de melhorar o contexto da saúde. A pesquisa ainda permitiu inferir que a SAE, como elemento de gestão do cuidado e qualificação da assistência prestada, ofereceu indícios que, nesta trajetória da produção do cuidado, a enfermagem conseguiu se organizar para oferecer ações sistemáticas e racionais com maior cientificidade em seu trabalho e qualidade na assistência prestada à criança com PIC no pós-alta hospitalar e ao seu familiar/cuidador.

REFERÊNCIAS

1. Silva AS, Valácio RA, Botelholl FC, Amaral CFS. Reasons for discharge delays in teaching hospitals. *Rev Saude Publica* [internet]. 2014 [cited 2017 Jul 18]/ 48(2): 314–321. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206133/>
2. Amaral LFP, Calegari T. Humanization of nursing care for the family at the pediatric intensive care unit. *Cogitare Enferm* [internet]. 2016 [cited 2017 Jul 18]; 21(3):01-09. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2456/44519-187756-1-pb.pdf>
3. Araujo DS, França AF, Mendonça JKS, Bettencourt ARC, Amaral TLM, Prado PR. Construction and validation of a systematization instrument for nursing in intensive care. *Revista Rene* [internet]. 2015 [cited 2017 Jul 18]; 6(4):461-9. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1899/pdf_1
4. Santos LF, Oliveira LMAC, Montefusco SRA, Barbosa MA. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em famílias de crianças hospitalizadas. *Rev enferm UERJ* [internet]. 2016 [cited 2017 Jul 20]; 24(4):e8253. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n4/v24n4a07.pdf>
5. Garcia TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2016 Mar [cited 2017 July 20]; 20(1): 5-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100005&lng=en.
6. Ferreira EB, Pereira MS, Souza ACS, Almeida CCOF, Taleb AC. Systematization of nursing care in the perspective of professional autonomy. *Rev Rene* [internet]. 2016 [cited

- 2017 Jul. 20]; 17(1):86-92. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2263/pdf_1
7. Santos WN. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *J Manag Prim Health Care* [internet]. 2014[cited 2017 jul. 20]; 5(2):153-158. Disponível em: https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/177493/mod_resource/content/1/SAE_o%20contexto%20hist%C3%B3rico%20e%20obst%C3%A1culos%20na%20implanta%C3%A7%C3%A3o.pdf
8. Pereira AH, Diogo RCS. Análise do raciocínio clínico do graduando em Enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *J Health Sci Inst* [internet]. 2012 [cited 2017 jul. 20]; 30(4):349-53. Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p349a353.pdf
9. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo (SP): Cortez; 2011.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012. Brasília; 2012.
11. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Marques S, Nobrega MML, Rodrigues RAP. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 July 21]; 47(5): 1129-1136. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501129&lng=en.
12. Moura THM, Vasconcelos MGL, Pontes CM, Guedes TG, Ximenes LB, Leal LP. Cuidados domiciliares para promoção da saúde da criança no Brasil: revisão integrativa. *Online braz j nurs* [Internet]. 2014 [Cited 2017 Jul 21]; 13 (4): 686-98. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4808>.
13. Silva LF, Cabral IE. Cancer repercussions on play in children: implications for nursing care. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2017 July 30]; 23(4):935-943. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400935&lng=en.
14. Guerra HS, Almeida NAM, Souza MR, Minamisava R. A sobrecarga do cuidador domiciliar. *Rev Bras Promoç Saúde* [internet]. 2017 [cited 2017 Jul 30]; 30(2): 179-186. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6043/pdf>

15. Pinto KLB, Arrais AR, Brasil KCTR. Avosidade x maternidade: a avó como suporte parental na adolescência. *Psico-USF* [online]. 2014 [cited 2017 Jul 30]; 19(1):37-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n1/a05v19n1.pdf>
16. HORTA, Wanda de Aguiar; CASTELLANOS, Brigitta E.P., colab. *Processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
17. Sousa LD, Filho WDL, Cezar-Vaz MR, Figueiredo PP. Clinical practice as an arborescent and rhizomorphic practice in surgical nursing work. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 July 31]; 47(6):1389-1396. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en_0080-6234-reeusp-47-6-01389.pdf
18. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 31];47(1):107-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100014&script=sci_arttext&lng=en
19. Luciano TS, Nóbrega MML, Saparolli ECL, Barros ALBL. Cross Mapping Of Nursing diagnoses In Infant Health Using the International Classification of Nursing Practice. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2014 [cited 2017 July 31]; 48(2): 250-256. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200250&lng=en
20. Nogueira GA, Oliveira BGRB, Santana RF, Cavalcanti ACD. Nursing diagnoses in patients with chronic venous ulcer: observational study. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [internet]. 2015 [cited 2017 Jul 31]; 17(2):333-9. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a17-en.pdf>
21. Silva VS, Filho ESB, Queiroz SMB, Abreu RNDC. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. *Cogitare Enfermagem* [S.l.]. 2013 [cited 2017 Jul 31] 18(2):351-7. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32585>
22. Moreira RAN, Pereira LDB, Siqueira AEOB, Barros LM, Frota NM, Luna IT. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade neonatal. *Cogitare enferm.* [internet]. 2012 [cited 2017 Jul 31]; 17(4):710-716. Available form: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000400015&lng=es.

ARTIGO 3

Necessidades humanas de crianças com perda da integridade cutânea e seus familiares/cuidadores: Teoria de Maslow¹**Human needs of children with loss of skin integrity and their relatives/caregivers: Maslow's theory****Necesidades humanas de los niños con pérdida de integridad cutánea y sus familiares/cuidadores: Teoría de Maslow**

Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos²
 Evanilda Souza de Santana Carvalho³

RESUMO

Objetivo: identificar necessidades humanas básicas de crianças com perda de integridade cutânea e de seus familiares/cuidadores na pós-alta hospitalar.

Método: Estudo qualitativo que se utilizou da pesquisa-ação. Desenvolvido em hospital pediátrico público da Bahia-Brasil entre março e julho de 2017. Participaram enfermeiras, crianças com perda de integridade cutânea e familiares/cuidadores. Os dados foram obtidos através de entrevistas, observação sistemática e diário de campo e submetidos a análise de conteúdo e interpretação à luz da Teoria de Necessidades Humanas de Maslow.

Resultados: Aprenderam-se necessidades humanas na criança e seus familiares/cuidadores, as quais subsidiaram as cinco categorias: Necessidades básicas ou fisiológicas; Necessidade de segurança; Necessidades de amor e/ou sociais; Necessidades de estima e; Necessidades de auto-realização.

Conclusão: Adotar papel de encorajador à construção de estratégias de adaptação individual e familiar à situação da criança, tornando esse momento menos complexo, desgastante e que

¹ Manuscrito elaborado a fim de atender um dos objetivos da dissertação de mestrado, intitulada “Implantação da Sistematização da assistência de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar”.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS pelo Departamento de Saúde. Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica. Enfermeira do Hospital Estadual da Criança e docente do curso de graduação e pós-graduação da FTC. ayana.teixeira@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UEFS pelo Departamento de Saúde. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdade em Saúde (Nudes). evasscarvalho@yahoo.com.br

permitam a qualidade de vida e o seu bem-estar à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e ao seu familiar/cuidador.

Descritores: Modelo de enfermagem. Enfermagem pediátrica. Ferimentos e lesões. Saúde da família.

ABSTRACT

Objective: to identify basic human needs of children with loss of cutaneous integrity and their relatives / caregivers after hospital discharge.

Method: A qualitative study using action research. Developed in public pediatric hospital in Bahia-Brazil between March and July 2017. Participants nurses, children with loss of skin integrity and family / caregivers. Data were collected through interviews, systematic observation and field diary and subjected to content analysis and interpretation to the Theory of Human Needs of Maslow.

Results: Human needs were assessed in the child and his relatives / caregivers, who subsidized the five categories: Basic or physiological needs; Need for security; Needs of love and / or social; Needs of esteem and; Needs of self-realization.

Conclusion: Adopt paper encouraging the construction of individual adaptation strategies and familiar to the child's situation, making this moment less complex, exhausting and allow the quality of life and well-being of children with loss of skin integrity in post- Discharge to your family member / caregiver.

KEYWORDS: Models, Nursing. Pediatric Nursing. Wounds and injuries. Family Health.

RESUMEN

Objetivo: identificar necesidades humanas básicas de niños con pérdida de integridad cutánea y de sus familiares / cuidadores en el post-alta hospitalaria.

Método: Estudio cualitativo que se utilizó de la investigación-acción. Desarrollado en un hospital pediátrico público de Bahía-Brasil entre marzo y julio de 2017. Participaron enfermeras, niños con pérdida de integridad cutánea y familiares / cuidadores. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas, observación sistemática y diario de campo y sometidos a análisis de contenido e interpretación a la luz de la Teoría de Necesidades Humanas de Maslow.

Resultados: Se apprehendieron necesidades humanas en el niño y sus familiares / cuidadores, las cuales subsidiaron las cinco categorías: Necesidades básicas o fisiológicas; Necesidad de seguridad; Necesidades de amor y / o sociales; Necesidades de estima; Necesidades de auto-realización.

Conclusión: Adoptar un papel de alentador a la construcción de estrategias de adaptación individual y familiar a la situación del niño, haciendo que ese momento menos complejo, desgastante y que permitan la calidad de vida y su bienestar al niño con pérdida de la integridad cutánea en el post- Alta hospitalaria y su familiar / cuidador.

DESCRIPTORES: Modelos de Enfermería. Enfermería pediátrica. Heridas y lesiones. Salud de la familia.

INTRODUÇÃO

O cuidado à criança com perda da integridade cutânea (PIC) vem sendo aperfeiçoado no contexto da enfermagem, na medida em que exige frente às novas tecnologias para tratamento das lesões, maior conhecimento científico à transformação de sua prática e para o planejamento da assistência de qualidade. Desta forma, o cuidado a essa criança precisa ser integral agregando sua família no processo do cuidar, uma vez que a restauração da integridade cutânea perpassa o contexto da hospitalização, é transferido e geralmente continuado em domicílio por essa instituição provedora do cuidado⁽¹⁾.

Na perspectiva do cuidado integral e interpessoal, as enfermeiras se desvinculam das ações essencialmente clínica, individual, tecnicista, intervencionista e se redimensiona em suprir não só as necessidades biológicas, mas também as necessidades emocionais, psicológicas, sociais e espirituais com foco no crescimento, desenvolvimento, promoção da qualidade de vida e solidificação das relações afetivas necessárias para o bem-estar desta criança em restauração de sua saúde⁽²⁾. Assim, o cuidado resulta na satisfação de necessidades humanas básicas (NHB) e, quando eficiente, promove saúde e crescimento de seus envolvidos.

As NHB são entendidas como condições que tendem a gerar desequilíbrio no ser humano em seus multifacetados aspectos, que exigem resolução, uma vez que mobilizam suas forças para recuperação e alcance do maior potencial de saúde⁽³⁾. Para tanto, convém a enfermeira dispensar atenção ao ser cuidado durante o seu atendimento, a fim de apreender

suas singularidades, suas necessidades na tentativa de promover a saúde e satisfazer as demandas desveladas no processo do cuidar⁽⁴⁾.

Assim, Wanda Horta referenciou as necessidades como: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, em consonância com a classificação de João Mohana. As primeiras estão associadas às demandas tidas como espontâneas, como oxigenação; as segundas são aquelas de nível social, como recreação; e as terceiras, aquelas em que o homem procura interpretar, mas que cientificamente é inexplicável⁽³⁾.

Na perspectiva da teoria da motivação de Maslow, essas necessidades podem ser ampliadas e classificadas em cinco níveis hierarquicamente contempladas em: **necessidades básicas ou fisiológicas** aquelas associadas à condição de existência e sobrevivência do ser humano e condicionadoras de comportamento quando estão afetadas e gerando insatisfação a esse; **necessidades de segurança** relacionadas à proteção individual contra perigos e ameaças e por isto só se tornam motivadores quando a situação de urgência foi detectada; **necessidades sociais** aquelas que envolvem as necessidades de convívio social minimizando a hostilidade e a resistência em relação às pessoas ao redor^(3,5).

Agrega-se ainda, as **necessidades de estima**, que se caracterizam com a autossatisfação, dignidade, respeito, reconhecimento e que são capazes de promover autoconfiança, valores relacionados à sua personalidade e, **necessidades de auto-realização** as quais estão posicionadas em níveis mais altos e refletem acerca da realização integral do ser humano que convergem para realização plena do seu potencial^(3,5).

Ao analisar as necessidades humanas básicas à luz da teoria de Maslow, observa-se que esse considera que os indivíduos, tidos como promotores de seu autocuidado, têm necessidades comuns, dinâmicas, hierarquizadas, universais e que seu comportamento converge para a satisfação das mesmas, cabendo a enfermagem desvelar essas necessidades considerando a individualidade do ser cuidado e planejar o cuidar quando o mesmo não é capaz de executá-lo, a fim de atender os problemas apresentados por ele, singularmente^(3,6).

Nesta premissa, observa-se a complexidade do assistir a criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar à sua plenitude do cuidar e nisto justifica-as a agregação da família como coparticipe desse cuidado e para tanto, a socialização do conhecimento e aquisição de habilidades técnicas são essenciais para assegurar a identificação e o atendimento das necessidades também em domicílio⁽⁴⁾.

Na experiência de uma das autoras, durante a implantação da sistematização da assistência em hospital pediátrico, emergiu a necessidade de olhar a criança em situação de alta além da dimensão física, mas vislumbrando o planejamento de uma assistência a

assegurar a continuidade dos cuidados, após a hospitalização com alcance nas diversas dimensões. Assim, foi traçado o objetivo de identificar necessidades humanas de crianças com perda de integridade cutânea e de seus familiares/cuidadores no pós-alta hospitalar.

Este estudo mostra-se relevante por possibilitar uma reflexão sobre a produção do cuidado humanizado, acessível, sistematizado e eficaz após a alta hospitalar da criança com PIC, fundamentado na premissa da existência e significância das necessidades humanas básicas na vida do ser cuidado capaz de potencializar a promoção de saúde, bem como seu crescimento e desenvolvimento associado a seu ciclo de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo que se utilizou da pesquisa-ação, realizada num hospital pediátrico público da Bahia. Com este tipo de estudo, os pesquisadores mobilizados pela reflexão, são vistos como transformadores da realidade quando refutam condição restrita de pesquisadores e se permitem ser atores sociais frente à problemática encontrada⁽⁷⁾.

O cenário do estudo conta com 156 leitos funcionantes dos 280 leitos de internamento disponíveis em sua capacidade instalada, atende uma média de 464 crianças e dessas, aproximadamente 452 recebem alta ao mês das variadas unidades de hospitalização. Oferecem os serviços de atendimento ambulatorial, de urgência e emergência, de especialidade médicas, contudo não possuía a consulta de enfermagem à criança no pós-alta hospitalar.

Participaram quatro enfermeiras que atuavam em unidades de internação, 10 crianças que estiveram hospitalizadas com seus respectivos familiares/cuidadores, todavia neste artigo, serão evidenciadas as necessidades das crianças e dos seus familiares/cuidadores. Estes, por entender a necessidade de cuidado à criança centrado na família e aquelas por apresentarem demandas de cuidado, a partir dos quais se extraíram informações fundamentais para identificar as necessidades de cuidados pós-alta hospitalar em crianças com PIC.

Para tanto, os critérios de inclusão das crianças foram: ter sido hospitalizadas por pelo menos 24h; ter recebido alta hospitalar ainda em processo de restauração cutânea e demonstrar interesse em participar da pesquisa; aos familiares/cuidadores designou-se: ser maior de 18 anos, ser familiar/cuidador de crianças com PIC instalada, e esta encontrar-se em preparação e/ou de alta hospitalar.

Em consonância à pesquisa-ação, as enfermeiras protagonizaram a ação, na condição de pesquisadoras colaboradoras, ao realizar consultas, identificando as necessidades de

cuidados e os problemas de enfermagem evidenciados pelas crianças e seus familiares/cuidadores. Ainda planejaram a assistência e implementaram o cuidado, quando a criança em sua vulnerabilidade não era capaz de autocuidar-se e seu familiar/cuidador demonstrava dificuldades para promoção do cuidado frente sua complexidade.

Os critérios de inclusão das enfermeiras foram: estarem alocadas nas unidades assistenciais do referido hospital, demonstrarem interesse em participar de todas as etapas da pesquisa-ação e em contribuir com esta, disponibilizando um turno na semana para atendimentos às crianças com PIC pós-alta hospitalar ambulatorialmente.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a julho de 2017. Para a coleta de dados fez-se uso da técnica da entrevista semiestruturada, observação e diário de campo. Após conhecimento dos objetivos, benefícios, riscos e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos familiares/cuidadores, bem como o termo de assentimento livre e esclarecido por suas crianças, as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora num consultório privativo, com média de 30 minutos de duração a fim de identificar as necessidades humanas da criança e de seus cuidadores.

Em seguida, os familiares acompanhavam a criança com PIC durante as consultas de enfermagem, na qual as enfermeiras aplicavam o processo de enfermagem contemplando as etapas: coleta de dados e diagnósticos de enfermagem. Paralelamente, a pesquisadora aplicava observação estruturada orientada por um roteiro guia, e o diário de campo constando notas de natureza teóricas, metodológicas e reflexivas sobre o contexto, a consulta de enfermagem e suas repercussões do cuidado dispensado à criança com PIC no pós-alta hospitalar^(8,9).

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, em suas três fases: na pré-análise procedeu-se a leitura exaustiva dos depoimentos; em seguida a exploração do material consistiu de identificação dos núcleos de sentido e categorização por semelhança, por fim realizou-se a inferência e interpretação sobre os conteúdos apreendidos, por fim as categorias foram confrontadas com os conteúdos das notas do diário de campo^(8,9).

Este estudo respeitou as recomendações éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado pela Resolução 466/12⁽¹⁰⁾, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer de número 1.701.659 e CAAE: 57534516.7.0000.0053, e aplicados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Assentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As crianças que participaram deste estudo possuíam faixa etária contemplada de 01 a 13 anos, maioria do sexo masculino e estavam em processo de restauração da integridade cutânea secundário a queimaduras em domicílio, deiscência de ferida operatória e trauma, agravos que condicionaram sua hospitalização. Os familiares foram predominantemente do sexo feminino, classe social variando de baixa a média, residiam no município onde a pesquisa foi realizada e dedicavam-se às atividades do lar.

Os dados foram organizados em níveis hierárquicos com base na teoria das necessidades humana de Maslow, de onde emergiram as cinco categorias: Necessidades básicas ou fisiológicas; Necessidade de segurança; Necessidades de amor e/ou sociais; Necessidades de estima e; Necessidades de auto-realização, as quais se encontram representadas no quadro 1.

Quadro 1 - Necessidades humanas identificadas em crianças com PIC no pós-alta hospitalar e de seus familiares/cuidadores a luz da Teoria de Maslow – Feira de Santana, 2017

CRIANÇA COM PIC	FAMILIAR/CUIDADOR
<i>Necessidades básicas ou fisiológicas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Integridade física; - Afinidade à alimentação adequada a idade; - Deambulação; - Auto-cuidado; - Oxigenação eficaz; - Dor; - Dificuldade de realização de atividades diárias compatíveis à idade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração do sono; - Alteração do repouso;
<i>Necessidades de segurança</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Choro; - Potencialidade à queda; - Face de insegurança e dor durante consulta de enfermagem; - Agitação própria da idade potencializando traumas; - Contenção com tala plástica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Face de insegurança e dor durante procedimentos na criança; - Medo de perder o emprego; - Sustento financeiro; - Dificuldade de compreensão e cognição;
<i>Necessidades de amor e/ou sociais</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Relação afetiva entre familiares; 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação afetiva entre familiares;
<i>Necessidades de estima</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Introversão; - Baixa autoestima [adolescente: lesão supra púbica]; - Dependência de cuidados; 	
<i>Necessidades de auto-realização</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de brincar 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza; - Impotência; - Culpa [agravo da mão direita da criança];

As *necessidades básicas ou fisiológicas* são tidas como menos complexas na pirâmide de hierarquização proposta por Maslow, porém essenciais e devem ser supridas, pois não alcançando autossatisfação condicionam riscos à saúde do indivíduo. Assim precisam estar satisfatoriamente equilibradas. A criança e seu familiar/cuidador apresentaram variadas necessidades humanas básicas ou fisiológicas, elencadas pelas enfermeiras durante as consultas de enfermagem a criança com PIC no pós-alta hospitalar.

Ao analisar as *necessidades de segurança* relacionadas as crianças com PIC no pós-alta hospitalar, observa-se que estiveram relacionadas a proteção individual contra perigos que a própria situação e atividades inerentes a idade proporcionava as essas. Nos familiares, essas necessidades se voltaram para o risco de perda de emprego pelo constante acompanhamento da criança em processo de restauração da integridade cutânea, o que acarretaria em vulnerabilidade financeira, dificultando as possibilidades de adesão ao tratamento da criança e na insegurança associada à realização de procedimentos desconhecidos ou que utilizavam das tecnologias para o cuidar.

Observa-se na categoria *necessidades de amor e/ou sociais*, a fragilização nas relações afetivas entre membros da família, o que dificulta a socialização do ser em todo seu contexto sociocultural, o que muitas vezes converge para a má adaptação e introversão do indivíduo, ou adoção de comportamentos pouco aceitáveis por seu grupo familiar.

Na categoria *necessidades de estima* evidenciaram-se necessidades subjetivas capazes de produzir uma auto-avaliação positiva ou negativa, apoiada na opinião das pessoas ao redor, que podem ratificar sua personalidade ou descaracterizá-la temporariamente, evidenciando fragilidades ao lidar com acontecimentos ou repercussões de um agravo de saúde principalmente quando as lesões são visíveis no corpo ou se apresentam em áreas que trazem constrangimento à criança.

Quando analisadas as *necessidades de auto-realização* associadas à criança observou-se que esteve relacionada ao brincar inerente à própria infância e ao identificar esse tipo de necessidade no familiar/cuidador, essas estiveram correlacionadas às repercussões das lesões com o potencial de projeção positiva no ser cuidado e em suas possibilidades de desenvolvimento.

DISCUSSÃO

Ao considerar as necessidades como motivadoras e direcionadoras do comportamento humano, a enfermagem tem sua filosofia ampliada na perspectiva de fundamentar o cuidado

oferecido frente à manifestação de necessidades humanas e de promover mudança em suas práticas assistenciais. Nisto, se ratifica a importância de oferecer um cuidado individual, humanizado, elaborado através do encontro entre sujeitos com singularidade e dimensões a serem contempladas de forma distinta, porém complementares e indispensáveis para promoção do bem-estar dos seres envolvidos⁽¹¹⁾.

Diante das necessidades básicas alteradas na criança com PIC no pós-alta hospitalar e de seu familiar/cuidador, a PIC na criança se constitui um elemento desencadeador de desequilíbrios biológicos, uma vez que promove nessa, alterações no deambular, autocuidar-se, alteração do sono, dor, dificuldades de realização das atividades diárias, risco à infecção, o que condiciona no familiar/cuidador maior vigilância, auxílio à realização dos cuidados e diminuição do seu padrão de sono e repouso⁽¹²⁾.

Neste contexto, a enfermeira é vista como uma qualificada prescritora de cuidados, capazes de empoderar a criança e/ou seu familiar/cuidador a utilização de medidas preventivas universais contra infecção e desenvolver estratégias para minimização da dor e para adaptação do mesmo a nova condição de saúde, na tentativa de reduzir os desgastes físico e psicológico e contribuir para produção de saúde⁽¹²⁾.

Outra necessidade básica alterada na criança contemplada no estudo foi à necessidade de oxigenação e nutrição adequada que estão intrinsicamente associados ao processo de restauração dos tecidos lesionados. Ao estabelecer paralelo com a má oxigenação, alimentação inadequada e a restauração cutânea, observa-se que essas necessidades quando não atendidas, retardam a formação de novas células epiteliais necessárias para a cicatrização eficaz e conseqüentemente, não devolve a sensação de bem-estar e energia inerente na criança, uma vez que condiciona redução das atividades da infância, aumenta a ansiedade frente a limitação de movimento e não otimiza a promoção da qualidade de vida⁽¹³⁾.

Assim, o papel dos familiares/cuidadores para a manutenção dos cuidados de enfermagem prestados à criança é fundamental para recuperação desta, haja vista sua vulnerabilidade associada à própria idade. Nisto, eles assumem em domicílio, o desafio de harmonizar as necessidades da criança com PIC, de proteger suas crianças, o que lhes exigem mudanças em suas dinâmicas cotidianas, acarretam sua sobrecarga e algumas vezes fragilizam as estruturas familiares⁽¹⁴⁾.

Como necessidades humanas básicas dos familiares/cuidadores evidenciadas no cuidado à criança com PIC, observou-se a alteração do sono e do repouso pela necessidade de assegurar o cuidado e de vigilância a criança contra agravos a sua saúde, na tentativa de minimizar riscos de rehospitalizações. Contudo, frente às mudanças propostas para o alcance

desses objetivos, os familiares/cuidadores são imersos numa rotina desgastante permeada com fragilidades emocional, psicológica, afetiva, social que tendenciam ao seu adoecimento e descontinuidade no cuidado à criança⁽¹⁴⁾.

Ainda, na perspectiva de analisar as necessidades de segurança da criança com PIC associados neste estudo aos riscos de traumas e quedas em domicílio, bem como a insegurança frente à equipe durante a realização de procedimentos, observou-se a importância da família e seu papel de protetor primário assumido socialmente e externalizado com o toque, o diálogo, a presença, os quais são capazes de minimizar a ansiedade da criança e devolver-lhe o bem-estar⁽¹⁵⁾.

Contudo, entendendo a organização familiar, observa-se que o familiar/cuidador, ao presenciar situações de estresse da criança, apresentam alterações em nível emocional, experimentam diferentes sentimentos frente à doença e sua repercussão no desenvolvimento infantil. Nisto, passam a colocar suas próprias necessidades, anseios, lazer, em segundo plano, frente às demandas de cuidado, apresentam sentimentos como a insegurança, a tristeza o medo em perder emprego necessário para o sustento financeiro, a impotência, a culpa e, acabam tornando-se mais vulneráveis psicologicamente, uma vez que momentos de restauração das energias e fortalecimento das famílias se tornaram escassos, dificultando a superação deste momento adverso vivido pela família⁽¹⁵⁾.

Neste sentido, a atuação da enfermeira como apoiador desse familiar/cuidador se torna imprescindível, na perspectiva de reduzir o impacto das novas demandas de cuidado das crianças sobre este; de permitir maior harmonização interior e na estrutura familiar; de melhorar as condições de vida dos mesmos e assegurar o desenvolvimento infantil com qualidade⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Agrega-se ainda as estratégias de apoio, a ampliação do acolhimento à família, o que vem sendo compreendido como uma medida de proteção a essas crianças, quando oferece possibilidades de desenvolvimento a tais, fortalece a manutenção de vínculos e relações afetivas com o familiar/cuidador, ressignifica a família como unidade de cuidado e a empodera como agente de transformação e de promoção de bem-estar^(14,17-18).

Ao evoluir a análise às necessidades de amor e/ou sociais, observa-se que, esse familiar/cuidador por não se sentir contemplado em esferas hierárquicas motivacionais menores, os mesmos podem a desenvolver, frente ao impacto do agravo de saúde de sua criança com PIC e as demandas assistenciais acrescidas ao seu papel familiar, reações como a agressividade e o desenvolvimento de vínculo conflituoso com a criança dependente de seus

cuidados, caracterizando a desorganização ocorrida nesta unidade reconhecida socioculturalmente como homeostática⁽¹⁸⁾.

Essa atitude ainda pode ser ratificada pela não aceitação da quebra da rotina familiar e pela necessidade de vivenciar o retrocesso da dependência da criança ao seu familiar/cuidador. Nisto, evidencia-se o estresse emocional vivenciado por estes, o que pode contribuir para o enfraquecimento dos laços afetivos, bem como aparecimento de problemas psíquicos na criança pelas repercussões dessas influências negativas em sua fase de estruturação da personalidade que, em longo prazo, pode resultar em prejuízos ainda maiores para sua vida e dificultar o alcance da autossatisfação⁽¹⁸⁾.

Frente às influências contrárias desta relação conflitante, convém a enfermeira, oferecer suporte ao familiar/cuidador a fim de que o mesmo, em busca da resiliência, consiga resgatar a solidariedade à criança com PIC dependente de seus cuidados. Na mesma intenção, cabe a enfermeira, ao considerar as necessidades de estima da criança com PIC, contribuir para a ressignificação da lesão cutânea, por entender que a perda da integridade cutânea excede a significância de ser apenas um agravo físico, e se expande a inter-relação com a causa, que traz dor, fragilidade, algumas vezes incapacidade, que interrompe sonhos e que faz morrer⁽¹⁹⁾.

Neste contexto, convém a esse profissional, criar estratégias que consigam minimizar sentimentos como a introversão, a baixa autoestima uma vez que estão intrinsecamente associados a julgamentos e atitudes que o indivíduo apresenta relacionado a si próprio que, quando negativos prejudicam a qualidade de vida e o seu bem-estar. Ainda, fragiliza a realização dos cuidados diários possíveis a idade da criança com PIC, uma vez que se não há autossatisfação, a autoestima não é fortalecida, não permite adaptações às mudanças e conseqüentemente a restauração cutânea e suas implicações são postergadas⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Este artigo buscou identificar as necessidades humanas da criança com PIC no pós-alta e de seus familiares/cuidadores, com vistas a assegurar a continuidade dos cuidados para além da restauração cutânea, mas como possibilidade de motivar os envolvidos nesta ação em domicílio para o alcance de motivação e conseqüentemente a autossatisfação.

Assim, por meio da pesquisa-ação, as enfermeiras constituíram-se elementos fundamentais na apreensão das necessidades humanas das crianças com PIC no pós-alta hospitalar, bem como de seus familiares/cuidadores e paralelamente a produção do cuidado,

se compuseram como apoiadoras neste processo, na perspectiva de tornar-se mais próximo desses, compreendendo-os enquanto sujeitos envolvidos no cuidado, encorajando-os a construção de estratégias de adaptação individual e familiar à situação da criança a fim de tornar esse momento menos complexo, desgastante e permeado de sentimentos negativos e que permitam a qualidade de vida e o seu bem-estar de todos envolvidos.

Para implantação da SAE se fez necessário um processo de articulação entre pesquisadores, enfermeiras, crianças e familiares/cuidadores, no qual a pesquisadora atuou como líder às pesquisas; os encontros, fundamentando as práticas com teorias de enfermagem e, para manutenção desse processo, faz-se necessário a continuidade das discussões a fim de superar as dificuldades encontradas.

O conhecimento construído pelas enfermeiras nesta pesquisa-ação oferece subsídios para a elaboração de instrumentos para o acompanhamento das crianças e suas famílias na pós-alta, com vistas ao alcance das demais etapas da SAE (planejamento, implementação e avaliação) dirigidas às necessidades reais e potenciais do público cuidado.

Neste contexto, o papel da enfermagem se desvincula do fazer meramente tecnicista e, se amplia pela utilização de métodos que lhe permita conhecer a criança com PIC e seu familiar/cuidador, que entende-os como sujeitos com necessidades hierárquicas e multifacetadas e que precisam ser direcionado em busca da resiliência, autovalorização e valorização para promoção da autoestima, autonomia e manutenção dos cuidados necessários para a restauração da integridade cutânea que permitam a família o resgate da dinâmica cotidiana harmoniosa; aos familiares/cuidadores possibilidades de reviver sonhos de auto-realização distanciados de sentimentos negativos e que estimulem seus anseios à realização e socialização da criança; e a esta, que sejam motivadores à alcançar níveis mais elevados de satisfação.

REFERÊNCIAS

1. Santos SV, Costa R. Tratamento de lesões de pele em recém-nascidos: conhecendo as necessidades da equipe de enfermagem Rev Esc Enferm USP[internet]. 2014 [cited 2017 jul25]; 48(6):985-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-0985.pdf

2. Bezerra PAPL, Nóbrega MML. NANDA-I nursing diagnosis in hospitalized children: a case study. Online braz j nurs [internet]. 2012 [Cited 2017 Jul 25]; 11 (1): . Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3553>
3. Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
4. Santos PM, Silva LF, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Nursing care through the perception of hospitalized children. Rev Bras Enferm [internet]. 2016 [cited 2017 Jul 26]; 69(4):603-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000400646&script=sci_arttext&tlng=en
5. MASLOW, AH. Motivation and Personality. New York: Harper & Row, 1970.
6. Souza TL, Trindade TRO, Mendonça AEO, Silva RAR. Necessidades humanas básicas alteradas em pacientes pós-transplante renal: estudo transversal. Online braz j nurs [internet] 2016 Jun [cited 2017 Jul 26]; 15(2):265-275. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5253>
7. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2011.
8. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
9. Somekh B, Bridget C, organizadores. Métodos de pesquisa social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012. de 2012. Brasília; 2012.
11. Collet, N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a Enfermagem Pediátrica. Rev Bras Enferm [internet]. 2012 [cited 2017 Ago 03]; 65(1):7-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/01.pdf>
12. Souza TL, Trindade TRO, Mendonça AEO, Silva RAR. Necessidades humanas básicas alteradas em pacientes pós-transplante renal: estudo transversal. Online braz j nurs [internet] 2016 [cited 2017 Ago 03]; 15(2):265-275. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5253>

13. Ascari RA, Veloso J, Silva OM, Kessler M, Jacoby AM, Schwaab G. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* [internet] 2014 [cited 2017 Ago 04]; 6(1): 11-16. Available from: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf
14. Nishimoto CLJ, Duarte ED. Family organization for the care of children with chronic conditions, discharged from the neonatal intensive care unit. *Textocontexto - enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 05] ; 23(2): 318-327. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200318&lng=en
15. Passos SSS, Pereira A, Nitschke RG. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Actapaulenferm* [internet]. 2015 jun-nov [cited 2017 Ago 09]; 28(6):539-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0539.pdf>
16. Marques YHM, Rangel TC, Moraes GNB, Bezerra RR, Carmo RF. Mensuração de sobrecarga emocional em cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *ActaFisiatr.* [internet] 2016 [cited 2017 Ago 09]; 23(1):20-24. Available from: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=613
17. Salvador MS, Gomes GC, Oliveira PK, Gomes VLO, Busanello J, Xavier DM. Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crônicas. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2015 [cited 2017 Ago 09]; 24(3): 662-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00662.pdf
18. Nóbrega VM, Reichert APS, Silva KL, Coutinho SED, Collet N. Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2012 [cited 2017 Ago 10]; 16(4):781-788. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400020&lng=en
19. Jesus PBR, Santos I, Brandão ES. Aautoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: umarevisãointegrativa da literaturabaseada no modelo de Callista Roy. *Aquichan* [internet]. 2015 [cited 2017 Ago 11]; 15 (1):75-89. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n1/v15n1a08.pdf>
20. Busanello J, Silva FM, Sehnem GD, Poll MA, Deus LML, Bohlke TS. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção

primária. RevEnferm UFSM. 2013 [cited 2017 Ago 12];3(1):175-84. Availablefrom:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8532>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a consulta de enfermagem, fundamentadas na pesquisa-ação as enfermeiras identificaram necessidades humanas básicas alteradas na criança com PIC no pós-alta hospitalar e em seus familiares/cuidadores, bem como problemas de enfermagem a partir dos quais, traçaram diagnósticos de enfermagem e elencaram ações a fim de assegurar continuidade dos cuidados a essa criança em domicílio.

Para implantação da SAE se fez necessário um processo de articulação entre pesquisadores, enfermeiras, crianças e familiares/cuidadores, no qual a pesquisadora atuou como líder às pesquisas; os encontros, fundamentando as práticas com teorias de enfermagem e, para manutenção desse processo, faz-se necessário a continuidade das discussões a fim de superar as dificuldades encontradas.

A implantação da SAE no pós-alta da criança com PIC, se deu através do PE, contribuindo para potencializar a autonomia da enfermeira no processo do cuidar, além de propor transformação de práticas de cuidado hospitalar, com a corresponsabilização frente a criança e seu familiar/cuidador entendendo-os como seres multidimensionais e com necessidades biopsicossociais e espirituais.

Observado também que o cuidado ofertado a criança, foi desenvolvido na perspectiva de minimizar o impacto da vulnerabilidade associado a idade, para tanto adotou-se o cuidado a criança centrado na família, uma vez que esta em domicílio se torna rede de apoio minimizando os medos, sentimentos negativos, expectativas de impotência do familiar/cuidador; direcionando-os a aquisição do equilíbrio e qualidade de vida, desvelando e intervindo frente os desafios que os mesmos enfrentam para a manutenção dos cuidados à criança com PIC no pós-alta hospitalar.

Evidenciou-se a necessidade da preparação para a alta, ao empoderamento da aquisição de habilidades e competências imprescindíveis para o enfrentamento positivo da restauração da integridade cutânea da criança. Contudo, o estudo permitiu perceber a existência de lacunas no planejamento de alta e na articulação entre os níveis de atenção à saúde que afetam a continuidade do cuidado.

Como fragilidades percebidas neste trabalho, evidenciou-se que a preparação para alta hospitalar tem sido insuficiente para gerar autonomia e desenvolver habilidades necessárias para a manutenção do cuidado em domicílio. Associado a esta percepção, observado uma desarticulação da rede e inadequação de recursos para cuidar da criança com PIC no pós-alta

hospitalar, o que condicionou as enfermeiras a empoderar os familiares/cuidadores durante as consultas de enfermagem, na perspectiva de torná-los coparticipantes do cuidado minimizando agravos à saúde de sua criança e repercussões negativas sobre sua própria saúde.

A consulta de enfermagem, neste contexto, se constituiu uma eficaz ferramenta para o alcance da restauração cutânea da criança, para o suporte aos familiares/cuidadores quando contribuiu para minimizar o impacto gerado pela agregação do papel de cuidador ao assumido socioculturalmente de familiar e ainda subsidiou a implantação da sistematização da assistência de enfermagem operacionalizada pelo processo de enfermagem às crianças com PIC no pós-alta, como estratégia para assegurar a concretude desses desígnios propostos.

Ainda, observado que os problemas e os diagnósticos foram elencados na esfera biológica, dando ênfase que o modelo tecnicista enraizado no processo do cuidar, mesmo com as variadas estratégias de cuidado integral disponível e com o enfoque de transformação no cuidado à criança e seu familiar/cuidador que as políticas públicas de integralidade evidenciam.

Constatou-se também que enfermeiras apresentaram dificuldades à operacionalização do PE justificadas por diversos fatores como falta de tempo, sobrecarga, quantitativo inadequado de profissionais, o que dificultou o alcance da implantação das três etapas finais do PE, as quais são designadas de planejamento, implementação e avaliação.

Contudo as enfermeiras conseguiram identificar uma gama de problemas e diagnósticos de enfermagem que deram visibilidade ao seu processo de trabalho e ratificaram a necessidade de implantação da SAE à criança no pós-alta hospitalar, a fim de oferecer-lhe uma assistência de qualidade, sistematizada, responsável, segura, comprometida e exitosa, bem como articular e mobilizar os processos na tentativa de melhorar o contexto da saúde.

Evidencia-se que o conhecimento construído pelas enfermeiras nesta pesquisa-ação oferece subsídios para a elaboração de instrumentos para o acompanhamento das crianças e suas famílias na pós-alta, com vistas ao alcance das demais etapas da SAE (planejamento, implementação e avaliação) dirigidas às necessidades reais e potenciais do público cuidado.

A pesquisa ainda permitiu inferir que a SAE, como elemento de gestão do cuidado e qualificação da assistência prestada, ofereceu indícios que, nesta trajetória da produção do cuidado, a enfermagem conseguiu se organizar para oferecer ações sistemáticas e racionais com maior cientificidade em seu trabalho e qualidade na assistência prestada à criança com PIC no pós-alta hospitalar e ao seu familiar/cuidador com auxílio do PE e desta forma, as enfermeiras devem sentir-se estimuladas a dar continuidade a implantação das suas demais etapas, tais como: planejamento, implementação e avaliação.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. dos P. et al . Baby follow-up in primary care: interface with the third stage of the kangaroo method. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 224-232, out. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500224&lng=en&nrm=iso Acesso em 20 julho de. 2017.

AMARAL L.F.P., CALEGARI T. Humanização da assistência de enfermagem à família na unidade de terapia intensiva pediátrica. **Cogitare Enferm** [S.l]. v. 21, n.3,p.1-9, out. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44519/pdf15>. Acesso de 09 de julho de 2017.

ARAUJO D.S., FRANÇA A.F., MENDONÇA J.K.S., BETTENCOURT A.R.C., AMARAL T.L.M., PRADO P.R. Construction and validation of a systematization instrument for nursing in intensive care. **Revista Rene** [S.l] v.6, n.4, p.461-92, jul-ago. 2015. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1899/pdf_1. Acesso em 18 de julho de 2017.

ASCARI R.A., VELOSO J., SILVA O.M., KESSLER M., JACOBY A.M., SCHWAAB G. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Paraná. v.6, n.1, p, 11-16, mar. – mai. 2014. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf. Acesso em 04 de Agosto de 2017.

ASSEMBLÉIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Ottawa sobre os direitos de cuidados da saúde da criança**. Ottawa, Canadá, outubro de 1998. Disponível em: <http://www.diaulas.com.br/declarações/ottawa.crianças.asp>. Acesso em: 12 nov. 2001.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.. **Dermatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BACHION, M.M., RAMOS, F.R.S., ANTUNES, M. J. M. Concluindo... In: GARCIA, T.R., EGRY, E. Y., et.al. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BARATA, E. **Cosméticos: Arte e Ciências**. Lisboa, Lidel – edições técnicas, Ida, 2002.

BARBOSA M.A.M, BALIEIRO M.M.F.G, PETTENGILL M.A.M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto**

Contexto Enferm. Florianópolis. v. 21, n.1, p.194-9. Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100022 Acesso em 01 de julho de 2017.

BAREL, A. O.; PAYE, M.; MAIBACH, H. I. **Handbook of Cosmetic Science and Tecnology.** New York, Informa Healthcare, 3^a ed, 2009.

BARRETO M.S., ARRUDA G.O., GARCIA-VIVAR C, MARCON S.S. Cuidado centrado na família em unidades emergenciais: percepção de enfermeiros e médicos brasileiros. **Escola Anna Nery.** Rio de Janeiro. v.21, n.2, e20170042. Abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170042.pdf>. Acesso em 02 de julho de 2017.

BEHRMAN, R. E; KLIEGMAN, R. M. **Nelson tratado de pediatria.** 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014

BEZERRA P.A.P.L., NÓBREGA M.M.L. NANDA-I nursing diagnosis in hospitalized children: a case study. **Online braz j nurs** [S.l.], v. 11, n. 1, apr. 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3553>. Acesso em 25 de julho de 2017.

BLANCK, M.; BARROS, M. C. D. Cuidados com as úlceras por pressão. **Revista Hosp,** 2008. Disponível em: http://www.sobenfee.org.br/entrevista_02.asp . Acesso em: 15 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12 de Conselho Nacional de Saúde.** Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acessado em 24 de abril de 2016.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. **Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria:** Importância, técnicas e limitações. Paidéia, Ribeirão Preto, v 18, n 39, p. 61-72, 2011.

BUSANELLO J., SILVA F.M., SEHNEM G.D., POLL M.A., DEUS L.M.L., BOHLKE T.S. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. **Rev Enferm UFSM.** [S.l.], v. 3, n. 1, p. 175 - 184, jul. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8532>. Acesso em 12 ago. 2017

CARRILO S., BERMÚDEZ M., SUÁREZ L., GUTIÉRREZ M.C., DELGADO X. Father's perceptions of their role and involvement in the family: a qualitative study in a context a sample. **Rev Costarric Psic.** San José , v. 35, n. 2, p. 37-54, Dec. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132016000200037. Acesso em 09 de julho de 2017.

CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico e estabelecido no diagnóstico de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 29-40.

CARVALHO, E. C, BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev Eletr Enf.** Goiânia, v. 11, n. 3, jun. 2009. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a01.pdf . Acesso em 24 de abril de 2016.

CARVALHO, G. B. et al. Epidemiologia e riscos associados à úlceras por pressão em crianças. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v.16, n.4, p.640-6,dez. 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25432/17051>. Acesso em 23 de abril de 2016.

CARVALHO, E. S. de S. **Como cuidar de feridas: desafios para a prática multiprofissional.** Salvador: Atualiza, 2012.

CESAR, A. M; SANTOS B. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 58, n. 6, p. 647-652, dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600004 . Acesso em 23 de abril de 2016.

COLLET N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a Enfermagem Pediátrica. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.65, n.1, p.7-8, jan.-fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/01.pdf>. Acesso em 09 de julho de 2017.

COLLIÈRE M.F. **Cuidar... A primeira arte da vida.** 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.

COLLIÈRE M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** 5ª ed. Lisboa (PT): Lidel Edições Técnicas; 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de**

Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem [Internet]. Brasília, 2009. Disponível em:
<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113§ionID=34>.
 Acessado em 24 de abril de 2016.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**: versão 2. São Paulo: Algor; 2011.

CORRÊA A.R., ANDRADE A.C., MANZO B.F., COUTO D.L., DUARTE E.D. As práticas do cuidado centrado na família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Escola Anna Nery Rev Enferm** [S.l], v.19, n.4, p.629-34, out-dez 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0629.pdf>. Acesso em 09 de julho de 2017.

COSTA, A.L.J. da. **Cuidados de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed. 2014

CHESNAY M. Nursing research using participatory action research: qualitative designs and methods in nursing, **editor** [internet]. New York: Springer publishing company; 2014.
 Disponível em:
https://books.google.com.br/books?id=_w6gBQAAQBAJ&pg=PA21&lpg=PA21&dq=Nursing++research++using++Participatory++action+research+refer%C3%A2ncia&source=bl&ots=_Co3WxxhVe&sig=X2xUtIPVMQ8ezH4h0nTzD3S0HOg&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjxkd_1reTUAhWDhZAKHXSnCxxwQ6AEIQDAD#v=onepage&q=Nursing%20%20research%20%20using%20%20Participatory%20%20action%20research%20refer%C3%A2ncia&f=false. Acesso em 03 de julho de 2017.

DARBYNSHIRE, P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. **Journal of Advanced Nursing**, Londres, v. 18, n. 5, p.1670-80, mar. 2015. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/227669893_Parents_nurses_and_paediatric_nursing_A_critical_review. Acesso em 02 de julho de 2016.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2013.

DELATORRE P.G, SÁ S.P.C, VALENTE G.S.C, SILVINO Z.R. Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. **Rev Enferm UFPE**. Recife, v.7, esp, p.7151-9, dez. 2013 Disponível em:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3968/pdf_4298.
 Acesso em 01 de julho de 2017.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis - RJ: Vozes, 2008.

DIAS, S.M.Z; MOTTA, M.G.C. **Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada**. Ciência Cuidado Saúde. v 3, n 1, p. 41-54, 2004.

ESTEVAM D.C.M, SILVA J.D.D. Visão das mães em relação ao cuidado com o recém-nascido após a alta da uti neonatal. **Rev Saúde Pesq**. Paraná, v. 9, n.1, p.15-24, jan-abr. 2016. Disponível em: periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/4161/2745. Acesso em: 13 de julho de 2017.

FERREIRA E.B., PEREIRA M.S., SOUZA A.C.S., ALMEIDA C.C.O.F., TALEB A.C. Systematization of nursing care in the perspective of professional autonomy. **Rev Rene** [S.l]. v.17, n.1, p.86-92, jan-fev. 2016 . Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2263/pdf_1. Acesso em 20 de julho de 2017.

FIGHERA S.M., FREITAS H.M.B., ILHA S., ZAMBERLAN C., GRANDO M.K., COLOMÉ J.S. Educação em saúde na sala de espera: expectativa das mães frente à condição crônica do filho. **Cogitare Enferm** [S.l], v. 17, n. 4, p.642-8, dez. 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/30360/19637>. Acesso em 08 de julho de 2017.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre. Artmed, 2015.

GARCIA T.R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. Esc. Anna Nery , Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p. 5-10, jan- mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100005&lng=en. Acesso em , 20 de julho de 2017.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, organizadores. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. 1ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2004. v. 2, p. 37-63.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; CARVALHO, Emília Campos de. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, ago. 2004. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4907/pdf_760 . Acesso em 16 mai. 2017.

GIRARDON- PERLINI, N. M. **Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer.** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

GLANZNER C.H, ZINI, L.W, LAUTERT, L. Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v 27, n 1, p. 92-99, mar. 2006. Disponível em:
<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4590/2544>
Acessado em 26 de abril de 2016.

GUERRA H.S., ALMEIDA N.A.M., SOUZA M.R., MINAMISAVA R. A sobrecarga do cuidador domiciliar. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n.2, p.179-186, abr.- jun. . Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6043/pdf>. Acesso em 30 de julho de 2017.

HOCKENBERRY, M. J. – **Wong**: Fundamentos de enfermagem pediátrica. 9ª. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

HORTA, Wanda de Aguiar; CASTELLANOS, Brigitta E.P., colab. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2015**. Brasília, DF; 2015.

JESUS P.B.R., SANTOS I., BRANDÃO E.S. A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. **Aquichan**, Colombia, v. 15, n. 1, p. 75-89, abr. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n1/v15n1a08.pdf>. Acesso em 11 de agosto de 2017.

JONAS M.F., TORQUATO I.M.B., COLLET N., PINTO M.B., SANTOS N.C.C.B., MORAIS G.S.N. The disease and the childish hospitalization: understanding the impact on family dynamics. **J Nurs UFPE On line**, Recife, v.6, n. 11, p. 2641-8, nov. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7630/7564>. Acesso em 09 de julho de 2017.

JHONSON, M., MOORHEAD, S., BULEVHECK, G., BUTCHER, H., MAAS, M., SWANSON, E. **Ligações NANDA - NOC - NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio**

e assistência de qualidade [tradução de Soraya Imon de Oliveira... et al.]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LEADEBAL, O. D. C. P; FONTES, W. D; SILVA, C. C. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v 44, n 1, p. 190-8, 2010, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a27v44n1.pdf>. Acesso em 30 de março de 2016.

LEITÃO, L. **MV Sistemas apresenta novas funcionalidades do MV 2000i**, 2006. Disponível em: <http://saudebusiness.com/noticias/mv-sistemas-apresenta-novas-funcionalidades-do-mv-2000i/> . Acessado em 16 de abril de 2016.

LOUREIRO L.S.N., FERNANDES M.G.M., MARQUES S., NOBREGA M.M.L., RODRIGUES R.A.P. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo. v. 47, n. 5, p.1129-1136, out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501129&lng=en. Acesso em 21 de julho de 2017.

LUCIANO T.S., NÓBREGA M.M.L., SAPAROLLI E.C.L., BARROS A.L.B.L. Cross Mapping Of Nursing diagnoses In Infant Health Using the International Classification of Nursing Practice. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 250-256, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200250&lng=en . Acesso em 31 de julho de 2017.

LUZ, S.R.; LOPACINSKI, A.C.; FRAGA, R. de; URBAN, C. de A. **Úlceras de Pressão**. Pressure Ulcers. Artigo de Atualização. v 8, Curitiba. 2010.
MACHADO, C. A. C. de S. **Pele infantil: patologias e cosmética**. 2010. Monografia, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 2010.

MAIA, A. C. A. R. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v 29, n 3, p.406-414, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000300016. Acesso em 31 de março de 2016.

MACHADO, C.A.C de S. **Pele infantil: patologia e cosméticas**.2010. 85p. Trabalho de conclusão de curso – Universidade Fernando de Pessoa, Porto Alegre. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1887/1/MONO_14740.pdf . Acesso em 31 de março de 2016.

MARQUES C.D.C., LIMA M.F., MALAQUIAS T.S.M., WAIDMAN M.A.P., HIGARASHI I.H. O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. **Ciênc Cuid Saúde**, [S.l.], jul- set. 2014, v. 13, n. 3, p.541-8. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/22133/pdf_227 . Acesso em 09 de julho de 2017.

MARQUES Y.H.M., RANGEL T.C., MORAES G.N.B., BEZERRA R.R., CARMO R.F. Mensuração de sobrecarga emocional em cuidadores de crianças com paralisia cerebral. **Acta Fisiatr**. [S.l.], mar. 2016, v. 23, n.1, p.20-24. Disponível em: http://www.actafisiatr.org.br/detalhe_artigo.asp?id=613 . Acesso em 09 de agosto de 2017.

MASLOW, AH. **Motivation and Personality**. New York: Harper & Row, 1970.

MELO E.M.O.P., FERREIRA P.L., LIMA R.A.G., MELLO D.F. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.432-9, mai-jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf. Acesso em 09 de julho de 2017.

MENEZES, S. S. C. de, CORRÊA, C. G., SILVA, R. C. G., CRUZ, D. A. M. L. da. Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v 49, n 6, p. 1037-1044, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000601032&script=sci_arttext&tlng=pt . Acesso em 09 de março de 2016.

MINAYO, M.C.S (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MINAYO M.C.S., DESLANDES S.F., GOMES R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30ª ed. Petropolis (RJ): Vozes; 2012

MOREIRA R.A.N., PEREIRA L.D.B., SIQUEIRA A.E.O.B., BARROS L.M., FROTA N.M., LUNA I.T. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade neonatal. **Cogitare enferm**. [S.l.], v. 17, n. 4, dez. 2012. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000400015&lng=es. Acesso em 31 de julho de 2017.

MOURA T.H.M., VASCONCELOS M.G.L., PONTES C.M., GUEDES T.G., XIMENES L.B., LEAL L.P. Cuidados domiciliares para promoção da saúde da criança no Brasil: revisão integrativa. **Online braz j nurs** [S.l.], v. 13, n. 4, p. 686-98, dec. 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4808>. Acesso em 21 de julho de 2017.

NANDA I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NETTINA, S.M. **Prática de enfermagem**. 7a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

NEVES E.T., SILVEIRA A. Challenges for family caregivers of children with special health care needs: contributions of nursing. **J Nurs UFPE On line** Recife, v.7, n.5, p.458-62, mai. 2013 Disponível em:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3229/pdf_2563.

Acesso em 09 de julho de 2017.

NIETSCH E.A., NORA A.D., LIMA M.G.R., BOTTEGA J.C., NEVES E.T., SOSMAYER V.L. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Esc Anna Nery** Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 809-816, Dez. 2012.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400024. Acesso em 12 de julho de 2017.

NISHIMOTO C.L.J., DUARTE E.D. Family organization for the care of children with chronic conditions, discharged from the neonatal intensive care unit. **Texto context – enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 318-327, Jun. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200318&lng=en. Acesso em 05 de agosto de 2017.

NÓBREGA V.M., REICHERT A.P.S., SILVA K.L., COUTINHO S.E.D., COLLET N. Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 781-788, Dez. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400020&lng=en. Acesso em 10 de agosto de 2017.

NOGUEIRA G.A., OLIVEIRA B.G.R.B., SANTANA R.F., CAVALCANTI A.C.D. Nursing diagnoses in patients with chronic venous ulcer: observational study. **Revista Eletrônica de Enfermagem** Goiânia, v. 17, n. 2, p. 333-9, jun. 2015. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a17-en.pdf>. Acesso em 31 de julho de 2017.

OTHMAN D. Negative pressure wound therapy literature review of efficacy, cost effectiveness, and impact on patients' quality of life in chronic wound management and its implementation in the United Kingdom. **Plastic Surgery International** [S.l.], v. 2012. Dez-Abr 2012. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/psi/2012/374398/>. Acesso em 01 de julho de 2017.

PASSOS S.S.S., PEREIRA A., NITSCHKE R.G. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. **Acta paul enferm** São Paulo, v. 28, n.

6, p. 539-545, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0539.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2017.

PEREIRA A.H., DIOGO R.C.S. Análise do raciocínio clínico do graduando em Enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **J Health Sci Inst** [S.l],v. 30, n. 4, p.349-53, mar. 2012 . Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p349a353.pdf. Acesso de 20 de julho de 2017.

PINTO K.L.B., ARRAIS A.R., BRASIL K.C.T.R. Avosidade x maternidade: a avó como suporte parental na adolescência. **Psico-USF**, Itatiba , v. 19, n. 1, p. 37-47, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n1/a05v19n1.pdf>. Acesso em 30 de julho de 2017.

PINHEIRO, L.; PINHEIRO, A. **A pele da criança**: A cosmética infantil será um mito. *Acta Pediátrica Portuguesa* [S.l], v. 38, n. 5, p. 200-8, 2007. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4697/3520>. Acesso em 01 de março de 2016.

POMPEO, D. A.; PINTO, M. H; CESARINO, C. B.; ARAÚJO, R. R. D. F. de; POLETTI, N. A.A. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Rev. Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v 20, n 3, p. 345-50, out. 2007. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf . Acesso em: 23 mar. 2010.

POPPINO, R. E. **Feira de Santana – Bahia**. Agosto de 2010. Disponível em: <<http://www.feiradesantanna.com.br/default.htm>>. Acessado em 18 de setembro de 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

REGMI, S.; REGMI, K. Best practice in the management of venous leg ulcers. **Nurs Stand**. v 26, p.56-66, abr. 2012. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2012.04.26.32.56.c9047> . Acessado em 23 de abril de 2016.

ROLIM J.A., VASCONCELOS J.M.B., CALIRI M.H.L, SANTOS I.B.C. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n.1, p.148-57, jul-nov. 2013.Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/336/pdf_1. Acesso em 01 de julho de 2017.

SALVADOR M.S., GOMES G.C., OLIVEIRA P.K., GOMES V.L.O., BUSANELLO J., XAVIER D.M. Strategies of families in the care of children with chronic diseases. **Text Context Nursing** Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 662-669, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/0104-0707-tce-24-03-00662.pdf>. Acesso em 09 de julho de 2017.

SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa:** métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, UEFS Editora, 2010.

SANTOS L.F., OLIVEIRA L.M.A.C., MONTEFUSCO S.R.A., BARBOSA M.A. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em famílias de crianças hospitalizadas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, e8253, jun. 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n4/v24n4a07.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2017.

SANTOS W.N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J Manag Prim Health Care**, [S.l.], v. 5, n. 2, p.153-158, jun. 2014. Disponível em: https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/177493/mod_resource/content/1/SAE_o%20contexto%20hist%C3%B3rico%20e%20obst%C3%A1culos%20na%20implanta%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em 20 de junho de 2017.

SANTOS F.P.A., NERY A.A., MATUMOTO S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. **Rev Esc Enferm USP** São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100014&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 31 de julho de 2017.

SANTOS S.V., COSTA R. Tratamento de lesões de pele em recém-nascidos: conhecendo as necessidades da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 985-992, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-0985.pdf. Acesso em 26 de julho de 2017.

SANTOS P.M., SILVA L.F., DEPIANTI J.R.B., CURSINO E.G., RIBEIRO C.A. Nursing care through the perception of hospitalized children. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 646-653, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000400646&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 26 de julho de 2017.

SCHMIDT K.T., HIGARASHI I.H. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. **Reme – Rev Min Enferm** [S.l.], v.16, n.3, p.391-9, jul.-set. 2012, Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/542>. Acesso em 09 de julho de 2017.

SCHINDLER, C.A., MIKHAILOV, T.A., KUHN, E.M., CHRISTOPHER, J., CONWAY, P., RIDLING, D., SCOTT, A.M., SIMPSON, V.S. Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. **American Journal of**

Critical Care. Columbia, v. 20, n. 1, p. 26-34, jan. 2011. Disponível em: <https://cmq64.files.wordpress.com/2011/05/57095969.pdf> Acesso em 20 de junho de 2016.

SILVA A.V., DAUBER L. O papel do pai na sociedade contemporânea. **Interbio** [S.l.], v. 7, n.2, p.:57-66. 2013. Disponível em: http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol7_num2/arquivos/artigo7.pdf. Acesso em 09 de julho de 2017.

SILVA K.R., FIGUEIROA A.G., MENDES C.C.M., CRUZ J.C.L., FREITAS R.L. Doença do refluxo gastroesofágico: principais orientações proferidas pelo Enfermeiro ao cuidador familiar de crianças entre 0 e 2 anos de vida. **NBC-Periódico Cient Núcleo Biociênc**, Minas Gerais, v.5, n.9, p. 11-20, ago. de 2015. Disponível em: <http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/bio/article/view/888/692>. Acesso em 10 de junho de 2016.

SILVA A.S., VALÁCIO R.A., BOTELHOLL F.C., AMARAL C.F.S. Reasons for discharge delays in teaching hospitals. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.48, n.2, p.314–321, abr. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206133/>. Acesso em 18 de julho de 2017.

SILVA L.F., CABRAL I.E. Cancer repercussions on play in children: implications for nursing care. **Texto context. Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 935-943, Dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400935&lng=en. Acesso em 30 de julho de 2017.

SILVA V.S., FILHO E.S.B., QUEIROZ S.M.B., ABREU R.N.D.C. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. **Cogitare Enfermagem** [S.l.], v. 18, n. 2. P. 351-7, jun.2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32585>. Acesso em 31 de julho de 2017.

SILVEIRA A, NEVES ET. Crianças com necessidades especiais em saúde: cuidado familiar na preservação da vida. **Ciênc Cuid Saúde**, Paraná, v. 11, n. 1, p. 74-80, jan.-mar 2012. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18861/pdf>. Acesso em 09 de julho de 2017.

SILVA, R. C. L. da; FIGUEIREDO, N. M. A. de; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. rev. e ampl. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011.

SILVA A.S., VALÁCIO R.A., BOTELHOLL F.C., AMARAL C.F.S. Reasons for discharge delays in teaching hospitals. **Rev Saúde Pública** São Paulo, v. 48, n.2, p.314-21, abr. 2014.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206133/>. Acesso em 01 de julho de 2017.

SILVEIRA A., NEVES E.T., PAULA C.C. Family care of children with special healthcare needs: a process of (super)natural care and (over)protection. **Text Context Nursing**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1106-1114, Dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_29.pdf. Acesso em 08 de julho de 2017.

SIMON T.D., MAHANT S., COHEN E. Pediatric Hospital Medicine and Children with Medical Complexity: past, present, and future. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care** [internet]. 2012 May [cited 2017 July 9]; 42:113-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3359150/>

SOMEKH, B.; LEWIN, C.(orgs). **Teoria e métodos de pesquisa social**. Rio de Janeiro: vozes, 2015.

SOMEKH B., BRIDGET C., organizadores. **Métodos de pesquisa social**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015.

SOUSA L.D., FILHO W.D.L., CEZAR-VAZ M.R., FIGUEIREDO P.P. Clinical practice as an arborescent and rhizomorphic practice in surgical nursing work. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1389-1396, Dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en_0080-6234-reeusp-47-6-01389.pdf. Acesso em 31 de julho de 2017.

SOUZA T.L., TRINDADE T.R.O., MENDONÇA A.E.O., SILVA R.A.R. Necessidades humanas básicas alteradas em pacientes pós-transplante renal: estudo transversal. **Online braz j nurs**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 265-275, june 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5253>. Acesso em 26 de julho 2017.

STANLEY, R. L. **Fundamentos de Robbins patologia estrutural e funcional**. 8.ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TANAJURA L.L.C., BEZERRA A.A.C. Pesquisa-ação sob a ótica de René Barbier e Michel Thiollent: aproximações e especificidades metodológicas. **Rev Eletrônica Pesquiseduca**, Santos, v. 7, n. 13, p. 10-23, jan-jun.2015. Disponível em: <http://periodicos.unisantos.br/index.php/pesquiseduca/article/view/408/pdf>. Acesso em 08 de julho de 2017.

TAYAR, G., PETERLINI, M.A.S, PEDREIRA, M.L.G. Proposta de um algoritmo para seleção de coberturas, segundo o tipo de lesão aberta em crianças. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, 2007; v 20, n 3, p. 284-90, set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000300007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 03 de março de 2016.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18.ed. São Paulo, SP. Ed. Cortez, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências**. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

WALDOW VR. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semiestruturada



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Título: Consulta de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar

Objetivo: Implantar a consulta de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e ao seu familiar/cuidador.

Roteiro para entrevista semiestruturada

- Qual a sensação de ver sua criança tendo alta hospitalar com uma ferida ainda cicatrizando?
- Qual sua maior dificuldade em cuidar desta criança com ferida em casa?
- Você se sente capaz de cuidar desta ferida em casa?
- Este cuidado depois da alta para sua criança com ferida é importante? Por quê?

APÊNDICE B – Instrumento para consulta de enfermagem




UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Título: Consulta de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar

Objetivo: Implantar a consulta de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e ao seu familiar/cuidador.

Instrumento para consulta de enfermagem

IDENTIFICAÇÃO/DADOS DA CRIANÇA	
Nome: _____	
Data de Nascimento: _____ Data da 1ª consulta: _____	
Sexo: _____ Procedência: _____ Idade: _____	
Setor de Internamento (prévio): _____ Peso: _____	
Sinais Vitais: Fc: _____ bat/min; FR: _____ inc/min; T: _____ °C; PA: _____ mmHg	
Antecedentes Pessoais: <input type="radio"/> DM <input type="radio"/> HAS <input type="radio"/> Câncer <input type="radio"/> Obesidade <input type="radio"/> Outros: _____	
Antecedentes Cirúrgicos: _____	
Alergias Medicamentosas: _____ Medicação (em uso): _____	
Mobilidade: <input type="radio"/> Total - Independente <input type="radio"/> Parcial: <input type="radio"/> Acamado <input type="radio"/> Confinado a cadeira	
EXAME FÍSICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos Gerais: 	
COR: <input type="radio"/> Rosado <input type="radio"/> Pletórico <input type="radio"/> Ictérico <input type="radio"/> Acrocianose <input type="radio"/> Cianótico	
ATIVIDADE: <input type="radio"/> Ativo <input type="radio"/> Choroso <input type="radio"/> Reativo <input type="radio"/> Hipoativo <input type="radio"/> Sedado <input type="radio"/> Sonolento	
ESTADO EMOCIONAL: <input type="radio"/> Alegre <input type="radio"/> Choroso <input type="radio"/> Calmo <input type="radio"/> Agitado	
<ul style="list-style-type: none"> • Pele: 	
<input type="radio"/> Integra <input type="radio"/> Ictérica <input type="radio"/> Ressecada <input type="radio"/> Cianose <input type="radio"/> Fria <input type="radio"/> Corada <input type="radio"/> Descorada <input type="radio"/> Hidratada	
<input type="radio"/> Equimose – Local: _____ <input type="radio"/> Escoriação – Local: _____	
<input type="radio"/> Hematoma – Local: _____ <input type="radio"/> Edema – Local: _____	
* Lesão: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim – Local: _____ Tempo da Ferida: _____	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>- <i>Localização da Ferida</i></p>  </div> <div style="width: 45%;"> <p>- <i>Etiologia da Ferida</i></p> <p><input type="radio"/> Trauma <input type="radio"/> Deiscência da FO</p> <p><input type="radio"/> UP <input type="radio"/> Enxerto</p> <p><input type="radio"/> Lesão Tumoral <input type="radio"/> Extravasamento de soluções</p> <p><input type="radio"/> Queimadura <input type="radio"/> FO (pós-operatório tardio)</p> <p><input type="radio"/> Outra: _____</p> </div> </div>	

- *Tamanho*

Comprimento: ____ cm Largura: ____ cm Profundidade: ____ cm

- *Leito da Ferida*

Granulação Necrose Esfacelo Músculo, tendão e/ou osso Fibrina _____

- *Bordas da Ferida*

Epitelizada Eritematosa Granulação Macerada Invaginadas Irregular
 Regular Com presença de bolhas Outra: _____

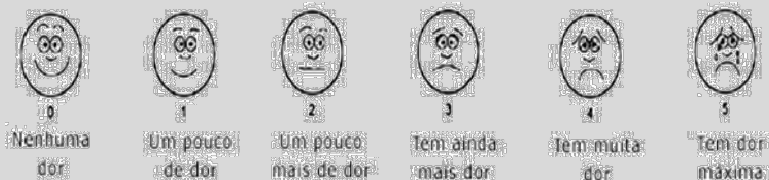
- *Exudato*

Sem exudato Pouco Moderado Muito Hemático Seroso Puruleto

- *Sinais de Infecção*

Eritema Edema Calor local Odor anormal Dor local Cicatrização retardada
 Tecido de granulação pálido Tecido de granulação friável

- *Dor na Ferida*



Wong D.L., Haackonberry Eaton M., Wilson D., Winkelstein M.L., Schwartz P.: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed. 6, St. Louis, 2001, p. 1301.

Comportamento: Com sinais de dor Sem sinais de dor

- *Características da Ferida*

Infectada Não Infectada Profunda Superficial

• **Cabeça e Pescoço**

FONTANELAS: Normotensas Abauladas Deprimidas

EDEMA: Não Sim – Local _____ GÂNGLIOS PALPÁVEIS: Não Sim

MALFORMAÇÕES: Não Sim – Quais? _____

OBS (dentes, mucosa, nariz, olhos, ouvido): _____

• **Sistema Respiratório**

Padrão Respiratório: Regular Irregular Taquipnéia Bradipnéia Gemido Apnéia
 Superficial Aleteo Nasal

Ausculta Pulmonar: Limpa Ruídos Adventícios: _____ Local: _____

Glândulas Mamárias: Normais Anormais Retração: Não Sim – Tipo: _____

Tórax: Simétrico Assimétrico Dispositivos: Não Sim – Local: _____

• **Sistema Cardiovascular**

Perfusão: 1-2 seg > 2seg

Ausculta Cardíaca: Normocárdico Taquicárdico Bradicárdico Arritmias Sopros

Pulso Braquial: Ausente Presente Cheio Filiforme

Pulso Femoral: Ausente Presente Cheio Filiforme

• **Sistema Gastrointestinal**

Eliminações: Presentes Ausentes

Abdome: Normotenso Distendido Timpânico Hiperemiado e/ou sensível ao toque
 Ostomia/Qual: _____ Anormalidade/ Malformação: _____
 Ausculta Intestinal: RHA diminuídos RHA ativos RHA aumentados RHA ausentes
 Eliminações: Melena Normal Líquida Rajas de Sangue Semi-líquidas Pastosas

• **Sistema Geniturinário**

Genitália: Limpa e seca Hiperemiada Dermatite Ambígua
 Secreção: Não Sim – Tipo: _____
 Ânus: Pérvio Imperfurado Fístula
 Diurese: Ausente: Bexigoma
 Presente: Fralda Banheiro Cistostomia Sonda Vesical

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM/ REGISTRO DA CONSULTA (indicar cobertura utilizada)

 ENFERMEIRA

APÊNDICE C - Roteiro para observação estruturada



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

Título: Consulta de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar

Objetivo: Implantar a consulta de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e ao seu familiar/cuidador.

Roteiro para observação estruturada

Tópicos a observar:

1. Necessidade de cuidado que a criança com perda da lesão cutânea apresenta no pós-alta hospitalar;
2. Dificuldades que os cuidadores evidenciam para a manutenção dos cuidados à criança com perda da integridade cutânea pós-alta hospitalar;
3. Tipos de lesões cutâneas associadas à faixa etária da criança;

APÊNDICE D – Roteiro para diário de campo



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Título: Consulta de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar

Objetivo: Implantar a consulta de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar e ao seu familiar/cuidador.

Roteiro para diário de campo

Data da Observação: ____ / ____ / ____ Início da Observação: ____ h ____ min Término da Observação: ____ h ____ min Local: _____ Temática observada: _____ Participantes observados: _____
Anotações de Campo:
Facilidades:
Dificuldades:
Reflexões:

APÊNDICE E - Material Educativo para os Familiares/cuidadores (para momento da preparação da alta)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Agendamento...

OBSERVAÇÃO						
HORÁRIO						
DATA						



Evandro do Nascimento Silva
Reitor

Norma Lúcia de Almeida
Vice-reitor

Eurelino Teixeira Coelho Neto
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
Diretora de Departamento de Saúde

Sinara de Lima Souza
Coordenação do Mestrado Profissional em Enfermagem

Rosely Cabral de Carvalho
Vice-coordenação do Mestrado Profissional em Enfermagem

M^{te} Angela Alves do Nascimento
Maria Lucia Silva Servo
Maria Geralda Gomes Aguiar
Docentes da Disciplina Pesquisa Social em Enfermagem

Evanilda Souza de Santana Carvalho
Aiyara Carolina G. T. Matos
Pesquisadoras

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM



Cuidando da Criança com Feridas



Marcio Lima de Almeida
Superintendente

Vinicius Aderne Leal Guimarães
Diretor Administrativo e Financeiro

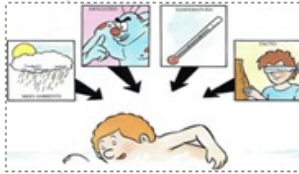
Milena Pessoa de Moura Pisápio
Diretora de Assistência à Saúde

Livia Leite da Silva Macedo
Gerente Operacional

Cuidando da Criança com as Feridas no Pós-alta Hospitalar

* O que é a Pele?

Um grande e importante órgão que protege nosso corpo contra as bactérias, agentes ambientais (sol, frio, chuva), conserva a temperatura de nosso corpo, permite sentirmos os objetos que estão ao nosso redor.
(Nero, 1991)



* O que é a Ferida?

E uma quebra na continuidade da pele que pode afetar mucosas ou órgãos internos do nosso corpo. Também conhecida por lesão de pele.
(Carvalho, 2012)



* A Inflamação da Ferida

São sinais que a ferida apresenta indicando que a cicatrização, que o ocorre de dentro para fora, não está ocorrendo bem.

Sinais: - Dor;

- Calor (rubor);
- Vermelhidão;
- Inchaço;
- Perda temporária da função



* Alguns Tipos de Feridas e os Cuidados Necessários

I. Feridas cirúrgicas

São aquelas feridas que foram causadas após procedimento cirúrgico na pele da criança.



Cuidados: - Lavar com água e sabão e depois secar bem;
- Observar sinais de inflamação;
- Use roupas leves que evite o atrito com a região;
- Não há necessidade de cobrir com curativo ou usar antissépticos;
- Compareça aos serviços de saúde para retirada dos pontos, conforme orientação da equipe.

II. Ostomias

São aberturas que são feitas em um órgão, fazendo a comunicação do meio interno com o externo, com a finalidade de permitir as trocas gasosas, eliminar fezes ou urina, quando o indivíduo não consegue fazer por vias normais.



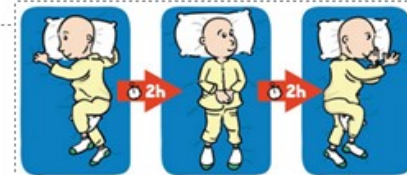
Cuidados: - Observar coloração da pele ao redor da ostomia;
- Lavar com água e sabão;
- Fazer uso de protetores da pele (em pó, placas) conforme orientação da equipe;
- Não fazer uso de substâncias como álcool, benjoim, pasta d'água, óxido de zinco, pois a retirada delas pode fazer sangrar a região;
- Fazer uso da bolsa de ostomias (aquelas que servem para eliminação de fezes e urina) para impedir que as fezes e a urina tenha contato com a pele e lesão em pele.

III. Ulceras por Pressão

É uma lesão de pele causada pela pressão prolongada ou atrito e/ou combinação destas que produz a falta de irrigação de sangue e irritação na pele em uma determinada área.



Cuidados: - Mudar sempre o paciente acamado de posição.
- Colocar travesseiros macios embaixo dos tornozelos ou partes ósseas que após repouso prolongado estão com vermelhidão contínua;
- Manter hidratação da pele;
- Trocar fraldas a cada três horas, mantendo paciente limpo e seco;
- Encaminhar o paciente para troca de curativo no serviço de saúde, conforme orientação da equipe.



1. Faça de tudo para chegar 20 - 30 min antes da consulta de enfermagem;
2. Tente comparecer à consulta de enfermagem no dia agendado;
3. Caso você não consiga aparecer para consulta, ligue antes e avise no motivo para já deixar nova data agendada. O telefone de contato é 75 3602-0337, de segunda a sexta das 08:00 às 12:00 de 14:00 às 16:00 (falar com Lili);

APÊNDICE F - Material Educativo para os Familiares/cuidadores (após alta hospitalar)

Agendamento...



Orientações para Atendimento

1. Faça de tudo para chegar 20 - 30 min antes da consulta de enfermagem;
2. Tente comparecer à consulta de enfermagem no dia agendado;
3. Caso você não consiga aparecer para consulta, ligue antes e avise no motivo para já deixar nova data agendada. O telefone de contato é 75 3602-0337, de segunda a sexta das 08:00 às 12:00 de 14:00 às 16:00 (falar com Flávia) ;



Evandro do Nascimento Silva
Reitor

Norma Lúcia de Almeida
Vice-reitor

Eurelino Teixeira Coelho Neto
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
Diretora de Departamento de Saúde

Sinara de Lima Souza
Coordenação do Mestrado Profissional em Enfermagem

Rosely Cabral de Carvalho
Vice-coordenação do Mestrado Profissional em Enfermagem

Evanilda Souza de Santana Carvalho
Ayana Carolina G. T. Matos
Pesquisadoras Responsáveis

Evanilda Souza de Santana Carvalho
Ayana Carolina G. T. Matos
Pesquisadoras Responsáveis



Marcio Lima de Almeida
Superintendente

Nadson
Diretor Administrativo e Financeiro

Milena Pessoa de Moura Pisápio
Diretora de Assistência à Saúde

Livia Leite da Silva Macedo
Gerente Operacional

Leticia Muritiba
Luciana de Oliveira Macedo
Paula Ribeiro da Silva
Thaiane de Lima Oliveira
Pesquisadoras Colaboradoras

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM



Principais Complicações das Feridas

Principais Complicações das Feridas

* O que é a Ferida?

É uma quebra na continuidade da pele que pode afetar mucosas ou órgãos internos do nosso corpo. Também conhecida por lesão de pele.

(Carvalho, 2012)



* A Inflamação da Ferida

São sinais que a ferida apresenta indicando que a cicatrização, que ocorre de dentro para fora, não está ocorrendo bem.

- Sinais:
- Dor;
 - Calor (rubor);
 - Vermelhidão;
 - Edema (inchaço);
 - Perda temporária



* Principais Complicações das Feridas

I Hematomas

É o acúmulo de sangue sob a pele, que pode causar dor na ferida e dificultar o fechamento da ferida.



Cuidados:- Lavar com água e sabão e depois secar bem;

- Usar compressa de água gelada;
- Se prescrito pelo profissional, fazer uso da medicação;
- Compareça aos serviços de saúde se aumentar a região do hematoma;

II Hemorragia (sangramento)

É a perda de sangue que ocorre da parte de dentro para fora da ferida por conta de movimentos exagerados do paciente ou por quantidade de pontos insuficiente na ferida.



- Cuidados:- Evitar movimentos intensos após cirurgia;
- Se a ferida apresentar sangramento, lavar com água e sabão apenas;
 - Não utilizar borra de café, álcool ou outra substância que não tenha sido orientada pelos profissionais de saúde;
 - Pressionar a região levemente, até o sangramento finalizar;
 - Caso o sangramento não pare, retornar ao Hospital para avaliação com os profissionais.

III Edema (inchaço)

É o acúmulo anormal de líquidos que aparecem próximo a ferida. Se ele é bem discreto, geralmente pode estar ocorrendo porque a ferida está fechando, mas se ele é bem visível a ferida pode estar complicando. Nesses casos, se não cuidar rapidamente, a ferida pode abrir.



- Cuidados:- Mudar sempre o paciente acamado de posição.
- Manter hidratação da pele;
 - Colocar sobre a região compressa. Com água quente;
 - Se prescrito pelo profissional, fazer uso da medicação;
 - Não melhorando o edema, procurar os serviços de saúde.

IV. Infecção

É uma complicação que ocorre quando microorganismos invadem a ferida. Como resposta, geralmente observa-se secreção esverdeada na ferida.



Cuidados:- Lavar bem as mãos com água e sabão antes de tocar na ferida.

- Evitar está tocando ou coçando a ferida constantemente;
- Lavar a ferida com água e sabão e mantê-la descoberta;
- Se prescrito pelo profissional, fazer uso da medicação;
- Não melhorando o edema, procurar os serviços de saúde.

V. Deiscência

É a abertura total ou parcial da ferida devido o afastamento dos pontos que ocorre principalmente quando se observa infecção na ferida ou quando o paciente faz muito esforço.



- Cuidados:- Não pegar peso;
- Evitar tossir ou ter ânsia de vômito;
 - Andar ou sentar lentamente;
 - Não fechar o local da ferida. Deixe o local aberto para receber ventilação quando não apresentar sinais de inflamação (dor, calor, edema, vermelhidão).

APÊNDICE G - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos - pesquisadora, aluna do curso do Mestrado profissional em Enfermagem, na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – convido o(a) senhor(a) e sua criança a participar desta pesquisa que tem como título: Consulta de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar. O objetivo deste estudo é implantar a consulta de enfermagem à criança com ferida na pele na pós-alta hospitalar e ao seu familiar/cuidador. A importância da realização desta pesquisa se dá pela pouca publicação sobre a quantidade de crianças que tem feridas em pele, bem como continuidade da assistência de enfermagem pós-alta hospitalar, associadas a idade destas crianças em estudo. Assim, sua criança passará por algumas consultas de enfermagem, onde eu estarei te fazendo algumas perguntas sobre você e sua criança. Não haverá identificação do seu nome ou dados que possam identificá-la, garantindo assim seu direito de não ter suas informações divulgadas e nem sua identidade. A entrevista será realizada na própria consulta após alta de sua criança, no Ambulatório do Hospital Estadual da Criança (HEC) - local da pesquisa ou conforme decisão da senhora. Informamos ainda que não haverá gastos para a senhora. Os possíveis benefícios deste estudo serão a possibilidade de melhora do atendimento às crianças pós-alta hospitalar com feridas em pele. O acompanhamento e a assistência da criança (a) da senhora permanecerá nesta Unidade de saúde até que o problema de sua criança seja tratada por completo. O risco que a senhora e sua criança podem ter participando desta pesquisa é de sentir-se desconfortável ou constrangidos e informar (através de qualquer manifestação: choro, tristeza, entre outros) não querer participar. Caso isso ocorra, você será assistido por uma psicóloga da unidade e/ou será indenizado. Caso depois, a senhora se sinta encorajado após este momento, à coleta continuará. Caso contrário, a entrevista será marcada outro momento ou até mesmo cancelada. Portanto, antes e durante a realização do estudo, fica garantida a sua liberdade em alterar suas respostas, em recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que haja nenhum dano no cuidado à sua criança. Informo, que caso seja autorizado pela senhora, será utilizado, para complementar a entrevista, um gravador, a fim de ser fiel a sua fala. Ao término da pesquisa a gravação ficará sob a minha guarda, sendo arquivada juntamente com o relatório final da pesquisa no Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Desigualdades em Saúde na Universidade Estadual de Feira de Santana (NUDES/UEFS), localizado na Av. Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, CEP: 44036-900 Feira de Santana-BA, telefone nº (75) 3161-8469, caso você queira entrar em contato para tirar alguma dúvida. Outra opção para contato telefônico é o nº (75) 3161-8067 ou o email: cep@uefs.br do Comitê de Ética e Pesquisa da UEFS, caso você tenha necessidade de tirar dúvidas do ponto de vista ético da pesquisa. Suas respostas às perguntas serão utilizados apenas neste estudo e serão arquivados por cinco anos em CD regravável. Após este período poderão ser jogado fora, ou usados, para construção de um banco de dados e se for necessário utilizá-los para outro estudo, haverá nova solicitação de consentimento. O CD poderá ser reutilizado, garantindo assim a preservação do meio ambiente. Solicito autorização para que os resultados desta pesquisa possam ser apresentados em congressos e enviados para revistas da área da saúde. Este TCLE foi elaborado em duas vias, uma cópia ficará comigo como pesquisadora e a outra com a senhora, sujeito da pesquisa. Contém o meu e-mail e telefone para que, se necessário, a senhora possa entrar em contato. Além de deixar uma cópia do relatório final desta pesquisa no HEC no Núcleo de Ensino e Pesquisa, realizaremos no Hospital Estadual da Criança um encontro para informar a senhora sobre os resultados da pesquisa.

Feira de Santana, BA ____ / ____ / ____

 Ayana Carolina G. T. Matos – Pesquisadora
 e-mail: nudes@uefs.br

 Genitor(a)/Responsável

APÊNDICE H - Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa com o nome “Consulta de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar”. Seus pais permitiram que você participe. Queremos implantar a sistematizar a assistência de enfermagem à criança com ferida na pele na pós-alta hospitalar. Os participantes que irão ajudar esta pesquisa têm de 0 a 14 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita no Hospital Estadual da Criança, onde as crianças precisarão passar pela consulta de enfermagem. Nesta consulta, apenas vamos precisar ver o local de seu corpo onde está a ferida e caso precise, faremos a troca do curativo; mas pode ficar tranquilo, antes seu (sua) cuidador(a) já terá autorizado, ele(a) estará o todo tempo da consulta com você e faremos de tudo para que você fique bom o mais rápido possível. A consulta de enfermagem é considerado(a) seguro (a), mas é possível de sentir-se desconfortável ou constrangidos. Caso isso aconteça, a consulta será marcada outro momento ou até mesmo cancelada, mas se você se sentir encorajado após este momento, à consulta continuará.

Mas há coisas boas que podem acontecer como a possibilidade de melhora do atendimento às crianças pós-alta hospitalar com lesões em pele. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram.

Quando terminarmos a pesquisa, os dados coletados serão guardados por cinco anos lá na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) no Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Desigualdades (NUDES/UEFS) e poderão ser usados para serem apresentados em eventos científicos e publicados em revistas da área da saúde.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Caso, depois desse nosso encontro, você tenha alguma dúvida é comparecer ao Núcleo Interdisciplinar em estudos sobre desigualdades em saúde, na Av. Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, CEP: 44036-900 Feira de Santana-BA ou ligar para (75) 3161-8469 que tiraremos suas dúvidas.

Feira de Santana -BA, ____ de _____ de _____.

Assinatura da criança

Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa /CEP-UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistematização da assistência de enfermagem à criança com perda de integridade cutânea no pós-alta hospitalar no interior da Bahia

Pesquisador: Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57534516.7.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Universidade Estadual de Feira de Santana

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.701.659

Apresentação do Projeto:

Trata-se do Projeto de Pesquisa da mestranda Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos, apresentado ao Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS, sob orientação da Profª Drª Evanilda Souza de Santana Carvalho. O interesse pela temática surgiu diante das vivências acadêmicas e profissionais das pesquisadoras, buscando sistematizar a assistência de enfermagem no pós-alta hospitalar à criança com perda da integridade cutânea.

A fundamentação teórica está ancorada em discussões sobre as principais lesões cutâneas observadas na criança hospitalizada, sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), sobre a perda da integridade cutânea na infância e sobre a continuidade dos cuidados pós-alta da Criança. Propõem um projeto de intervenção baseado na pesquisa-ação. O estudo será realizado no Hospital Estadual da Criança (HEC), e participarão da pesquisa cerca de 30 indivíduos, incluindo enfermeiras ('Participantes interventoras') e cuidadores ('Participantes alvos') de crianças com perda da integridade cutânea pós-alta hospitalar cuja criança estiver em processo de alta-hospitalar no período da coleta, estabelecimento critérios de inclusão para ambos. "A coleta será realizada através da observação estruturada, o diário de bordo e a consulta de enfermagem por meio da entrevista, anamnese e o exame físico.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.701.659

Esta pesquisa-ação será implementada em duas etapas: a primeira estará destinada a explicar sobre a pesquisa e discussão do projeto, bem como para versar sobre a sistematização da assistência de enfermagem no pós-alta; ainda, captar as crianças e realizar o agendamento das consultas, revisar instrumento para os atendimentos de enfermagem e procedê-los conforme adequação da agenda e na segunda, encontros serão agendados para discussão dos problemas de enfermagem e diagnósticos encontrados com base na taxonomia da NANDA-I, para reavaliação do instrumento utilizada no atendimento de enfermagem e do processo de coleta de dados, bem como para apontar dificuldades que as enfermeiras encontrarão para realização da SAE e por fim, será feito um comparativo entre os diagnósticos de enfermagem encontrados na primeira e segunda etapa a fim de identificar melhorias na qualidade da identificação destes diagnósticos de enfermagem e da assistência prestada." "A captação dos participantes alvo da consulta de enfermagem será feita no momento de orientação para a alta hospitalar da criança e se procederá o agendamento do retorno ambulatorial. Neste contato eles serão informados acerca dos objetivos, riscos, benefícios da pesquisa.

Após o primeiro atendimento será agendada a segunda consulta de enfermagem cujo espaçamento temporal será definido pelas enfermeiras interventoras. Todas as consultas ocorrerão em um consultório do Ambulatório da Instituição para evitar interrupções ou constrangimento à criança/familiar acompanhante e assim atrapalhar a realização da coleta de dados."(Formulário Simplificado da Plataforma Brasil) Os dados obtidos serão analisados de acordo com a técnica da análise de conteúdo de Minayo.

Apresenta Cronograma detalhado, com atividades prevista de maio de 2015 a março de 2017, e coleta de dados para o período de 01/09/16 a 30/11/16. O orçamento está estimado em R\$ 4.801,22, com contrapartida da UEFES.

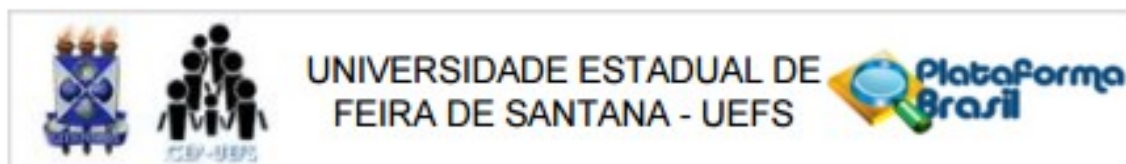
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Este estudo objetiva sistematizar a assistência de enfermagem no pós-alta hospitalar à criança com perda da integridade cutânea.

Objetivo Secundário:

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFES
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.701.659

Como objetivos específicos pretende-se identificar necessidades de cuidados pós-alta hospitalar em crianças com perda de integridade cutânea; bem como, conhecer as dificuldades dos cuidadores para a manutenção dos cuidados à criança com perda da integridade cutânea pós-alta hospitalar e traçar planos terapêuticos individualizados às crianças com perda de integridade cutânea para assegurar continuidade dos cuidados.* (Formulário Simplificado da Plataforma Brasil)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

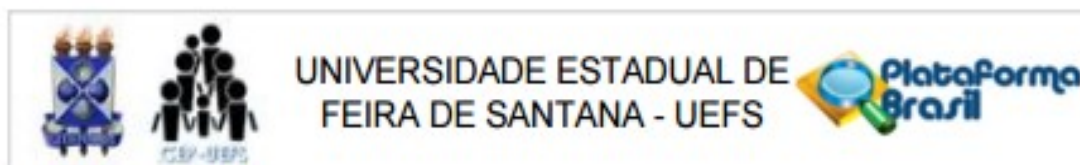
"Neste estudo não estão previstos riscos físicos para as participantes enfermeiras interventoras, contudo estas poderão sentir sua prática sob avaliação institucional. Por isso para evitar tais riscos nas reuniões serão reiterados pela pesquisadora que na divulgação dos resultados será assegurado o anonimato das profissionais evitando sua exposição. Quanto aos cuidadores das crianças e as próprias crianças, poderão manifestar pressa, irritabilidade, cansaço ou introversão. Ou ainda ocorrer manifestações de tristeza, choro, ira, insatisfação ou outras alterações psicoemocionais, caso tais alterações sejam evidenciadas durante a participação destes, será dada atenção e escuta qualificada e encaminhamento à psicóloga da unidade, cuja declaração de apoio consta no para atendimento aos participantes da pesquisa já se encontra em anexo.* (Formulário Simplificado da Plataforma Brasil).

"O risco que a senhora e sua criança podem ter participando desta pesquisa é de sentir-se desconfortável ou constrangidos e informar (através de qualquer manifestação: choro, tristeza, entre outros) não querer participar. Caso isso ocorra, será dada atenção a situação e em parceria com a psicóloga da unidade será feita por esta, uma escuta de seus problemas." (TCLE)

"A consulta de enfermagem é considerado(a) seguro (a), mas é possível de sentirse desconfortável ou constrangidos. Caso isso aconteça, a consulta será marcada outro momento ou até mesmo cancelada, mas se você se sentir encorajado após este momento, a consulta continuará." (TALE)

Benefícios:

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.701.659

"Possibilitar a construção do conhecimento sobre a perda da integridade cutânea e contribuir para um cuidar eficaz e humanizado à criança portadora de lesões em condição de alta hospitalar, como garantia de continuidade da assistência de enfermagem pós-alta hospitalar as crianças em estudo e da acessibilidade, reduzindo danos à criança e contribuindo para sua reabilitação e reinserção em seu contexto sócio-cultural, bem como para o desenvolvimento de habilidades e empoderamento do familiar no processo do cuidar com qualidade e resolubilidade." (Formulário Simplificado da Plataforma Brasil)

"Os possíveis benefícios deste estudo serão a possibilidade de melhora do atendimento às crianças pós-alta hospitalar com feridas em pele." (TCLE)

"Mas há coisas boas que podem acontecer como a possibilidade de melhora do atendimento às crianças pós-alta hospitalar com lesões em pele." (TALE)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta viabilidade ética, observando-se no corpo textual a preocupação das pesquisadoras tanto com os aspectos éticos que envolvem o participante quanto com o retorno dos resultados à comunidade, descritos desde o processo de inserção na comunidade hospitalar. Apresentam-se como desfechos do estudo "Oferecer atendimento e serviços de saúde à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar; Garantir a ampliação do acesso aos serviços oferecidos no Hospital Estadual da criança; Sistematizar a assistência de enfermagem à criança com perda da integridade cutânea no pós-alta hospitalar; Conhecer as dificuldades dos cuidadores para a manutenção dos cuidados à criança com perda da integridade cutânea pós-alta hospitalar." (Formulário Simplificado da Plataforma Brasil).

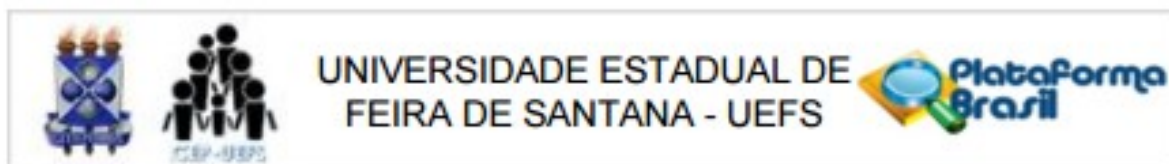
As pesquisadoras interventoras serão as enfermeiras colaboradoras do estudo e que já trabalham no campo de coleta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os documentos solicitados para submissão ao CEP, incluindo:

- Autorização do HEC/LABCMI;
- Declaração das Pesquisadoras Colaboradoras (Prof^o Evanilda S. de S. Carvalho/UEFS; Letícia

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS	
Bairro: Módulo I, MA 17	CEP: 44.031-460
UF: BA	Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067	E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.701.659

Muritiba Carneiro/Enfermeira UTI/HEC; Thaiane de Lima Oliveira/Coordenadora UTI/HEC; Luciana de Oliveira Macedo/Coordenadora Médica do HEC; Paula Ribeiro da Silva/Coordenadora da Clínica Cirúrgica do HEC);

- Declaração de Apoio para Atendimento Psicológico a Participantes de Pesquisas: da Psicóloga Livia Caroline Leite da Silva, Coordenadora de Psicologia do HEC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

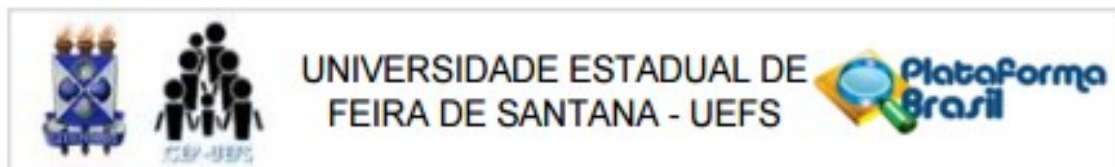
Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_751830.pdf	23/08/2016 12:02:36		Aceito
Outros	Oficio_respostas_as_pendencias_CEP_UEFS.pdf	23/08/2016 12:01:15	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	23/08/2016 11:51:47	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_modificado.pdf	23/08/2016 11:51:24	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_mestrado_apos_apreciacao_do_CEP.pdf	23/08/2016 11:40:57	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira	Aceito

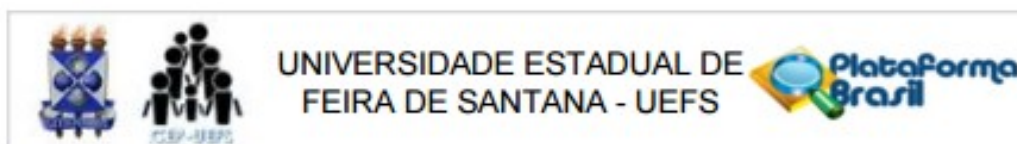
Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.701.659

Investigador	Projeto_de_mestrado_apos_apreciacao_do CEP.pdf	23/08/2016 11:40:57	Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaraCAO_de_encaminhamento_do_projeto_ao_CEP.jpg	04/07/2016 15:28:56	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_APOIO_PARA_ATTENDIMENTO_PSICOLOGICO_A_PARTICIPANTES_DE_PESQUISAS.pdf	04/07/2016 15:26:07	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuEncia_HEC.jpg	04/07/2016 15:19:01	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaraCAO_de_Compromisso_a_observar_a_resoluCAO.jpg	04/07/2016 15:17:57	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaraCAO_de_ParticipaCAO_EVANILDA_CARVALHO.jpg	04/07/2016 15:15:27	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaraCAO_da_pesquisadora_responsavel.jpg	04/07/2016 15:14:54	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declarACAO_THAIANE.jpg	04/07/2016 14:54:01	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaraCAO_Paula.jpg	04/07/2016 14:49:32	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaraCAO_Luciana.jpg	04/07/2016 14:46:23	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclarACAO_Leticia.jpg	04/07/2016 14:44:02	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ayana_matos.pdf	04/07/2016 14:41:20	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_AYANA_MATOS.pdf	04/07/2016 14:39:04	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_AYANA_MATOS.pdf	04/07/2016 14:37:18	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AYANA_MATOS.pdf	04/07/2016 14:28:53	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TALE_AYANA_MATOS.pdf	04/07/2016 14:28:36	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.701.659

Ausência	TALE_AYANA_MATOS.pdf	04/07/2016 14:28:36	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_AyanaMatos.PDF	04/07/2016 14:20:11	Ayana Carolina Gonçalves Teixeira Matos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 29 de Agosto de 2016

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br