



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA – EEAAC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL  
**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

AMANDA DANIELLE RESENDE SILVA E SOUSA

**Cuidados Paliativos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica: instrumento assistencial de enfermagem**

Niterói, 04 de julho de 2019



Mestrado Profissional  
Enfermagem  
Assistencial



**CUIDADOS PALIATIVOS NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA  
ONCOLÓGICA: INSTRUMENTO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM**

Autor(a): Amanda Danielle Resende Silva e Sousa  
Orientador(a): Liliâne Faria da Silva  
Co orientador(a): Eny Dorea Paiva

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em  
Enfermagem Assistencial da Universidade Federal  
Fluminense/UFF como parte dos requisitos para  
obtenção do título de mestre .

**Linha de pesquisa:** O cuidado de enfermagem para os grupos  
humanos.

Niterói, 04 de julho de 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
**CUIDADOS PALIATIVOS NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA  
ONCOLÓGICA: INSTRUMENTO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM**

**Linha de pesquisa:** O cuidado de Enfermagem para os grupos humanos

**Autor (a):** Amanda Danielle Resende Silva e Sousa

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Liliane Faria da Silva (UFF)

**Co-orientadora:** Dr<sup>a</sup> Eny Dorea Paiva (UFF)

**Banca Examinadora:**

---

Presidente: Prof.Doutora Liliane Faria da Silva(UFF)

---

1º Examinador: Prof.Doutora Marcelle Miranda da Silva (UFRJ)

---

2º Examinador: Prof. Doutora Ana Carla Dantas Cavalcanti (UFF)

---

Suplente: Prof.Doutora Fernanda Garcia Bezerra Góes (UFF)

---

Suplente: Prof. Doutora Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes(UFRJ)

Ficha catalográfica automática - SDC/BENF Gerada com  
informações fornecidas pelo autor

S586c Silva e sousa, Amanda Danielle Resende  
Cuidados Paliativos no Centro de Terapia Intensiva  
Pediátrica Oncológica: instrumento assistencial de  
enfermagem / Amanda Danielle Resende Silva e sousa ; Liliane  
Faria da Silva, orientador ; Eny Dorea Paiva, coorientador.  
Niterói, 2019.  
178 f. : il.

Dissertação (mestrado profissional)-Universidade Federal  
Fluminense, Niterói, 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/.2019.mp.05776744717>

1. Enfermagem Pediátrica. 2. Oncologia. 3. Cuidados Paliativos. 4.  
Processo de Enfermagem. 5. Produção intelectual. I. Silva, Liliane  
Faria da, orientador. II. Paiva, Eny Dorea, coorientador. III.  
Universidade Federal Fluminense. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso  
Costa. IV. Título.

CDD -

Bibliotecária responsável: Suelen de Mendonça Soares Cóquero - CRB7/6163

## **Dedicatória**

Este estudo é dedicado as crianças e adolescentes com câncer e suas famílias, acreditando poder contribuir de alguma forma com a promoção dos cuidados paliativos e um transcorrer de tratamento com qualidade de vida.

À minha mãe que acreditou e acredita em minhas conquistas, mesmo antes de eu idealizar e planejar.

Ao meu esposo, sempre parceiro e compreensivo.

À minha tão sonhada filha, razão do meu viver.

## **Agradecimento**

Agradeço primeiramente a Deus que me fortalece a cada dia.

A minha mãe Graça, obrigada por se desdobrar em mil e colocar os meus compromissos sempre em primeiro lugar. Sem isto seria muito difícil me desdobrar em plantões, escola, terapias, deveres de casa e conseguir chegar aqui.

Ao meu esposo Eliel, obrigada por ser essa pessoa compreensiva, tolerante e incentivadora. Já são quase 16 anos juntos e você sempre me impulsiona em direção as minhas conquistas.

A minha filha Sophia, tão sonhada, sempre carinhosa. Transformou e tranforma cada um dos meus dias, principalmente quando diz “mamãe eu te amo” e “você está linda mamãe”.

Agradeço a todos os meus amigos do INCA, pela parceria e incentivo, sem vocês talvez eu ainda estivesse em inércia esperenando o momento certo de começar este estudo.

Não poderia esquecer de vocês: Antônia, Evelyn, Cláudia, Maria Auxiliadora, Luis Phellipe, Angelo e Maycon. Que grata surpresa foi chegar aqui e encontrar vocês, a caminhada certamente foi mais suave, a amizade que construímos, faço votos que se perpetue para além da UFF.

A minha orientadora Dra. Liliane Faria da Silva, que apesar de não me conhecer me acolheu, com carinho e empatia (entendendo meus muitos compromissos com minha filha), transcorreu essa caminhada comigo, recheando cada passo com muitos ensinamentos, sempre paciente, entendendo meus questionamentos e valorizando minhas opiniões.

Agradeço as participantes da banca, Dras: Marcelle Miranda, Ana Carla Dantas, Fernada Garcia e Juliana Rezende, pelas contribuições tão valiosas.

À Keila Mara Cassiano pelas contribuições na análise estatística do estudo.

À Fátima, por ser sempre solícita, organizada e competente. Você é um exemplo de como é possível manter o ambiente leve e harmônico.

A todos vocês: muito Obrigada!

*“O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida ...,”*

*“ O cuidado paliativo não é uma alternativa de tratamento, e sim uma parte vital de todo acompanhamento do paciente”*

Cicely Saunders

## Resumo

SOUSA, ADRS. **Cuidados Paliativos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica: instrumento assistencial de enfermagem** [Dissertação de mestrado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Enfermagem; 2019.

**Objetivo Geral:** elaborar um instrumento assistencial de enfermagem baseado no Sistema de linguagem Padronizado dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I com a Classificação das Intervenções de Enfermagem da NIC e a Classificação dos Resultados de Enfermagem da NOC para guiar o atendimento às crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica. **Método:** pesquisa metodológica com análise quantitativa utilizando a ferramenta mapeamento cruzado. A amostra foi constituída por 57 internações de crianças e adolescentes que estiveram internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica entre os anos de 2008 e 2018. O critério para captação da amostra foi que a criança ou adolescente estivesse em cuidados paliativo exclusivo durante a internação. A coleta dos dados ocorreu em três etapas: mapeamento cruzado dos termos não padronizados encontrados nos prontuários com o Sistema de Linguagem Padronizado da NANDA-I; validação dos diagnósticos mapeados com 5 juízes especialistas; e a construção do instrumento assistencial de enfermagem por meio da ligação NIC-NOC com os diagnósticos validados. Os dados foram analisados com a utilização de ferramentas estatísticas. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética com os respectivos CAAE 91408618.4.0000.5243 e 91408618.4.3001.5274. **Resultados:** identificou-se que das 57 internações a maioria (64,9%) eram crianças, 85,9% dessas crianças/adolescentes residiam no Rio de Janeiro e 98,2% permaneceram acompanhados por familiares, sendo a mãe (89,9%) a acompanhante mais frequente. Entre os tipos de neoplasia o neuroblastoma foi o mais prevalente (26,3%). No que tange ao mapeamento cruzado, foram identificados 333 termos dos prontuários e 158 incluídos no mapeamento através da análise de combinação exata ou parcial. Assim, foram mapeados 80 diagnósticos na NANDA-I e 71 foram validados. O instrumento assistencial de enfermagem a crianças e adolescentes em cuidados paliativos internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica elaborado contém as etapas do Processo de Enfermagem com o histórico de enfermagem pautado nas leis e princípios dos cuidados paliativos, os diagnósticos da NANDA-I validados e as intervenções e resultados de enfermagem por meio da ligação NANDA-I-NIC-NOC. **Conclusão:** este estudo possibilitou elaboração de instrumento assistencial voltado às crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica de forma inédita, com o intuito de auxiliar na padronização, otimização e qualidade da assistência de enfermagem. **Produto: Instrumento Assistencial de Enfermagem em Cuidados Paliativos para o Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica.**

**Descritores:** Neoplasias. Cuidados Paliativos. Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. Processo de Enfermagem. Tecnologia Biomédica.



## Abstract

SOUSA, ADRS. **Palliative Care in the Intensive Oncologic Pediatric Therapy Center: assistance instrument to nursing** [Master's dissertation]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Enfermagem; 2019 (Niterói: *Fluminense Federal University, Nursing College*; 2019).

**General Objective:** to elaborate a nursing assistance instrument based upon the Standardized Language System of the NANDA-I Nursing Diagnoses with the Classification of Nursing Interventions of the NIC and the Classification of Nursing Results of the NOC to guide the palliative care for children and teenagers with cancer admitted in the *Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica* (Intensive Oncologic Pediatric Therapy Center). **Method:** methodological research with quantitative analysis utilizing the cross-mapping instrument. The sample was constituted by 57 children and teens that had been admitted to the *Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica* (Intensive Oncologic Pediatric Therapy Center) between the years of 2008 and 2018. The criterion for capturing the sample was that the child or adolescent was in exclusive palliative care during hospitalization. The data collection occurred in three steps: cross-mapping of the non-standardized terms found in the patient records with Standardized Language System NANDA-I; validation of the mapped diagnoses with 5 specialist judges; and the construction of the nursing assistance instrument through the NIC-NOC connection with the validated diagnoses. The data was analyzed with the use of statistical tools. The research was approved by the ethical committee with the respective CAAE 91408618.4.0000.5243 and 91408618.4.3001.5274. **Results:** it was identified that from the 57 admissions the majority (64,9%) were children, 85,9% from those children/teenagers resided in the city of Rio de Janeiro and 98,2% remained accompanied by relatives, being the mother (89,9%) the most frequent companion. Between the types of neoplasia, the neuroblastoma was the most prevalent (26,3%). In what concerns the cross-mapping, it was identified 333 patient records terms and 158 included in the mapping through analysis of exact or partial combination. Thus, 80 diagnoses were mapped in the NANDA-I and 71 were validated. The nursing assistance instrument for children and teenagers in palliative care admitted in the *Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica* (Intensive Oncologic Pediatric Therapy Center) elaborated contain the steps of Nursing Process with the nursing history founded on the philosophy and principles of palliative care, the validated diagnoses of NANDA-I and the nursing interventions and results through connection NANDA-I-NIC-NOC. **Conclusion:** this study allowed the elaboration of the palliative care assistance instrument focused on the children and teenagers with cancer admitted in the *Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica* (Intensive Oncologic Pediatric Therapy Center) in an unprecedented way, with the aim to assist on the standardization, optimization and quality of nursing care.

**Keywords:** Neoplasia. Palliative Care. Intensive Pediatric Therapy Units. Nursing Process. Biomedic Technology.

## Resumen

SOUSA, ADRS. **Cuidados Paliativos en el Centro de Cuidados Intensivos Pediátrico Oncológico: instrumento asistencial de enfermería** [Disertación de maestría]. Niterói: Universidad Federal Fluminense, Escuela de Enfermería; 2019.

**Objetivo General:** preparar un instrumento asistencial de enfermería basado en el Sistema de Lenguaje Estandarizado de los diagnósticos de enfermería NANDA-I con la clasificación de intervenciones de enfermería de la NIC y la clasificación de los resultados de enfermería del CON para orientar la atención a los niños y adolescentes con cáncer bajo cuidados paliativos ingresados en el Centro de Cuidados Intensivos Pediátrico Oncológico. **Método:** investigación metodológica con análisis cuantitativo utilizando la herramienta mapeo cruzado. La muestra se compuso de 57 ingresos de niños y adolescentes que estuvieron hospitalizados en el Centro de Cuidados Intensivos Pediátrico Oncológico entre los años 2008 y 2018. El criterio para capturar la muestra fue que el niño o adolescente estaba en cuidados paliativos exclusivos durante la hospitalización. La recolección de los datos tuvo lugar en tres etapas: mapeo cruzado de los términos no estandarizados encontrados en los registros médicos con el Sistema de Lenguaje Estandarizado de la NANDA-I; validación de los diagnósticos asignados con cinco jueces expertos; y la preparación del instrumento asistencial de enfermería mediante la conexión NIC-NOC con los diagnósticos validados. Los datos se analizaron con la utilización de herramientas estadísticas. La investigación fue aprobada por el comité de ética con los respectivos CAAE 91408618.4.0000.5243 y 91408618.4.3001.5274. **Resultados:** se identificó que, de los 57 ingresos, la mayoría (64,9%) eran niños, 85,9% de esos niños/ adolescentes residían en Río de Janeiro y el 98,2% permanecieron acompañados por parientes, donde la madre (89,9%) fue el acompañante más frecuente. Entre los tipos de neoplasia, el neuroblastoma fue el más predominante (26,3%). En lo que atañe al mapeo cruzado, se identificaron 333 términos de los registros médicos y se incluyeron 158 en el mapeo a través del análisis de combinación exacto o parcial. Así, se asignaron 80 diagnósticos en la NANDA-I y se validaron 71. El instrumento asistencial de enfermería para niños y adolescentes bajo cuidados paliativos ingresados en el Centro de Cuidados Intensivos Pediátrico Oncológico preparado contiene los pasos del Proceso de Enfermería con el histórico de enfermería fundamentado en la filosofía y los principios de los cuidados paliativos, los diagnósticos de la NANDA-I validados y las intervenciones y resultados de enfermería por medio de la conexión NANDA-I-NIC-NOC. **Conclusión:** este estudio posibilitó la preparación de un instrumento asistencial dirigido a los niños y adolescentes con cáncer bajo cuidados paliativos ingresados en el Centro de Cuidados Intensivos Pediátrico Oncológico de forma novedosa, con el objetivo de ayudar en la estandarización, perfeccionamiento y cualificación de la asistencia de enfermería. **Producto: Instrumento Asistencial de Enfermería en Cuidados Paliativos para el Centro de Cuidados Intensivos Pediátrico Oncológico.**

**Descriptor:** Neoplasias. Cuidados Paliativos. Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico. Proceso de Enfermería. Tecnología Biomédica.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Seleção da amostra do estudo .....	<b>52</b>
<b>Figura 2 .</b> Distribuição de Crianças e adolescentes internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica em Cuidados Paliativos Exclusivos .....	<b>59</b>
<b>Figura 3.</b> Participação dos familiares no acompanhamento das crianças/adolescentes internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica .....	<b>64</b>
<b>Figura 4.</b> Sobrevivência e óbito de crianças e adolescentes em cuidados paliativos exclusivos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica, global e por grupo etário .....	<b>66</b>
<b>Figura 5.</b> Média e mediana do tempo de sobrevivência desde o início do cuidado paliativo exclusivo de crianças/adolescentes no Centro de Terapia Pediátrica Oncológica, global e por grupo etário .....	<b>67</b>

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1.</b> Descritores utilizados na busca de dados de acordo com a estratégia PICO .....	<b>23</b>
<b>Quadro 2.</b> Descrição dos estudos incluídos da revisão integrativa segundo título, autores, ano de publicação, nível de evidência, desenho do estudo, síntese do estudo e as intervenções evidenciadas no estudo. Rio de Janeiro, RJ (2017).....	<b>24</b>
<b>Quadro 3.</b> Sistema de classificação de juízes especialistas .....	<b>55</b>
<b>Quadro 4.</b> Mapeamento cruzado dos termos não padronizados dos prontuários com os termos das características definidoras, fatores relacionados e condições associadas da NANDA-I.....	<b>68</b>
<b>Quadro 5.</b> Caracterização das pontuações dos juízes especialistas .....	<b>89</b>
<b>Quadro 6.</b> IVC dos diagnósticos, considerando as avaliações dos cinco juízes especialistas, para cada diagnóstico, e no global.....	<b>91</b>
<b>Quadro 7.</b> Instrumento assistencial de enfermagem em cuidados paliativos para o Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica.....	<b>95</b>

## Lista de Tabelas

**Tabela 1.** Características das crianças/adolescentes internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica em cuidados paliativos exclusivos, global e por grupo etário.....**61**

**Tabela 2.** Principais estatísticas da idade das crianças/adolescentes internados no Centro de terapia Intensiva Pediátrica Oncológica em cuidados paliativos exclusivos, global, por grupo etário e por tipo de tumor.....**63**

**Tabela 3.** Distribuição de frequências do familiar/grupo familiar que acompanha a criança/adolescente em cuidados paliativos exclusivos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica .....**64**

**Tabela 4.** Distribuição de frequências do número de familiares que acompanha a criança/adolescente em cuidados paliativos exclusivos internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica.....**65**

**Tabela 5.** Estimativas da média e mediana do tempo de sobrevivência (em dias) desde o início do CPE das crianças/adolescentes internadas no CTIPO, global e por grupo etário .....**67**

## Lista de Siglas

**AHRQ** – Agency for Healthcare Research and Quality  
**ANCP** – Academia Nacional de Cuidados Paliativos  
**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
**CD** – Características Definidoras  
**CA** – Condições Associadas  
**CACON** – Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia  
**COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem  
**CINAHL** – Cumulative index to Nursing and Allied Health Literature  
**CP** – Cuidados Paliativos  
**CPE** – Cuidados Paliativos Exclusivos  
**CTIP** – Centro de Terapia Intensiva Pediátrica  
**CTIPO** – Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológico  
**CV** – Coeficiente de Variação  
**DE** – Diagnóstico de Enfermagem  
**DeCs** – Descritores em Ciências da Saúde  
**ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente  
**ESF** – Estratégia Saúde da Família  
**FPCA** – Fora de Possibilidades Curativas Atuais  
**FPTA** – Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais  
**FR** – Fatores Relacionados  
**IBECS** – Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde  
**INCA** – Instituto Nacional de Câncer  
**IVC** – Índice de Validade de Conteúdo  
**LILACS** - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
**MeSC** – Medical Subject Headings  
**MS** – Ministério da Saúde  
**NIC** – Classificação das Intervenções de Enfermagem  
**NOC** - Classificação dos Resultados de Enfermagem  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**PICO** – Paciente/Problema, Intervenção, Compação e Desfecho  
**PE** – Processo de Enfermagem  
**SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
**SCIELO** - Scientific Electronic Library Online  
**SLP** – Sistema de Linguagem Padronizada  
**SNC** – Sistema Nervoso Central  
**SPSS** – Statistical Package for the Social Science  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**TOT** – Tubo Orotraqueal  
**UFF** – Universidade Federal Fluminense  
**UMLS** – Sistema Unificado de Linguagem Médica  
**UNACON** – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## Sumário

<b>1-INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1-Aproximação com a temática.....	16
1.2-Contextualização da problemática do estudo.....	18
1.3-Hipótese.....	21
1.4- Objetivo geral.....	22
1.5- Objetivos específicos.....	22
1.6- Justificativa, contribuição e relevância .....	22
<b>2-REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>34</b>
2.1- Câncer infantil e modalidades terapêuticas de tratamento .....	34
2.2- Cuidados paliativos pediátricos.....	40
2.3- Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica.....	43
2.4- Sistematização da Assistência de Enfermagem/Processo de Enfermagem/Sistema de Linguagem Padronizada .....	45
<b>3-MÉTODO.....</b>	<b>49</b>
3.1- Tipo de estudo .....	49
3.2- Caracterização do local do estudo.....	50
3.3- Seleção da amostra do estudo.....	51
3.4- Coleta de dados .....	52
3.5- Análise dos dados.....	56
3.6- Aspectos éticos da pesquisa .....	57
<b>4-RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
4.1- Perfil das crianças/adolescentes .....	59
4.2- Mapeamento cruzado .....	68
4.3- Validação pelos juízes especialistas .....	89
4.3.1- Caracterização dos juízes especialistas.....	89
4.3.2- Análise dos juízes especialistas.....	90
4.4- Instrumento Assistencial de Enfermagem baseado no Sistema de Linguagem Padronizada NANDA-I-NIC-NOC: o produto da dissertação.....	94
<b>5- DISCUSSÃO .....</b>	<b>128</b>
5.1- Perfil clínico-demográfico das crianças/adolescentes e o acompanhamento familiar .....	128
5.2- Diagnósticos mapeados e validados .....	132
5.3- Construção de instrumento assistencial de enfermagem.....	135
<b>6- CONCLUSÃO .....</b>	<b>138</b>
<b>7- REFERÊNCIAS .....</b>	<b>140</b>
<b>8- APÊNDICES.....</b>	<b>150</b>
8.1- Instrumento de coleta de dados .....	155
8.2- Solicitação de Isenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	157
8.3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes Especialistas .....	155
8.4- Lista de termos encontrados nos prontuários .....	161
8.5- Instrumento de Validação dos Diagnósticos pelos juízes .....	166

# **1- INTRODUÇÃO**

## **1.1- Aproximação com a temática**

A minha trajetória profissional na área da enfermagem começou em 2005, quando conclui o curso técnico em enfermagem, concomitantemente iniciei a faculdade de enfermagem e comecei a trabalhar em um Centro de Terapia Intensiva Neonatal, logo depois em um Centro de Terapia Intensiva Pediátrica (CTIP).

Em 2009 conclui a graduação em enfermagem e em 2011 comecei a trabalhar no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica (CTIPO), no Hospital do Câncer I, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, localizado na Praça da Cruz Vermelha, Centro, Rio de Janeiro.

Chamou-me atenção, em relação as minhas experiências prévias, que o CTIPO do Hospital do Câncer I respeita as prerrogativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>1</sup> no que tange ao direito da criança e do adolescente em ter presente um familiar acompanhante nas 24 horas da sua internação, proporcionando para os familiares ambiente para descanso, alimentação e cuidados pessoais.

Outro fato importante que chamou atenção foi a peculiaridade das funções que um CTIPO tem que o diferencia de um CTIP clínico no modelo assistencial, pois, tanto na formação especialista como na prática clínica em outros cenários, sempre tive uma visão assistencialista de cura da doença de base e no CTIPO a assistência é referida às complicações do câncer ou aos cuidados no pós-operatório.

Por conseguinte, as diferenças primordiais existentes entre CTIP clínico X CTPO estão intrínsecas na filosofia assistencial, visto que essas unidades são equipadas com tecnologia de ponta e profissionais especializados para atuarem em situações de gravidade na luta pela vida das crianças e adolescentes pautadas no modelo biomédico curativista. No entanto, em relação ao doente crônico, a equipe deve avaliar o estado global de saúde, não somente o físico, mas também os fatores emocionais, sociais e espirituais presentes, considerando favorecer a qualidade de vida, principalmente em casos de doença avançada, sendo o cuidado paliativo um fator diferencial presente no CTIPO.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>2</sup>:



Os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida dos pacientes, adultos e crianças, que enfrentam os problemas inerentes a uma doença que ameaça a vida. Além disso, eles também melhoram a qualidade de vida de seus parentes. Os cuidados paliativos são especificados na prevenção e alívio do sofrimento através da detecção precoce e da avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais ou espirituais.

Os Centros de Terapia Intensiva foram desenvolvidos com o intuito de tratar pessoas gravemente enfermas, acometidas por traumas ou doenças agudas curáveis<sup>3</sup>. A formação dos profissionais especialistas nessa área segue o mesmo paradigma. Contudo, em se tratando de uma doença crônica como o câncer, apesar do avanço da tecnologia, nem sempre podemos alcançar a cura.

As internações de crianças e adolescentes no CTIPO ocorrem em situações de complicações do câncer, pós-operatório de cirurgias diversas ou quando necessitam de observação rigorosa, portanto, em um CTIPO, o tratamento paliativo deve estar associado ao tratamento curativo, assim como em todos os ambientes onde a criança for inserida, uma vez que o conforto, a participação nas decisões e a promoção da qualidade de vida devem estar em primeiro lugar.

Todavia, baseando-se no convívio com profissionais da enfermagem e de outras áreas da saúde no cuidado à criança com câncer nos diversos setores pediátricos, posso dizer que a prática dos cuidados paliativos é incipiente. Pouco se discute sobre a necessidade dessa prática ser disponibilizada para todos os pacientes, pois, mesmo no meio intra-hospitalar, circula a ideia errônea de que cuidados paliativos estão diretamente ligados ao fim de vida ou a pacientes fora de possibilidade de cura, entretanto o cuidado paliativo deve ser transversal a qualquer tratamento de uma doença crônica que ameaça a continuidade da vida.

No CTIPO do Hospital do Câncer I não há, até o presente momento, o Processo de Enfermagem (PE) implantado de forma padronizada e sistematizada. “O PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem”, sendo composto de cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação; e avaliação<sup>4</sup>. Os cuidados de enfermagem, inclusive os paliativos, são desenvolvidos de forma não padronizada, dificultando a interpretação dos fatos descritos de forma unificada por toda a equipe e a continuidade dos mesmos.

Assim sendo, a implementação do PE de forma padronizada na promoção da qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes em cuidados paliativos no tratamento de câncer é importante, reconhecendo que o desenvolvimento do mesmo exige do enfermeiro, além de

conhecimento científico, habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e seu significado.

## **1.2 Contextualização da problemática de estudo**

O câncer é a doença crônica que apresenta maior mortalidade na faixa etária de 1 a 19 anos no Brasil. É caracterizado pelo crescimento desordenado das células que perdem a capacidade de desenvolver suas funções no organismo<sup>5</sup>. Configura-se como um problema de saúde pública. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima 12.500 novos casos de câncer em crianças e adolescentes para o biênio 2018-2019<sup>6</sup>.

Na infância, o câncer não está relacionado a fatores de risco ambientais preestabelecidos, possui origens histológicas diversas e diferentes comportamentos clínicos. Devido a essas especificidades deve ser estudado separadamente da população adulta<sup>7</sup>.

Para o ECA, a população infantil é dividida em crianças com idade entre 0 e 12 anos incompletos e adolescentes com idades entre 12 e 18 anos incompletos<sup>1</sup>. O diagnóstico do câncer nessas faixas etárias é uma das realidades mais difíceis de enfrentar, tal diagnóstico apresenta inúmeras situações de estresse não menos importantes que a possibilidade de o paciente morrer, uma vez que os tratamentos são longos, intensivos e acarretam mudanças fundamentais na vida de todos os envolvidos<sup>8</sup>.

É importante observar que, diante do adoecimento por câncer, a criança e o adolescente são retirados da sua vida social e se veem em uma situação em que a expectativa de futuro é duvidosa, a possibilidade de cultivar amizades e de ser feliz é limitada. Por conseguinte, as identificações do sofrimento devem receber intervenções eficazes da equipe de saúde tanto quanto e simultânea ao tratamento dos sintomas físicos<sup>9</sup>. Todavia, uma criança com diagnóstico de câncer tem o direito de receber um tratamento que vise não só a sua doença, mas que dê suporte, durante o tratamento, ao seu bom desenvolvimento físico, emocional e social.

Para isso, é importante que durante o tratamento da criança e do adolescente a família tenha sua permanência garantida no hospital. Assim, a criança se sente mais protegida e amparada, sendo necessário, contudo, que os cuidados de enfermagem sejam ampliados alçando o binômio família/criança, favorecendo também que a família participe do cuidado e das decisões referentes à criança<sup>10</sup>.

É imprescindível que haja uma política intra-hospitalar na promoção do vínculo família/criança para que a base da formação psicológica seja mantida, visto que é na família que a criança busca apoio, orientação, referência de tempo, proteção para o desconhecido e para o sofrimento durante o tratamento do câncer<sup>11</sup>.

O câncer foi descoberto enquanto doença no início do século XIX, sendo caracterizada como aguda e fatal. Com o decorrer do tempo, com o avanço terapêutico, os equipamentos de imagem de última geração e o surgimento dos marcadores tumorais associados ao diagnóstico precoce proporcionaram para que o câncer hoje pudesse ser considerado uma doença crônica, pois é possível estagnar a evolução da doença prolongando a expectativa de vida e em alguns casos até mesmo a cura<sup>12</sup>.

A terapia do câncer foi remodelada, passando de um modelo caracterizado pela terapia curativa soberana e obstinada, na qual o paciente era encaminhado para cuidados paliativos apenas quando encontrava-se fora de possibilidade de cura ou morte iminente, para um modelo muito mais humanístico, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, o Ministério da Saúde (MS) e o INCA, em que o cuidado paliativo deve começar no diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida. Nesse contexto, o cuidado curativo e o cuidado paliativo devem andar lado a lado durante a evolução da doença<sup>9</sup>.

Existem duas modalidades terapêuticas: tratamento curativo e tratamento paliativo, ambas podem utilizar quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgias dependendo da estratégia terapêutica empregada. Os objetivos principais do tratamento são aumentar as taxas de sobrevida minimizando os efeitos tardios do tratamento e reintegrar a criança ou adolescente na sociedade com qualidade de vida, otimizando cuidados paliativos para todas as crianças/adolescentes mesmo que em tratamento curativo<sup>13</sup>.

O cuidado paliativo é transversal ao tratamento, ou seja, ocorre do diagnóstico à cura ou fim de vida, por isso deve estar inserido em todos os cenários onde a criança se encontre, inclusive o CTIPO. Considerando tanto as questões biológicas, como a gravidade e o prognóstico, questões éticas, como o conforto, autonomia e beneficência, as questões culturais e sociais, como os valores e a participação nas decisões<sup>14</sup>, e tendo em vista a cronicidade, gravidade e terminalidade do câncer, todas as crianças e adolescentes devem receber conjuntamente cuidados curativos e cuidados paliativos desde o momento da internação no CTIPO.

Como membro da equipe multidisciplinar a equipe de enfermagem tem a possibilidade de contribuir através dos cuidados paliativos para que a criança/adolescente se adapte às mudanças impostas por sua doença, por meio de uma avaliação adequada de suas moléstias físicas e emocionais, pois o cuidado e a atenção dispensados a eles permitem não só a percepção de qualquer mal-estar no exato momento em que se apresenta, mas também a mobilização de recursos necessários para o devido alívio e consolo, tornando, dessa forma, os períodos de internação menos traumáticos<sup>15</sup>.

A enfermagem é uma profissão autônoma que compreende conhecimentos próprios, humanísticos, científicos e técnicos, construídos ao longo dos anos e reproduzidos por meio do cuidar embasado em modelos teóricos de referência, sendo, portanto, simultaneamente uma arte e uma ciência que envolve cuidados direcionados às dimensões do ser humano: físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais da pessoa, família e comunidade<sup>16</sup>.

Para que os cuidados paliativos alcancem o seu objetivo principal e garantam que essas crianças e adolescentes disfrutem durante sua internação o máximo potencial possível de bem-estar físico, psicológico e atividades cotidianas, relações sociais e sintomas, promovendo, assim, uma qualidade de vida relacionada à saúde<sup>16</sup>, a enfermagem deve desenvolvê-lo individualmente de forma planejada e sistematizada.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta importante regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que torna possível a operacionalização do PE, que compreende a forma como o trabalho de enfermagem é organizado, de acordo com o método científico e o referencial teórico, possibilitando o melhor atendimento das necessidades de cuidado do indivíduo, família e comunidade pela aplicação das etapas que compõem o PE<sup>4</sup>.

A Resolução COFEN 358 (2009) traz como obrigatoriedade que o “Processo de Enfermagem deve ser realizado, de forma deliberada e sistemática, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem”<sup>4</sup>.

Existem hoje Sistemas de Linguagens Padronizados (SLP) que oferecem estrutura para organizar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. São instrumentos importantes que contribuem com a produção do conhecimento em enfermagem, o raciocínio clínico e a prática clínica, sendo fundamentais para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão<sup>17</sup>.

Dentre os vários SLP serão abordados neste estudo: Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I; classificação de intervenções de enfermagem/Nursing Interventions Classification (NIC); e a classificação de resultados de enfermagem/Nursing Outcomes Classification (NOC). O SLP NANDA-I-NIC-NOC foi escolhido por ser internacionalmente reconhecido e ter sido considerado o mais utilizado pela enfermagem na assistência à saúde<sup>18</sup>.

No Brasil, a aplicação das etapas do PE utilizando SLP está em processo de construção, por vezes o PE é realizado, porém não se faz o registro padronizado das ações, comprometendo a comunicação, a continuidade e a identificação das ações realizadas na assistência, seja pela equipe de enfermagem ou por outros membros da equipe multiprofissional<sup>19</sup>.

Essa prática tem mostrado muitas dificuldades em sua implementação, destacando-se a falta de conhecimento por parte do enfermeiro sobre a metodologia da assistência na aplicação das etapas do PE, a grande demanda de serviços burocráticos e administrativos, falta de recursos humanos e materiais para o cuidado, desvalorização da aplicação do PE e ações fragmentadas em tarefas de cunho mecanizado<sup>20</sup>.

Em conformidade com as informações acima descritas, entendendo a necessidade de criar estratégias definidas para a assistência da enfermagem nos cuidados paliativos no CTIPO, priorizando o conforto, a qualidade de vida durante a internação e principalmente a vontade da criança ou adolescente internado e sua família, delimitou-se o seguinte **objeto de estudo**: processo de enfermagem com linguagem padronizada dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem a crianças e adolescentes em cuidados paliativos nos Centros de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica.

### 1.3- Hipótese

O mapeamento cruzado entre os termos não padronizados dos prontuários e os termos da NANDA-I proporciona a elaboração de um Instrumento Assistencial de Enfermagem em Cuidados Paliativos para o Centro de terapia Intensiva Pediátrica Oncológica utilizando o Sistema de Linguagem Padronizada NANDA-I-NIC-NOC.

#### **1.4- Objetivo geral**

Elaborar um instrumento assistencial de enfermagem baseado no Sistema de linguagem Padronizado NANDA-I-NIC-NOC para guiar o atendimento às crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica.

#### **1.5- Objetivos específicos**

- ❖ Traçar o perfil clínico e demográfico das crianças e adolescentes em cuidados paliativos internados no CTIPO;
- ❖ Mapear os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I nas crianças e adolescentes em cuidados paliativos internados no CTIPO a partir de termos não padronizados encontrados nos prontuários;
- ❖ Construir do instrumento assistencial de enfermagem através da ligação NANDA-I-NIC e NANDA-I-NOC com os diagnósticos validados e as intervenções evidenciadas por revisão integrativa da literatura.

#### **1.6- Justificativa, Contribuição e Relevância**

Dados epidemiológicos publicados a cada dois anos pelo INCA revelam que o número de pessoas com câncer tende a aumentar gradativamente, incluindo nessa estatística a população infantil<sup>4</sup>. Esses dados preveem a necessidade de melhorar a compreensão e o manejo dos cuidados paliativos nas unidades de internação hospitalar de crianças e adolescentes com câncer.

Para fundamentar o estudo e compreender as intervenções realizadas pela enfermagem com a crianças e adolescentes em cuidados paliativos, objetivando incluir no instrumento proposto as intervenções já utilizadas em estudos anteriores no CTIPO, realizou-se inicialmente uma busca nas bases de dados CINAHL, LILASC, IBECs, PubMed e Scielo, porém nenhum artigo foi encontrado retratando intervenção de enfermagem em cuidados paliativos no CTIPO devido a sua restrita especificidade.

As buscas foram ampliadas, incluindo-se todas as intervenções de enfermagem em cuidados paliativos em oncologia pediátrica, para responder à seguinte pergunta: quais intervenções de cuidados paliativos a enfermagem implementa para promover o conforto em oncologia pediátrica?

Uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), ao Medical Subject Headings (MeSH) e nos títulos CINAHL foi realizada para determinar os termos de busca (Quadro 1).

A busca nas bases de dados foi realizada segundo a estratégia PICO: Paciente/problema, Intervenção, Comparação (optativo) e Desfecho, sendo o operador booleano OR utilizado entre os descritores da mesma categoria e o AND entre as categorias (Quadro 1).

**Quadro 1-** Descritores utilizados na busca nas bases de dados de acordo com a estratégia PICO

<b>PICO</b>	<b>DESC</b>	<b>MESH</b>	<b>Títulos CINAHL</b>
P	Criança OR adolescente OR neoplasias	Child OR adolescent OR neoplasms	Child OR adolescent
	AND	AND	AND
I	Cuidados paliativos OR diagnóstico de enfermagem	Palliative care OR nursing diagnoses OR oncoly nursing	Palliative care OR oncology nursing OR nursing diagnoses
	AND	AND	AND
C	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
O	Qualidade de vida	Quality of life	Quality of life

Foram definidos como critérios de inclusão artigos disponíveis nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, que abordassem o tema intervenções de enfermagem em cuidados paliativos, população com amostras de pacientes menores que 18 anos, utilizando como recorte temporal o período de 2012 a 2017. Importante ressaltar que os autores possuem acesso à base de periódicos da CAPES pela universidade.

Foram excluídos da análise artigos de revisão, exceto os sistemáticos, devido ao seu alto grau de evidência, teses, dissertações e artigos relacionados à criação e/ou validação de instrumentos.

A amostra final compreendeu 18 publicações, provenientes de periódicos internacionais (67%) e nacionais (33%). Os países de origem das publicações que compuseram a amostra foram Brasil (33,3%), China (22,2%), Estados Unidos da América (22,2%), Turquia (11,1%), Portugal (5,5%) e Jordânia (5,5%). Em relação ao ano de publicação, houve destaque para o ano de 2013, com 44 % das publicações, e o ano de 2017 cujas buscas foram realizadas até o mês de novembro, com 0% de publicações.

Quanto ao desenho metodológico dos estudos, dez (55,5%) são estudos qualitativos descritivos; comparativos, dois (11%) estudos randomizados controlados, um (5,5%) estudo de caso controle, dois (11%) estudos clínicos sem randomização, um (5,5%) estudo de coorte e dois

(11%) revisões sistemáticas. Observou-se que a maior parte das publicações (55,5%) apresentou nível de evidência VI, seguido do IV, III, II e I, ambos com (11,1%) cada.

A categorização do nível de evidência foi baseado na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) em sete níveis de classificação: nível 1, revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos controlados; nível 2, ensaio clínico controlado randomizado bem delineado; nível 3, ensaio clínico controlado sem randomização; nível 4, estudos de coorte ou caso-controle bem delineados; nível 5, revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos; nível 6, estudos descritivos ou qualitativos; e nível 7, opinião de autoridades ou especialistas<sup>21</sup>.

A seguir o quadro com apresentação dos artigos selecionados pelo estudo.

**Quadro 2** – Descrição dos estudos incluídos da revisão integrativa segundo título, autores, ano de publicação, nível de evidência, desenho do estudo, síntese do estudo e as intervenções evidenciadas no estudo. Niterói, RJ (2017)

Nº	Título	Autores	Periódico e Ano	Nível de Evidência e Desenho do estudo	Síntese do estudo	Intervenção Evidenciada no estudo
1 <sup>22</sup>	“You’ve only got one chance to get it right”: Children’s cancer nurses’ experiences of providing palliative care in the acute hospital setting	Helen Nina Pearson	Pediatric Nursing 2013	Nível 6  Estudo qualitativo	A formação das enfermeiras em cuidados paliativos as deixa sem subsídios teóricos para realizarem os cuidados paliativos na prática.	Gerenciamento do controle de sintomas.  (cuidado integral)
2 <sup>23</sup>	A atuação do enfermeiro com criança que tem câncer: cuidados paliativos	Ana Claudia Moreira Monteiro, Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, Sandra Teixeira de Araújo Pacheco e Luana Sena Pimenta	UERJ Nursing Journal 2014	Nível 6  Estudo descritivo qualitativo	Os CP dos enfermeiros são pautados na promoção do conforto e bem-estar através da escuta sensível e apoio emocional à criança e à família.	Apoio espiritual, emocional e religioso (físico, psicológico e social); qualidade de vida (brincar).
3 <sup>24</sup>	A massagem na criança com câncer: eficácia de um protocolo	Luís Manuel da Cunha Batalhaa, e Aida A.S.C. Mota	Jornal de Pediatria 2013	Nível 2  Estudo randomizado controlado	Alívio da dor após cada sessão de massagem e diminuição da interferência da dor ao caminhar após 7	Massagem para controle da dor.



					dias de massagem intercalada.	
4 <sup>25</sup>	Cuidados de enfermagem à criança que tem doença oncológica avançada: Ser-com no cotidiano assistencial	Cintia Flores Mutti, Stela Maris de Mello Padoin, Cristiane Cardoso de Paula, Ivis Emília de Oliveira Souza, Marlene Gomes Terra, Alberto Manuel Quintana	Ciência, Cuidado e Saúde 2012	Nível 6 Estudo qualitativo	O cuidado em oncologia pediátrica transcende questões éticas e rotinas, sendo fundamental à equipe de enfermagem o desenvolvimento de competências para atender às singularidades da criança e sua família.	Cuidado integral à criança e à família.
5 <sup>26</sup>	Effects of massage therapy on pain and anxiety arising from intrathecal therapy or bone marrow aspiration in children with câncer	Ayda Çelebiog˘lu, Ays,e Gürol, Zuhale Keskin Yildirim, Mustafa Büyükkavci	International Journal of Nursing Practice 2014	Nível 4 Estudo caso-controle	O estudo forneceu evidências preliminares da eficácia da massagem no alívio da dor em crianças com câncer submetidas à terapia intratecal ou aspiração de medula óssea.	Massagem para controle de dor e ansiedade.
6 <sup>27</sup>	Effects of nursing intervention models on social adaption capability development in preschool children with malignant tumors: a randomized control trial	Lu Yu1, Lin Mo, Yan Tang, Xiaoyan Huang1 e Juan Tan1	Psycho-Oncology 2014	Nível 2 Estudo randomizado controlado	Os cuidados centrados na família, com intervenções físicas, psicológicas e sociais, pautadas nas crianças e nos pais, proporcionou aumento da capacidade de adaptação social das crianças.	Intervenção física dos sintomas psicológico e social (para melhorar adaptação social em crianças com câncer).

7 <sup>28</sup>	Efficacy of therapeutic play for pediatric brain tumor patients during external beam radiotherapy	Yu-Li Tsai, Shio-Chwen Tsai, Sang-Hue Yen, Kai-Lin Huang, Pei-Fan Um, Hueh-Chun Liou, Tai-Tong Wong, I-Chun Lai, Pin Liu, Hsiao-Ling Lou, I-Tsun Chiang, Yi-Wei Chen	Childs Nerv Syst 2013	Nível 3  Estudo clínico controlado sem randomização	A utilização do jogo terapêutico trouxe muitos benefícios, como redução da ansiedade, aumento da cooperação da criança com a equipe, redução da utilização de sedação durante a radioterapia, redução do medo das crianças em relação à radioterapia.	Jogo terapêutico para diminuir ansiedade de crianças e adolescentes com tumores cerebrais antes da radioterapia.
8 <sup>29</sup>	Establishing Feasibility of Early Palliative Care Consultation in Pediatric Hematopoietic Stem Cell Transplantation	Deborah A. Lafond, Katherine Patterson Kelly, Pamela S. Hinds, Ann Sill, e Michele Michael	Jornal of pediatric Oncology Nursing 2015	Nível 4  Estudo de coorte longitudinal	O estudo demonstrou a viabilidade da integração precoce das consultas de cuidados paliativos a crianças com câncer, favorecendo, com isso, a aceitação familiar das intervenções nos cuidados paliativos.	Consulta de enfermagem precoce em cuidados paliativos.
9 <sup>30</sup>	Experiences of Pediatric Oncology Patients and Their Parents at End of Life: A Systematic Review	Kathleen Montgomery, Kathleen J. Sawin e Verna L. Hendricks-Ferguson	Jornal of pediatric Oncology Nursing 2015	Nível 1  Revisão Sistemática	Os enfermeiros têm a oportunidade de avaliar e atender às necessidades das crianças e seus pais durante todo o processo nos cuidados paliativos, sejam nos aspectos fisiológicos, emocionais ou psicossociais.	Gerenciamento de sintomas em cuidados paliativos.
10 <sup>31</sup>	Exploring Communication Difficulties in Pediatric Hematology: Oncology Nurses	Ebru Akgun Citak, Ebru Kilcarslan Toruner e Nebahat Bora Gunes	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2013	Nível 6  Estudo descritivo qualitativo	Os resultados configuraram que há dificuldades na comunicação entre enfermeiros e crianças com câncer e seus familiares que essas dificuldades aumentam nos momentos de crise como nas recaídas.	Comunicação ativa com as crianças e famílias.

11 <sup>32</sup>	Health-related quality of life and its association with self-esteem and fatigue among children diagnosed with câncer	Ekhlas Al-Gamal and Tony Long	Jornal of Clinical Nursing  2016	Nível 6  Estudo descritivo comparativo	Para minimizar os danos causados pela fadiga, deve-se criar estratégias que estimulem a prática de exercícios físicos, a socialização com crianças da mesma idade e a permanência na escola.	Estratégias farmacológicas e não farmacológicas (como exercício físico) no controle da fadiga.
12 <sup>33</sup>	Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem	Jael Rúbia Figueiredo de Sá França, Solange Fátima Geraldo da Costa, Maria Emilia Limeira Lopes, Maria Miriam Lima da Nóbrega e Inacia Sátiro Xavier de França.	Revista Latino-americana de Enfermagem  2013	Nível 6  Estudo qualitativo	A comunicação é o eixo para o cuidar em enfermagem. Configura-se como elemento eficaz no cuidado paliativo com a criança e promove a assistência holística.	Comunicação como estratégia de humanização em cuidados paliativos.
13 <sup>34</sup>	O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual	Ana Claudia Moreira Monteiro, Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues e Sandra Teixeira de Araújo Pacheco	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem  2012	Nível 6  Estudo qualitativo	O conforto é o modo de cuidar do enfermeiro em cuidados paliativos focalizado na proteção, solicitude e na escuta, atuando no alívio de sintomas e do sofrimento, direcionando o cuidado também à família.	Cuidado integral direcionado ao alívio de sintomas e promoção do conforto.
14 <sup>35</sup>	O uso do brincar pela equipe de enfermagem no cuidado paliativo de crianças com câncer	Vanessa Albuquerque Soares, Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino e Fernanda Garcia Bezerra Goes	Revista Gaúcha de Enfermagem  2014	Nível 6  Estudo descritivo qualitativo	O uso do brincar em cuidados paliativos facilita a comunicação, a interação e alivia a tensão da criança nos procedimentos traumáticos e dolorosos.	Utilização do brinquedo para alívio de sintomas.

15 <sup>36</sup>	Parental Perspectives on a Behavioral Health Music Intervention for Adolescent/Young Adult Resilience During Cancer Treatment: Report From the Children's Oncology Group	Sharron L. Docherty, Sheri L. Robb, Celeste Phillips-Salimi, Brooke Cherven, Kristin Stegenga, Verna Hendricks-Ferguson, Lona Roll, Molly Donovan Stickler e Joan Haase	Jornal of Adolescent Health 2013	Nível 6  Estudo descritivo qualitativo	Os pais avaliaram que a musicoterapia nos seus filhos foi útil e significativa, aumentando a resiliência em relação à convivência com a doença.	Musicoterapia
16 <sup>37</sup>	Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada	Thamiza L. da Rosa dos Reis, Cristiane Cardoso de Paula, Tassiana Potrich, Stela Maris de Mello Padoin, Aline Bin, Cintia Flores Mutti e Renata de Moura Bubadué	Aquichan 2014	Nível 6  Estudo descritivo qualitativo	A pesquisa aponta a necessidade de educação permanente aos profissionais, além de apoio para as situações do cotidiano assistencial, a fim de minimizar sentimentos negativos e possibilitar um cuidado humanizado, promovendo a qualidade de vida.	Empatia e técnicas psicológicas da equipe de enfermagem no cuidado à criança com doença oncológica avançada.
17 <sup>38</sup>	Relationships Among Therapy-Related Symptoms, Depressive Symptoms, and Quality of Life in Chinese Children Hospitalized With Cancer	Ho Cheung William, Phoebe D. Williams, FAAN Violeta Lopez, Joyce Oi Kwan Chung e Sau Ying Chiu	Cancer Nursing 2013	Nível 3  Estudo clínico transversal	As intervenções baseadas nos sintomas são um forte preditor da qualidade de vida das crianças e adolescentes com câncer, podendo ser úteis no rastreamento dos pacientes suscetíveis ao sofrimento psicossocial ou possuem alto risco para depressão.	Intervenção de enfermagem psicossocial para promover bem-estar.
18 <sup>39</sup>	Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Fatigue in Children and Adolescents With Cancer	Chi-Wen Chang, Pei-Fan Mu, Shiann-Tarng Jou, Tai-Tong Wong e Yu-Chih Chen	Wordviews on Evidence-Based Nursing 2013	Nível 1  Revisão sistemática com meta-análise	Dos seis estudos, um era destinado à massagem e um à educação em saúde, não sendo possível realizar meta-análise. A prática de exercícios físicos se	Intervenções não farmacológicas (massagem, exercício físico e educação em saúde) no controle da fadiga em

					mostrou eficiente na melhora da fadiga em quatro artigos analisados.	crianças adolescentes com câncer.	e
--	--	--	--	--	--	-----------------------------------	---

A análise dos artigos foi realizada através da análise de conteúdo, que “envolve examinar o conteúdo dos dados narrativos para identificar temas e padrões”<sup>40</sup>

O artigo 1 traz a experiência de enfermeiras pediatras com menos de dois anos de formação no manejo de cuidados paliativos a crianças internadas, todas do sexo feminino com idades entre 22 e 25 anos. O resultado mostrou enfermeiras despreparadas no desenvolvimento dos cuidados paliativos nos primeiros anos de assistência, por falta de preparo educacional e prático, por parte das universidades no que tange aos cuidados paliativos. As enfermeiras mostraram preocupação com a falta de um plano assistencial, gestão de sintomas, família, experiência e trabalho emocional. Os autores concluíram que as habilidades clínicas eram importantes para o desenvolvimento de cuidados paliativos integrais, contudo as carências educacionais eram mais impactantes no desenvolvimento da prática, pois as enfermeiras tiveram o primeiro contato com o tema no ambiente de trabalho.

Os artigos 2, 4 e 16 mostram estratégias de enfermagem na promoção do conforto à criança diante do adoecimento, trazendo alívio da dor e conforto através da palavra, contato físico, apoio psicológico para que se possa morrer com dignidade. O artigo 16 mostra ainda que enfermeiros criam mecanismos internos para separar as relações profissionais das relações pessoais visando evitar o sofrimento. Os artigos 4, 13 e 16 mostram que os cuidados paliativos integrais melhoram a qualidade de vida e devem ser sistematicamente desenvolvidos para promoção do conforto, revelando a natureza relacional do ser humano, possibilitando um olhar para prática de enfermagem do cuidado que é desenvolvido, entre quem cuida e quem é cuidado, trazendo a criança e a família para o cotidiano assistencial.

Os artigos 4 e 16 relatam que as enfermeiras mães se colocam no lugar das famílias, mostrando mais empatia, e que a aprendizagem psicológica e técnica na execução dos cuidados paliativos está relacionada à experiência profissional. O artigo 9 trabalha o gerenciamento de sintomas e a comunicação como um pilar entre as relações, na inclusão das crianças e suas famílias na participação dos cuidados e na tomada de decisões.

Os artigos 3 e 5 trazem a massagem como estratégia de enfermagem no controle da dor e ansiedade em crianças internadas em tratamento oncológico. O artigo 3 retrata uma sequência de massagens em dias alternados antes de procedimentos dolorosos. Os resultados mostraram redução da dor imediatamente após a massagem, em longo prazo houve uma melhora da dor ao caminhar. O artigo 5 trouxe um estudo quase experimental no qual foram realizadas massagens em crianças que iam se submeter à terapia intratecal ou aspiração de medula óssea. Os resultados mostraram melhora da dor e da ansiedade das crianças na realização dos procedimentos.

O artigo 7 relata intervenções lúdicas realizadas por enfermeiras para reduzir a ansiedade e o uso de sedação em crianças em tratamento radioterápico. As intervenções eram leitura de histórias, jogos eletrônicos e vídeos educativos. O resultado mostrou uma redução significativa da ansiedade e grande parte das crianças deixou de usar sedação no tratamento radioterápico. O artigo 14 nos retrata como a enfermagem utiliza os brinquedos terapêuticos em cuidados paliativos a crianças internadas em tratamento de câncer, mostrando que as enfermeiras utilizam o brinquedo para tranquilizar e distrair as crianças antes de procedimentos dolorosos ou traumáticos, é uma forma da enfermeira entrar no mundo da criança para melhor compreender o seu mundo, facilitando a comunicação, interação e alívio da mesma mediante procedimentos invasivos, proporcionando um cuidado humanizado.

O artigo 17 corrobora mostrando o impacto social, o bem-estar psicossocial e na qualidade de vida de crianças e adolescentes nos primeiros seis meses após o diagnóstico. Traz a importância do monitoramento criterioso dos pacientes pediátricos oncológicos e da implementação de intervenções adequadas para aliviar a gravidade dos sintomas, promover a saúde psicossocial e a melhoria da qualidade de vida. O artigo 6 mostra um estudo clínico controlado, no qual as crianças do grupo controle receberam tratamento padrão e as crianças selecionadas para o estudo foram submetidas a uma estratégia de cuidados centrada na família. Os resultados mostraram que, no modelo de intervenções de enfermagem centrado na família, as crianças com câncer foram mais eficazes na melhoria do bem-estar psicossocial e na qualidade de vida das crianças do que o tratamento padrão.

O artigo 8 contém um estudo de coorte, no qual foram selecionadas crianças para intervenção de consulta sistematizada precoce de cuidados paliativos, havendo fornecimento de outros cuidados paliativos de acordo com a solicitação das crianças e suas famílias. O número médio de intervenções por participante foi 13 e a intervenção de cuidados paliativos adicional mais

frequente foi o aconselhamento de cuidados de suporte. O estudo mostrou viabilidade no desenvolvimento de consultas e outras intervenções precoces em cuidados paliativos, alcançando um nível alto de satisfação dos usuários e famílias.

Os artigos 10 e 12 trazem uma análise atenta acerca da comunicação como estratégia utilizada pelos enfermeiros para humanizar o cuidar em enfermagem. O artigo 10 traz a experiência de oito enfermeiras de um centro onco-hematológico por meio de três perguntas sobre comunicação com as crianças e familiares, das quais sete relataram dificuldade em responder às perguntas, principalmente quando relacionadas à doença, por ser difícil dar respostas ruins ao prognóstico da doença. Assim, todas relataram que falham em estabelecer comunicação com crianças em estágio terminal, visto que é difícil lidar com a morte das crianças, como também mencionaram ter participado de conflitos com as crianças ou familiares em decorrência da má comunicação. Essa falta de comunicação foi interpretada pelos autores como autoproteção das enfermeiras por medo de envolvimento e sofrimento, concluindo-se a necessidade de mais treinamento profissional. O artigo 12 compõe que os próprios enfermeiros consideram a comunicação um dos instrumentos mais relevantes no desenvolvimento de cuidados paliativos. A comunicação autêntica entre o enfermeiro e a criança deve ocorrer, bem como entre todos os envolvidos no processo de cuidados paliativos.

O artigo 15 retrata um estudo realizado com crianças com diagnóstico de câncer submetidas ao transplante de medula óssea, no qual foi realizada uma intervenção musicoterápica no intuito de proporcionar alívio dos sintomas e melhoria da qualidade de vida durante a recuperação. A avaliação foi feita através do relato dos pais, que se mostraram satisfeitos e observaram muitos benefícios advindos da musicoterapia.

Os artigos 11 e 18 discorrem sobre um dos sintomas mais prevalentes em crianças com câncer, a fadiga. O artigo 11 relata uma pesquisa realizada na Jordânia com 70 crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer, na qual foi aplicada uma escala para medir fadiga e uma escala para medir a qualidade de vida, objetivando saber o quanto a fadiga afetava negativamente a vida das crianças e adolescentes e com isso planejar as ações de enfermagem. Os autores concluíram que a limitação física da fadiga era o fator que mais influenciava negativamente a qualidade de vida das crianças e adolescentes por prejudicar o convívio com os amigos e a permanência na escola.

O artigo 18 é uma meta-análise de ensaios clínicos controlados e estudos quase experimentais que examinou a eficácia da não farmacologia nas intervenções para diminuir a fadiga em crianças e adolescentes com câncer. Os tipos de intervenção incluíram exercício físico, intervenções psicossociais, gestão do estresse, relaxamento, consulta nutricional, massagem e intervenções educacionais. Os resultados dessa meta-análise revelaram que as intervenções de exercício podem ser eficazes na diminuição dos níveis de fadiga em crianças e adolescentes com câncer.

Com a análise dos artigos selecionados foi possível concluir que a enfermagem tem se preocupado com o seu papel enquanto integrante da equipe no desenvolvimento de cuidados paliativos, promovendo pesquisas para testar a eficácia de suas intervenções em prol da melhoria da qualidade de vida em oncologia pediátrica.

As intervenções de enfermagem em cuidados paliativos foram mais impactantes nas pesquisas, quando direcionadas a um determinado sintoma específico, destacando-se as intervenções não farmacológicas que foram divididas em musicoterapia, massagem, aplicação do lúdico, consulta precoce de cuidados paliativos, intervenções sociais e uma meta-análise que trouxe o exercício como intervenção mais eficaz na redução da fadiga em crianças e adolescente com câncer.

Quanto aos cuidados integrais, os resultados levantaram a necessidade de mais investimento na formação acadêmica e profissional por meio das especializações e educação permanente a fim de que os profissionais enfermeiros tenham mais destreza e suporte emocional para acolher a criança, o adolescente e a família nos moldes dos cuidados paliativos, alcançando, desse modo, todos os aspectos biopsicossociais e espirituais.

A comunicação eficaz entre enfermeiros, crianças e família é um dos fatores mais importantes para uma boa interpretação das demandas individuais, sendo essencial no planejamento das intervenções, sejam elas integrais ou direcionadas a um sintoma ou situação específica, farmacológicas ou não farmacológicas, e se mostrou deficiente nos resultados das pesquisas.

Não foi identificada a utilização de Sistemas de Linguagem Padronizada nos estudos analisados. Novas pesquisas são necessárias a fim de definir as melhores evidências em todas as áreas no desenvolvimento dos cuidados paliativos, física, psicológica, social e espiritual, para que



a enfermagem possa sistematizá-los com a prática baseada em evidências e assim otimizar a assistência prestada e trazer mais visibilidade à profissão.

O conhecimento dessas intervenções farmacológicas e não farmacológicas já implementadas em estudos anteriores, mesmo que nenhum dos artigos analisados tenha se baseado em SLP, servirão como base para elaboração de um instrumento padrão de assistência de enfermagem em cuidados paliativos nos moldes do PE que proporcionará a integração dos SLP da NANDA-I – NIC – NOC na prática diária favorecendo a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

O estudo está em consonância com as necessidades do COFEN, estando inserido no Programa de Mestrado Profissional financiado pelo edital CAPES/COFEN N°27/2016<sup>41</sup>, que tem como objetivo financiar pesquisas voltadas para a SAE, respeitando também a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que traz como prioridade de pesquisa entre as doenças não transmissíveis a oncologia, sendo a qualidade de vida uma das vertentes priorizadas, que está diretamente ligada aos cuidados paliativos<sup>42</sup>.

## **2- REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1- Câncer Infantil e Modalidades Terapêuticas de Tratamento**

O câncer é caracterizado pelo crescimento desordenado das células, o que acontece em mais de cem tipos diferente de células ou tecidos. O câncer não é uma doença nova, essa nomenclatura foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates que viveu entre 460 e 377 a. C<sup>5</sup>.

O crescimento desordenado das células é identificado quando a fisiopatologia do desenvolvimento das células que compõem o organismo humano não completa todas as fases de multiplicação contínua, crescimento e morte, mecanismo esse que ocorre diferentemente nos tipos celulares respeitando características individuais dos tecidos, mas que seguem um padrão de multiplicação e desenvolvimento contínuo. As células cancerosas em vez de morrerem continuam crescendo incontrolavelmente formando outras células anormais<sup>5</sup>.

Essa proliferação anormal das células chamada neoplasia pode ser benigna ou maligna, em que neoplasia benigna ou tumor benigno caracteriza-se por um crescimento geralmente lento e ordenado, podendo comprimir os tecidos adjacentes, no entanto não tem o potencial de invadir tecidos vizinhos. Já as neoplasias malignas ou tumores malignos, os cânceres, caracterizam-se por crescimento rápido, desordenado e são capazes de invadir tecidos vizinhos e ser transportados pela corrente sanguínea a outros tecidos distantes produzindo metástases<sup>5</sup>.

Para que uma célula deixe de seguir harmonicamente o processo citológico, histológico e funcional, ela precisa passar por um processo chamado oncogênese ou carcinogênese. A carcinogênese é desencadeada pela exposição a agentes carcinogênicos que podem ser químicos, presentes normalmente no meio ambiente humano, relacionados aos hábitos sociais, alimentares ou ocupacionais, físicos presentes na energia radiante solar e ionizante ou biológicos provenientes de alguns vírus ou bactérias como *Helicobacter pylori* e o vírus HPV<sup>43</sup>.

Os cânceres pediátricos diferenciam-se dos cânceres adultos em seu perfil carcinogênico, local primário acometido, origem histológica e comportamento clínico, por isso devem ser estudados separadamente. Geralmente apresentam menores períodos de latência, os tumores crescem mais rapidamente comparados com os adultos e são mais invasivos, entretanto apresentam melhores respostas ao tratamento e são considerados de bom prognóstico<sup>7-8</sup>.

O câncer pediátrico no Brasil corresponde de 2 a 3% de todos os cânceres registrados, sendo considerado raro; apesar disso, é a doença crônica com maior índice de mortalidade na faixa etária de 0 a 19 anos. Foram estimados, para os anos de 2018-2019, 420 mil novos casos de câncer na população infantil, sem considerar o câncer de pele não melanoma<sup>6</sup>.

O diagnóstico precoce está diretamente relacionado a um melhor prognóstico e possibilidade de cura da criança. Infelizmente, o diagnóstico precoce de câncer na infância é um desafio enfrentado pelas equipes de saúde, pois as manifestações clínicas apresentadas são generalizadas e inespecíficas, também comuns a outras doenças benignas mais frequentes na infância, como febre prolongada, vômitos, emagrecimento, sangramentos, adenomegalias generalizadas, dor óssea generalizada e palidez<sup>44</sup>.

O Ministério da Saúde oferece por meio de políticas públicas de saúde suporte à população, quando instituiu em 2013 a Portaria 874 que dispõe sobre a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que traz como princípio o reconhecimento do câncer como uma doença crônica prevenível, a necessidade de oferta de cuidados integrais e a obrigatoriedade da implementação de ações de detecção precoce do câncer através de rastreamento e diagnóstico precoce<sup>45</sup>.

Com base nessa Portaria 874/2013, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa à reorganização da Atenção Básica no país, é composta por equipe multidisciplinar, compreendendo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e profissional de saúde bucal, e assumiu a responsabilidade no âmbito do SUS, por contextualizar os achados clínicos, com a idade, sexo, associação de sintomas, tempo de evolução e outros achados pertinentes a cada caso individualmente, objetivando a suspeita, a condução rápida e eficaz para o diagnóstico precoce do câncer<sup>45</sup>.

Todas as estratégias de diagnóstico precoce, encaminhamento rápido e eficaz para os níveis secundários e terciários para início precoce do tratamento influenciam positivamente no prognóstico da criança, visto que a sobrevida e a cura dependem principalmente da localização do tumor, da histologia, da biologia e do estadiamento do câncer ao diagnóstico<sup>44</sup>.

As crianças portadoras de malformações e síndromes congênicas já são comprovadamente consideradas como população de risco para desenvolver neoplasia maligna e devem ser observadas bem de perto na perspectiva da detecção precoce. Como exemplo temos a leucemia associada a

crianças portadoras da Síndrome de Down e a presença de tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) e sarcomas em crianças com neurofibromatose<sup>44</sup>.

Os cânceres infantis são divididos em hematológicos, que compreendem as leucemias e os linfomas, e em tumores sólidos, que são os tumores do SNC, os tumores abdominais (neuroblastomas, hepatoblastomas, nefroblastomas), tumores ósseos e os tumores das partes moles (rabdomyosarcomas, sarcomas sinoviais, fibrossarcomas), entre outros menos comuns<sup>44</sup>.

As leucemias são classificadas em leucemia linfóide, leucemia mieloide aguda, doença mieloproliferativa crônica, síndromes mielodisplásicas e leucemias inespecíficas. É considerada a neoplasia mais comum da infância, representando cerca de 30% dos tumores na população abaixo de 15 anos e 20% da população abaixo de 20 anos<sup>46</sup>.

A leucemia linfóide aguda passou de doença incurável, no início da década de 1950, a uma doença com chance de cura em torno de 70%, no final de 1980, e de 80% no final dos anos 1990; as outras leucemias vêm caminhando a passos largos em direção à cura<sup>8</sup>.

As principais manifestações clínicas nas leucemias são palidez, fadiga, irritabilidade, sangramentos sem causa definida, febre, dor óssea articular, hepatoesplenomegalia e linfadenomegalia. As doenças infectocontagiosas prevalecem como principal diagnóstico diferencial. Dentre as situações de risco para morte iminente da criança, estão sangramento ativo não controlável, plaquetopenia menor que 20.000/mm<sup>3</sup>, leucocitose total maior que 50.000/mm<sup>3</sup> e anemia grave com hemoglobina menor que 6,0 g/dl<sup>44</sup>.

Os linfomas são classificados em linfomas não Hodgkin, linfoma de Burkitt, miscelânea de neoplasias linforreticulares e linfomas não especificados. São originados de células do sistema imunológico que circulam por todo o organismo, sendo considerados o terceiro tipo de câncer infantil nos países desenvolvidos, ficando atrás apenas das leucemias e dos tumores do SNC<sup>46</sup>.

As principais manifestações clínicas nos linfomas são adenomegalias, febre, alteração de uma ou mais séries celulares no hemograma, persistência de infarto ganglionar maior que 3cm por mais de três semanas. A confirmação diagnóstica ocorre através de biópsia e imuno-histoquímica. É importante que ocorra um acompanhamento rigoroso pós-tratamento devido à grande incidência de recaída da doença<sup>44</sup>.

Os tumores do SNC são encarados como o maior desafio para oncologia pediátrica, compreendem o segundo tipo de câncer mais comum na infância, acometendo de 19% a 27% dos tumores infantis nos países desenvolvidos. São diferenciados em ependimomas, astrocitomas,

tumores neuroectodermicos primitivos, outros gliomas, outras neoplasmas intracraniais e intraespinhas especificados, neoplasias intracranianas e intraespinhais não especificados<sup>46</sup>.

Os tumores do SNC na infância apresentam uma grande variedade histológica, têm maior probabilidade de serem disseminados ao diagnóstico e são mais embrionários que nos adultos. Estima-se uma sobrevida de cinco anos em 60% de todas as crianças diagnosticadas com tumores do SNC<sup>8</sup>.

As manifestações clínicas nas crianças com tumores do SNC variam de acordo com a localização da massa tumoral, tipo histológico, taxa de crescimento e a idade da criança, podendo ser cefaleia, vômito, alteração do humor, alteração do comportamento, alteração da marcha e coordenação, diminuição do aproveitamento escolar, papiledema, convulsões, sinais e sintomas inespecíficos de hipertensão intracraniana, estrabismo, macrocefalia, paralisia de nervos cranianos, letargia, nistagmo, hemiplegia, anorexia, *deficit* motor focal, alterações do nível de consciência e alteração visual inespecífica<sup>44</sup>.

Dos tumores abdominais, os mais frequentes nas crianças são o neuroblastoma cuja incidência varia entre 9 e 12 casos por 1000 crianças; o hepatoblastoma cuja incidência varia de 0,5 a 1,5 casos por 1000 crianças; e o nefroblastoma ou tumor de Wilms cuja incidência está em torno de 6,09 casos por 1000 crianças<sup>46</sup>.

A maioria dos tumores abdominais é assintomática, ocorrendo em crianças pequenas de 1 a 5 anos, idades em que estas não sabem referir muito bem a localização dos sintomas quando ocorrem. A confirmação diagnóstica advém de ultrassonografia, tomografia, mielograma, ressonância e biópsia. Os principais sintomas são dor abdominal crônica, massa abdominal suspeita, constipação, hematúria, hematoma abdominal, hipertensão arterial, síndrome de Cushing e aumento de volume testicular<sup>44</sup>.

Os tumores ósseos compreendem 5% de todos os tumores infantis mundialmente, e são divididos em osteossarcoma, condrossarcoma, sarcoma de Ewing, outros tumores ósseos malignos específicos e tumores ósseos inespecíficos<sup>46</sup>.

Os tumores ósseos afetam mais comumente os adolescentes, geralmente em membros inferiores, sendo a confirmação diagnóstica realizada por meio de radiografia, tomografia e ressonância. Os principais sinais da doença são rarefação e lise óssea, reação periosteal, triângulo de Codman e perda de peso<sup>44</sup>.

Os tumores de tecidos moles compreendem rhabdomyosarcoma, sarcoma embrionário, fibrossarcoma, neurofibrossarcoma e outras neoplasias fibromatosas, sarcoma de Kaposi, outros sarcomas de partes moles específicos e sarcomas de partes moles inespecíficos. Os sarcomas de partes moles são responsáveis por 4% a 8% de todos os tumores malignos na infância<sup>46</sup>.

Em relação aos tumores de partes moles, 25% das crianças apresentam doença metastática ao diagnóstico e os principais locais de acometimento são pulmões, medula óssea, ossos e linfonodos. Os principais sinais e sintomas dependem da localização do tumor. Tumor localizado no tronco, membros ou virilha apresenta como primeiro sinal geralmente presença de massa indolor; tumores localizados periorbital podem causar edema local e estrabismo; tumores de bexiga ou próstata podem causar hematuria, obstrução urinária e anal; tumores abdominais ou da pelve podem causar dor abdominal, vômitos e constipação; tumores de ductos biliares podem levar à icterícia<sup>44</sup>.

O objetivo do tratamento do câncer infantil até meados da década de 1970 era promover a cura a qualquer preço, no entanto 70% das crianças não chegavam ao fim do tratamento em virtude de óbito. As crianças que sobreviviam não eram acompanhadas em longo prazo, todavia não eram observados efeitos tardios do tratamento<sup>47</sup>.

O câncer é uma doença complexa, para se pensar no tratamento o diagnóstico deve estar muito bem concluído, deve-se identificar a natureza histológica, a magnitude e se é local ou disseminado. Os principais recursos diagnósticos utilizados são a biópsia para análise anatomopatológica, cirurgias, imagens e exames laboratoriais<sup>7</sup>.

Independente dos achados diagnósticos que ajudarão na escolha do tratamento mais adequado, o tratamento do câncer geralmente é complexo e agressivo, sendo baseado em metas reais e alcançáveis para cada tipo de câncer, em que nem sempre é possível alcançar a cura, mas, às vezes, prolongar o tempo de sobrevida da criança já se configura um sucesso terapêutico em muitos casos em que a doença é avançada ao diagnóstico e na presença de recaídas. O tratamento também apresenta como proposta o controle dos sintomas, o bem-estar e a manutenção da vida diária da criança sempre que possível<sup>7</sup>.

Para que o tratamento seja ideal, é importante que ocorra em um centro especializado, com presença de equipe multiprofissional treinada, que possa atuar conjuntamente utilizando diferentes abordagens. Nesse processo, os principais tratamentos citados na literatura são quimioterapia, radioterapia, cirurgia e transplante de medula óssea<sup>47</sup>.

A quimioterapia é uma forma de tratamento sistêmico do câncer, que usa medicamentos quimioterápicos ou antineoplásicos, administrados em intervalos regulares de acordo com os protocolos preestabelecidos em cada situação individualmente<sup>5</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde/INCA (2017)<sup>3</sup>, o tratamento quimioterápico é dividido em cinco categorias segundo a sua finalidade:

1-Quimioterapia Prévia, neoadjuvante ou citorrredutora, indicada para redução de tumores loco ou regionalmente avançados, com a finalidade de tornar os tumores ressecáveis ou melhorar o prognóstico do doente.

2-Quimioterapia adjuvante ou profilática, indicada após tratamento cirúrgico curativo, quando o paciente não apresenta mais evidência de neoplasia maligna detectável por exames físicos e exames complementares.

3-Quimioterapia curativa, indicada com a finalidade de curar pacientes com neoplasia maligna, podendo ou não ser associada com cirurgia e/ou radioterapia.

4-Quimioterapia para controle temporário da doença, indicada para tratamento de tumores sólidos, avançados ou recidivados ou neoplasias hematopoiéticas de evolução crônica. Permite aumento de sobrevida, mas sem possibilidade de cura.

5-Quimioterapia paliativa, indicada para palição de sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do paciente, mas não aumenta obrigatoriamente a sobrevida.

A radioterapia é um tratamento local ou locoregional do câncer que utiliza a radiação através de equipamentos e técnicas variadas, consiste na terapia de curta distância, com a fonte emissora de radiação se encontrando a cerca de um metro de distância do paciente. Nesse tipo de tratamento, têm-se os feixes de Raios X, Radiação Gama, elétrons de alta energia e nêutrons<sup>44</sup>. De acordo com o planejamento terapêutico, o fracionamento varia de 25 a 35 aplicações. Os principais aparelhos utilizados são cobalto-60 e aceleradores lineares<sup>43</sup>.

Desde o final do século XIX, pacientes com tumores são tratados com radiação ionizante. A descoberta dos Raios X e da radioatividade foi prontamente seguida do uso terapêutico dos mesmos. O primeiro uso terapêutico dos Raios X foi realizado em 29 de janeiro de 1896, no tratamento de uma paciente com câncer de mama. Em 1899, um carcinoma de célula basal foi curado pela radiação<sup>43</sup>.

A radioterapia pode ser indicada como tratamento exclusivo, adjuvante quando realizada após o tratamento definitivo, geralmente cirurgia ou quimioterapia, ou neoadjuvante quando realizada antes do tratamento definitivo<sup>5</sup>.

Tendo-se em vista o aspecto multidisciplinar e multiprofissional do tratamento do câncer, a autorização da radioterapia também deverá estar sempre dentro de um planejamento terapêutico global com início e fim previstos. A radioterapia em crianças e adolescentes vem sendo reduzida pelos efeitos colaterais tardios que ela acarreta ao desenvolvimento orgânico<sup>48</sup>.

Em sua fase inicial o câncer pode ser controlado e curado cirurgicamente. A cirurgia foi o primeiro tratamento a gerar resultados na doença neoplásica maligna, podendo ser realizada com finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa<sup>43</sup>.

O transplante de medula óssea é uma modalidade de tratamento mais comumente indicada como última linha de tratamento das neoplasias hematológicas, consiste na infusão intravenosa de células progenitoras hematopoiéticas com o objetivo de restabelecer a função medular nos pacientes com medula óssea danificada ou defeituosa<sup>7</sup>. O transplante de medula óssea pode ser alogênico, quando ocorre através de um doador de medula, ou autogênico quando realizado com as células do próprio paciente<sup>7</sup>.

## **2.2 Cuidados Paliativos Pediátricos**

A filosofia dos cuidados paliativos fornece um sistema de apoio que permite que a pessoa viva ativamente o quanto possível até a morte, além de fornecer à família total apoio, inclusive no processo de luto<sup>15</sup>.

Na trajetória histórica dos cuidados paliativos, observou-se que estes têm suas raízes interligadas à palavra *hospice*, que traz na sua essência um conceito de cuidado. Os hospices têm origem no século IV com a matriarca cristã Fabíola que abriu sua casa aos pobres, viajantes, famintos, sedentos e doentes, como ato de caridade, e a partir de então muitos *hospices* foram criados ainda se baseando na caridade<sup>15</sup>.

Com o passar dos séculos os cuidados paliativos foram tendo sua finalidade transformada, passaram a ser direcionados a pessoas gravemente enfermas. Na segunda metade do século XIX surge o que chamaram de movimento Hospice Moderno que se desenvolveu na Europa e nos Estados Unidos da América, nesse momento já destinado a pessoas gravemente enfermas<sup>15-49</sup>.

O termo “cuidados paliativos” surgiu através de uma inglesa chamada Dame Cicely Saunders que dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Saunders era graduada em enfermagem, serviço social e medicina, ela percebeu que a dor não é um sintoma apenas físico e a definiu em quatro dimensões que atendem à integralidade do ser, denominadas dor física, dor emocional, dor social e dor espiritual, englobando o termo por ela criado de “dor total”<sup>12-15-49</sup>.

Saunders fundou em 1967 o St. Christopher’s Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidados integrais aos pacientes desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento



psicológico. Até hoje o St. Christopher's é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa<sup>12</sup>.

A OMS conceituou cuidados paliativos pela primeira vez em 1990, desde então houve algumas atualizações, sendo a última em 2017 que o conceitua como<sup>2</sup>:

Os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida dos pacientes, adultos e crianças, que enfrentam os problemas inerentes a uma doença que ameaça a vida. Além disso, eles também melhoram a qualidade de vida de seus parentes. Os cuidados paliativos são especificados na prevenção e alívio do sofrimento através da detecção precoce e da avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais ou espirituais.

Os cuidados paliativos modernos estão organizados em graus de complexidade que se somam em um cuidado integral e ativo, em que o tratamento deve compreender o paciente e sua família, os sinais e sintomas devem ser avaliados rotineiramente, as intervenções devem ser ativas, sendo as decisões relacionadas à assistência baseadas no bem-estar dos mesmos, pacientes e famílias e com a sua participação nas decisões devem ser fornecidas por uma equipe interdisciplinar e a comunicação eficiente deve ser a base do planejamento assistencial<sup>50</sup>.

Os princípios dos cuidados paliativos são<sup>50</sup>:

- fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes, como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas;
- reafirmar a vida e a morte como processos naturais;
- integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidados do paciente;
- não apressar ou adiar a morte;
- oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente;
- oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte;
- usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Os CP são considerados exclusivos quando oferecidos a pessoas que não têm mais chances de cura da sua doença de base e não possuem plano terapêutico curativo, sendo o CP o único tratamento oferecido a partir desse momento<sup>51</sup>.

No Brasil, o movimento dos cuidados paliativos tem conquistado espaço gradativamente, tendo seus primeiros registros datados do final dos anos 80, no Rio Grande do Sul, e depois no Rio de Janeiro por meio do Instituto Nacional de Câncer, seguidos pelo Paraná, Santa Catarina e Jaú no interior de São Paulo<sup>15</sup>.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foi fundada em 2005, com o propósito de promover o ensino e a prática dos cuidados paliativos com qualidade no Brasil, não se destinando apenas a pacientes com câncer, mas a todas as pessoas portadoras de doenças crônicas<sup>15</sup>.

Em 12 de novembro de 2006, regulamentou-se a **Portaria MS/GM nº 3.150** – referente à instituição da Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos que é responsável nacionalmente por se pronunciar sobre<sup>52</sup>:

- as diretrizes nacionais sobre controle da dor e cuidados paliativos;
- as ações de controle da dor e cuidados paliativos, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública;
- as recomendações para o desenvolvimento dessas ações nas entidades públicas ou privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar;
- a atualização das normas e procedimentos do SUS referentes ao controle da dor e cuidados paliativos;
- a incorporação tecnológica para ações de controle da dor e cuidados paliativos, encaminhando parecer para a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- projetos de incentivo para ações de controle da dor e cuidados paliativos;
- a estruturação de redes de atenção na área de controle da dor e cuidados paliativos;
- a formação e qualificação de profissionais para atuação em controle da dor e cuidados paliativos;
- a avaliação de estudos e pesquisas na área de controle da dor e cuidados paliativos.

No entanto, estudo realizado pela OMS em 234 países, no ano de 2011, demonstrou que os cuidados paliativos só eram devidamente integrados em 20 países e que 42 % nem possuíam os cuidados paliativos implementados. Outro estudo realizado pelo *International Narcotics Control Board*, em 2010, concluiu que a utilização de opioides em 121 países era insuficiente ou muito insuficiente para atender às necessidades básicas no controle da dor<sup>2</sup>.

Em novembro de 2018, publicou-se no Brasil a Resolução nº 41 que “Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)”. Essa Resolução vem integrar os CP à Rede de Atenção à Saúde no SUS, ou seja, desde a atenção básica até a atenção terciária, são elegíveis aos CP, de acordo com essa resolução, toda pessoa afetada por uma doença que ameaça a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico dessa condição<sup>53</sup>.

A Resolução 41<sup>53</sup> é recente e o Brasil ainda está em processo de organização para que ela se faça presente na prática. Muito ainda precisa ser feito no âmbito das políticas públicas mundiais, na capacitação dos profissionais e na conscientização da população acerca dos seus direitos para

que as pessoas que enfrentam doenças ameaçadoras da vida possam desfrutar de cuidados paliativos efetivos, que favoreçam melhoria em sua qualidade de vida.

### **2.3- Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica**

O cuidado intensivo surgiu na guerra da Crimeia em 1854, quando Florence Nightingale entendeu a necessidade de separar os soldados mais enfermos e mantê-los em observação, além de outras medidas, diminuindo consideravelmente os índices de mortalidade geral<sup>54</sup>.

Os Centros de Terapia Intensiva (CTI) surgiram na década de 1960, durante a guerra do Vietnã, onde os soldados gravemente feridos, correndo risco de morte, eram direcionados a locais específicos e tratados por médicos e enfermeiros experientes, porém de forma improvisada<sup>3</sup>.

Nessa época não existia distinção entre CTI adulto e CTI pediátrico, ambos eram tratados juntos, no entanto, entendendo que as crianças e os adolescentes necessitam de cuidados diferenciados, o Sabará Hospital Infantil implementou, em 1974, o primeiro CTI pediátrico e neonatal do Brasil<sup>55</sup>.

Hoje, os CTIs são altamente especializados em recursos materiais e humanos, possuem como função principal a restauração da saúde e da vida a partir da combinação de cuidados intensivos e interdisciplinares em atendimento ao cliente grave<sup>3</sup>.

Entretanto, os CTIs passaram a receber também pacientes portadores de doenças crônicas, por vezes incuráveis, com intercorrências clínicas das mais diversas e que recebem os mesmos cuidados destinados aos agudamente enfermos<sup>9</sup>. Infelizmente, para os doentes crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário ou vegetativo<sup>9</sup>.

A realização de cuidados paliativos no CTIP é um desafio, em razão da ampla disponibilidade de tecnologias para suporte da vida. Em relação às crianças/adolescentes portadores de doenças crônicas, o objetivo do CTI não deve apenas promover tratamento agressivo, deve-se ajudar nas tomadas de decisões sábias no que se refere ao final da vida<sup>56</sup>.

Durante o tratamento de uma criança ou adolescente em estado terminal no CTIP, muitas das medidas restaurativas ou curativas podem ser consideradas fúteis, ou seja, “intervenção que não atenda ou que seja incoerente com os objetivos propostos no tratamento de um determinado doente”, tais como nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal

substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e, inclusive, a internação ou permanência do paciente no CTI<sup>57</sup>.

Segundo Moritz, Lago, Souza, et al (2008), são ações paliativas no CTI<sup>57</sup>:

#### **Planejamento e ação**

- Todas as ações de prevenção e terapêuticas devem ser planejadas com a participação da família-paciente e da equipe assistencial.
- Privilegiar a adequada comunicação.
- Fornecer apoio aos envolvidos no processo (familiares e funcionários).
- Permitir flexibilidade das visitas e, se possível, um acompanhante.

#### **Controle dos sintomas e promoção do conforto ao paciente**

- A prevenção e tratamento da dor devem ser incorporados como rotinas dos cuidados intensivos.
- O alívio da dor deve ser garantido mesmo nas situações de duplo efeito da medicação.
- Reconhecer e tratar os aspectos físicos e psicológicos da dispneia e da dor.

#### **Visar ao bem-estar do doente, e não à maleficência**

- Suspensão de tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer (Exemplo: drogas vasoativas, métodos dialíticos, nutrição parenteral total).
- Adequação dos tratamentos não fúteis (Exemplo: sedo-analgesia individualizada, reavaliação do suporte ventilatório).

A criança e o adolescente estão em pleno desenvolvimento, em detrimento disso a equipe tende a oferecer mais chances para sua recuperação em comparação com a população adulta proporcionando geralmente maior sofrimento, reafirmando, dessa forma, a necessidade da implementação precoce de cuidados paliativos, principalmente nessa faixa etária<sup>58</sup>.

Os cuidados paliativos devem promover uma mudança no foco da abordagem do paciente, tornando possível a qualidade de vida durante o tratamento, qualidade no fim da vida ou qualidade da morte<sup>58</sup>. Lembrando que junto ao paciente pediátrico está a sua família que deve estar inserida no planejamento e nas intervenções propostas pela equipe.

A criança não está sozinha, a família está presente em todos os momentos participando do processo de adoecimento, tratamento e internações, principalmente nas últimas décadas em que a presença da família tornou-se fundamental pela estimulação da prática da humanização do cuidado e as exigências legais consolidadas pelo ECA, que tornou a permanência dos pais no ambiente hospitalar um direito da criança e do adolescente<sup>59</sup>.

Nesse contexto, a família é constituída primeiramente pelos pais, mas inclui também os irmãos, os avós e a família extensa, dependendo do envolvimento que têm com o tratamento da criança doente<sup>13</sup>. Família é definida “como uma pequena sociedade humana cujos componentes têm objetivos comuns, regras, laços emocionais e uma história compartilhada”<sup>13</sup>.

Esses laços emocionais tornam a presença do câncer um fator de desestruturação familiar através da dor e do sofrimento. Devemos entender o paciente pediátrico como uma extensão da sua família, sendo ela fundamental para sua recuperação<sup>60</sup>.

Cada família apresenta uma forma de lidar com o enfrentamento da descoberta do câncer e da hospitalização. É, por conseguinte, crucial que elas recebam todas as orientações necessárias acerca da doença e do tratamento, as suas dúvidas sanadas, a fim de minimizar a insegurança e o sentimento de culpa<sup>61</sup>.

Nesse processo de adaptação e enfrentamento da doença, muitas fases precisam ser transpostas pelos familiares, tais como buscar enfrentar o tratamento, manter a integridade da família e o bem-estar emocional, estabelecer suporte mútuo e a busca por respostas espirituais<sup>59</sup>.

O tratamento em cuidados paliativos deve se aproximar de uma visão holística, abrangendo as dimensões físicas, psicológicas e espirituais do paciente e os seus familiares<sup>13</sup>. Assim sendo, a enfermagem enquanto membro da equipe multiprofissional deve inserir no PE fornecer suporte à família, ajudar no que for necessário para favorecer a manutenção emocional e social dessa família com menos sofrimento.

#### **2.4- Sistematização da Assistência de Enfermagem/Processo de Enfermagem/Sistema de Linguagens Padronizadas**

A SAE auxilia o enfermeiro a aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes, podendo oferecer segurança e direcionamento para as atividades realizadas, contribuindo para maior credibilidade e conseqüentemente maior autonomia e satisfação profissional<sup>62</sup>. A SAE torna possível a operacionalização do PE.

O PE “é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional”<sup>4</sup>. A utilização do PE é obrigatória em todos os ambientes onde há enfermeiros no exercício da profissão, no entanto a sua realização sem a padronização das ações pode favorecer o exercício da imperícia, negligência e da imprudência<sup>63</sup>.

A utilização de instrumentos assistenciais em enfermagem, como forma de padronização da assistência, traz algumas vantagens, por exemplo, maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade no cuidado, melhora na tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso racional dos recursos disponíveis, maior transparência e controle de custos<sup>63</sup>.

O histórico de enfermagem é a primeira etapa do PE. Através do histórico o enfermeiro tem a possibilidade de conhecer o cliente e identificar as suas necessidades, aplicando a anamnese e o exame físico. O mesmo deve ser realizado de forma sistematizada, de preferência no sentido céfalo-plantar para que o enfermeiro consiga diagnosticar os problemas e traçar uma estratégia de intervenção<sup>64</sup>.

A execução da anamnese e exame físico na criança/adolescente em CP deve proporcionar ao enfermeiro identificar necessidades que abrangem as quatro dimensões que compõem a existência humana, denominadas por Cicely Saunders como dor física, dor emocional, dor social e dor espiritual<sup>12-15-49</sup>.

Portanto, a criança/adolescente e sua família enfrentando uma doença ameaçadora da vida como o câncer apresentam sofrimento existencial da perda mesmo antes de os sintomas físicos da doença ou tratamento surgirem pela estima da morte que o câncer apresenta na sociedade. Na sequência do tratamento há o sofrimento físico intenso, problemas sociais, por vezes importantes, e a espiritualidade e/ou religiosidade que, quando presentes ou ausentes, podem influir com sofrimento<sup>15</sup>.

Por esse motivo, o histórico de enfermagem foi elaborado neste estudo objetivando seguir os princípios e os objetivos dos CP descritos pela OMS<sup>2</sup>. O mesmo deve orientar os enfermeiros a identificar respostas humanas oriundas da natureza física, social, psicológica e espiritual. As demais etapas do PE, que compreendem o diagnóstico, as intervenções e os resultados de enfermagem, foram elaboradas utilizando-se o SLP NANDA-I-NIC-NOC.

A NANDA-I foi criada em 1982 e classificava os diagnósticos através da Taxonomia I em nove categorias, em 2000 foi definida a Taxonomia II contendo 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos<sup>65</sup>. Desde então a cada dois anos nova edição da NANDA-I é lançada trazendo modificações oriundas de pesquisas realizadas no período. A última edição 2018-2020 traduzida no Brasil possui 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos<sup>66</sup>.

De acordo com a NANDA-I, os enfermeiros não tratam doenças, e sim respostas humanas advindas de problemas de saúde. Os diagnósticos podem ser voltados a um problema, um estado de promoção da saúde ou de risco potencial<sup>65</sup>.

Compõem os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I o título do diagnóstico, a definição do diagnóstico que deve ser clara e precisa, as características definidoras que são fatores observáveis ou manifestações de um diagnóstico e os fatores relacionados, que parecem mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico<sup>65</sup>.

Com a padronização dos diagnósticos de enfermagem, observou-se a necessidade da padronização também das intervenções de enfermagem e seus respectivos resultados esperados e uma forma de avaliação dos mesmos.

Nesse ínterim, pesquisadores da Universidade de Iowa iniciaram as pesquisas relacionadas à construção da NIC em 1987, “várias etapas e diversos métodos de pesquisa foram utilizados na sua construção, análise de conteúdo, revisão com grupos focais e questionários a especialistas foram utilizados”. A primeira edição foi lançada em 1992<sup>65</sup>.

A NIC constitui-se de “um agrupamento das intervenções com base em semelhanças, o que pode ser considerado uma organização sistemática”. A sua organização consiste de três níveis: domínios, classes e intervenções. A sexta edição da NIC possui 554 intervenções, organizadas em 7 domínios e 30 classes<sup>67</sup>.

De acordo com a NIC, seis fatores devem ser avaliados na escolha de uma intervenção de enfermagem: os resultados desejados do paciente; características do diagnóstico de enfermagem; base de pesquisas para a intervenção; viabilidade para a realização da intervenção; aceitabilidade para o paciente; e capacidade do enfermeiro. A estrutura da intervenção da NIC contém um título, uma definição conceitual e uma lista de atividades/ações que poderão ser realizadas pela enfermagem<sup>67</sup>.

Em 1991 foi lançada a NOC por pesquisa realizada na Universidade de Iowa, onde vasta revisão de literatura com o propósito de identificar indicadores e resultados do paciente, influenciados pelas ações da enfermagem, foi realizada para se criar esse sistema de avaliação das intervenções de enfermagem<sup>68</sup>.

A NOC é “uma organização sistemática dos resultados divididos em grupos ou categorias baseadas em suas semelhanças, diferenças e relações entre os resultados ... está dividida em cinco

níveis: domínios, classes, resultados, indicadores e medidas”. A quinta edição da NOC está estruturada em 490 resultados de enfermagem em 7 domínios e 32 classes<sup>69</sup>.

A NOC contém resultados para indivíduos, cuidadores, família e comunidade que podem ser usados em diferentes locais e especialidades clínicas<sup>70</sup>. Na estrutura dos resultados da NOC, encontram-se um título, a sua definição, uma lista de indicadores com uma escala Likert<sup>70</sup>, que serve para o enfermeiro avaliar os resultados dos pacientes e rever sua intervenção se necessário.

A NANDA-I em parceria com a NIC e a NOC criaram uma terminologia comum NANDA-NIC-NOC (NNN)<sup>65</sup>, facilitando a ligação dos diagnósticos da NANDA-I com as intervenções de enfermagem da NIC e as avaliações dos resultados de enfermagem da NOC.



## 3-MÉTODOS

### 3-1 Tipo de Estudo

Configura-se como um estudo de elaboração e validação de instrumento assistencial de enfermagem de cuidados paliativos em oncologia pediátrica nos moldes do PE, utilizando o SLP NANDA-I-NIC-NOC, e do tipo pesquisa metodológica com abordagem quantitativa, utilizando a ferramenta mapeamento cruzado.

“Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa”, envolvem em sua maioria estudos não experimentais com foco no desenvolvimento de novos instrumentos, que devem ser confiáveis, precisos e utilizáveis na prática<sup>71</sup>.

A validação consiste em avaliar se o instrumento atende às demandas propostas. “Validar mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida é todo um processo de investigação. O processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade e deve ser repetido inúmeras vezes para o mesmo instrumento<sup>72</sup>.”

Quando se fala em validação de instrumentos de medidas, as técnicas mais conhecidas são validade de conteúdo, validade de aparência, validade de critério e validade de constructo<sup>70</sup>.

Nesta pesquisa, atendemos à primeira etapa de validação de conteúdo, que determina a representatividade dos itens que expressam o conteúdo, baseada no julgamento de especialistas na área específica da pesquisa. Isso significa que a validação de conteúdo determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado<sup>72</sup>.

O mapeamento cruzado é uma ferramenta metodológica caracterizada como um processo de explicar ou expressar algo, através do uso de palavras com significado igual ou semelhante<sup>19</sup>, sendo utilizado para mapear dados da equipe de enfermagem não padronizados com a linguagem padronizada da NANDA-I. Para tal, valorizou-se o detalhamento das regras a serem adotadas para comparação dos termos, os quais poderão sofrer adaptações necessárias ao longo da investigação<sup>73</sup>.

A utilização do mapeamento cruzado pode ser útil na análise das linguagens de enfermagem não padronizadas, a exemplo de estudos anteriores nos quais foram realizadas comparações entre

as informações existentes nos prontuários dos pacientes e as classificações de referência para a prática da enfermagem trazendo bons resultados<sup>19</sup>.

Por conseguinte, essa ferramenta metodológica foi adequada para mapear os diagnósticos de enfermagem presentes em crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos internados em um CTIPO a fim de padronizar os registros de enfermagem através de um instrumento e contribuir para o avanço da profissão.

### **3.2- Caracterização do local do estudo**

O cenário escolhido foi uma das unidades do Instituto Nacional de Câncer, que é uma instituição federal de referência no tratamento oncológico localizado na cidade do Rio de Janeiro.

Apenas uma unidade entre as cinco pertencentes a essa instituição possui setores específicos de internação a crianças e adolescentes de zero a 18 anos incompletos para investigação diagnóstica e tratamento curativo e paliativo de câncer.

As internações de crianças e adolescentes no CTIPO ocorrem em situações de complicação do câncer, pós-operatório de cirurgias diversas ou quando necessitam de tratamento intensivo e/ou observação rigorosa.

Essa instituição se caracteriza por cumprir as prerrogativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, no que concerne ao direito de permanecer com acompanhante durante as 24 horas da sua internação, também no CTIPO<sup>1</sup>.

O CTIPO é composto de seis leitos individualizados, separados por paredes laterais, totalmente equipado com monitores, ventiladores, bombas de infusões parenterais, carrinhos contendo diversos materiais de uso imediato, como gaze, sondas de aspiração, seringas, agulhas, etc., televisão para distração de crianças e adolescentes não sedados e acompanhantes, cama para acompanhante em todos os leitos.

A unidade dispõe também de posto multiprofissional centralizado, permitindo visão geral dos leitos, expurgo, sala para armazenamento de materiais, sala destinada à preparação de medicamentos, três banheiros, um destinado aos acompanhantes e dois para a equipe multiprofissional, duas copas, uma destinada às refeições dos acompanhantes e uma para as refeições da equipe multiprofissional, e dois quartos, sendo um destinado ao descanso da enfermagem e um ao descanso médico em período noturno de trabalho.

Em relação à equipe multiprofissional, a unidade dispõe de dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e um médico em regime de plantão nas 24 horas, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois médicos, dois residentes de medicina e um fisioterapeuta diaristas, um fisioterapeuta plantonista 12 horas diurno, oferecem assistência também um nutricionista duas vezes por dia e outros médicos especialistas em diversas áreas quando solicitados.

### **3.3- Seleção de amostra do estudo**

Para seleção da amostra do estudo, fez-se, inicialmente, uma busca por todas as internações de crianças e adolescentes que estiveram no CTIPO entre primeiro de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2018 no sistema informatizado de internação do INCA.

Posteriormente, identificaram-se aqueles que atendiam aos seguintes critérios de inclusão da amostra: internações com discriminação médica clara que a criança ou adolescente encontrava-se fora de possibilidades curativas atuais (FPCA), fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA), em cuidados paliativos (CP) ou cuidados paliativos exclusivos (CPE), considerando que no passado os pacientes eram encaminhados a cuidados paliativos apenas quando esgotavam-se as terapêuticas curativas e se tratou de uma pesquisa retrospectiva, ou seja, apenas internações que apresentavam com clareza que as crianças ou adolescentes não recebiam mais cuidados curativos para a doença.

Foram excluídos da amostra internações pertencentes a pessoas com mais de 18 anos no período da internação, internações cujos relatos foram ilegíveis ou que não foram localizados por alguma razão, visto que o tempo de recorte da pesquisa foi grande e os prontuários somente passaram a ser eletrônicos no CTIPO no ano de 2017.

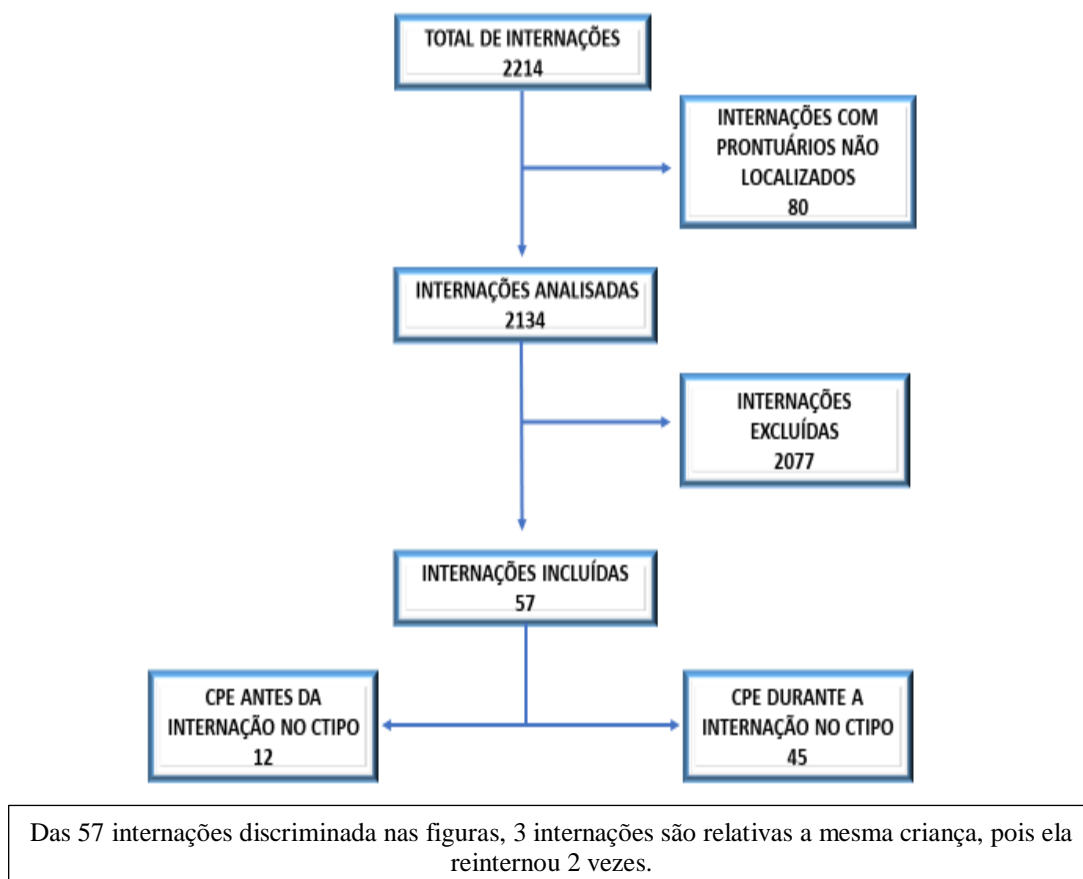
Para operacionalização dessa etapa, utilizou-se uma planilha de Excel contendo prontuário, nome e data de entrada e saída de todas internações de crianças ou adolescentes no CTIPO, assim identificaram-se 2214 internações no período; em seguida, a lista foi colocada em ordem alfabética através de uma ferramenta do programa Excel, facilitando a identificação das reinternações em períodos diferentes e favorecendo a identificação do número total de prontuários (1148).

Todos os 1148 prontuários foram solicitados para verificação dos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Das 2214 internações de crianças e adolescentes, 57 constituíram a amostra do

estudo. Dentre estas, em 12 internações a indicação de cuidado paliativo exclusivo foi feita antes da admissão no CTIPO e em 45 a indicação aconteceu durante a internação no CTIPO.

Segue discriminado na Figura 1 o fluxograma da seleção da amostra do estudo.

**FIGURA 1 – Seleção da amostra do estudo. Niterói, RJ (2019).**



### 3.4- Coleta dos dados

A coleta dos dados respeitou três etapas:

**1º Etapa – Mapeamento Cruzado dos termos não padronizados encontrados nos prontuários com o SLP da NANDA-I**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2018 e fevereiro de 2019. Os prontuários ficavam armazenados em uma unidade específica em que a pesquisadora não tinha acesso, portanto, seguindo as normas da instituição, ela solicitava 20 prontuários por vez ao responsável do arquivo e estes eram disponibilizados em torno de dois a três dias para pesquisa em sala de estudo reservada para esse fim. Após cada dia de pesquisa, os prontuários eram devolvidos e outros solicitados.

Para a coleta dos dados nas internações incluídas, utilizou-se um instrumento norteador (Apêndice 2), que garantiu a padronização e a sequência lógica na coleta dos termos encontrados. Das 2214 internações dentro do recorte temporal, 2134 (97%) foram analisadas e 80 (0,3%) não foram localizadas.

Analisaram-se os registros de enfermagem presentes 24 horas após a internação, considerando ser este um período mínimo para estabilização da criança ou adolescente no CTIPO, ou após a descrição médica de FPCA/FPTA/CP/CPE no prontuário quando isso ocorreu depois da sua internação na unidade. Foram analisados 48 horas de evolução ou relatos de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Para as internações selecionadas, coletaram-se as informações referentes a diagnóstico, data do diagnóstico, sexo, idade, data onde foi considerado (FPCA, FPTA, CP ou CPE) e a data do óbito quando presente.

Analisaram-se as evoluções e anotações de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem) e considerados os termos encontrados, de acordo com o instrumento de coleta de dados (Apêndice 2), que consiste na identificação dos termos de enfermagem que se enquadraram entre um dos 13 domínios e 47 classes presentes na NANDA-I. Todavia, localizamos e transcrevemos 333 (100%) termos dos prontuários, que estão dispostos na íntegra, bem como a quantidade em que apareceram no apêndice 8,5.

A etapa de mapeamento cruzado dos dados foi baseada em estudo realizado por Zielstorff, Cimino, Barnett, Hassan e Blewett (1993), intitulado Representation of Nursing Terminology in the UMLS Metathesaurus: a pilot study, que objetivou verificar se o Metathesaurus (Meta) da National Library of Medicine - Sistema Unificado de Linguagem Médica (UMLS) incluía terminologia relevante para a prática de enfermagem clínica. Para isso, utilizaram as linguagens de enfermagem NANDA- I e Omaha System para realizar o mapeamento com o UMLS<sup>74</sup>.

Essa metodologia foi reproduzida por Silva e Cavalcante (2012), em pesquisa de dissertação de mestrado intitulada “Protocolo de Cuidados de Enfermagem para Crianças com cardiopatias congênitas: uma proposta baseada em NANDA-NOC-NIC”, na qual as autoras elaboraram um protocolo de cuidados de enfermagem para as crianças com cardiopatias congênitas, a partir de suas respostas no cotidiano hospitalar, tendo como base as linguagens padronizadas, utilizando o mapeamento cruzado das características definidoras dos diagnósticos da NANDA-I com termos exatos, sinônimos ou conceitos similares encontrados nos prontuários incluídos no estudo<sup>75</sup>.

Para tal, consideraram-se, para descrição dos termos no instrumento (Apêndice 8.5), termos que possuíam alguma identificação ou semelhança que caracterizava esses domínios ou classes, por exemplo, insônia (NANDA-I) X dificuldades para dormir (evolução ou anotação de enfermagem).

Dos 333 termos encontrados, 158 (47,4%) foram incluídos no mapeamento através da análise de combinação exata (quando os termos encontrados combinaram exatamente com os termos do sistema de classificação da NANDA-I 2018-2020) e da combinação parcial (quando os termos encontrados foram similares ou sinônimos aos termos do sistema de classificação da NANDA-I 2018-2020). Não foram utilizados (excluídos) 175 (52,5%) termos por não apresentarem nenhuma similaridade com os termos da NANDA-I.

## **2º Etapa – Validação do mapeamento cruzado**

O mapeamento dos diagnósticos foi encaminhado para avaliação de enfermeiros especialistas/juízes buscando a concordância ou não em relação a cada diagnóstico mapeado, almejando-se com isso uma validação de conteúdo.

Quanto aos juízes, Linn<sup>75</sup> recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez juízes para a validação, selecionados considerando os seguintes critérios: ter experiência clínica; publicar e pesquisar sobre o tema; ser perito na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre o processo de validação<sup>76</sup>.

Nesse sentido, para inclusão dos juízes, foram selecionados os que alcançaram no mínimo cinco pontos utilizando os seguintes critérios adaptados de Fehring (1987)<sup>77</sup>:

**Quadro 3** – Sistema de classificação de juízes especialistas<sup>77</sup>. Niterói, RJ (2019).

<b>Qualificação dos juízes</b>	<b>Pontuação</b>
Título de doutor	4 pontos
Título de mestre	3 pontos
Publicação em periódico indexado sobre a temática de interesse do estudo	2 pontos
Especialização na área de interesse do estudo	2 pontos
Prática clínica de no mínimo cinco anos na área de interesse do estudo	2 pontos
Participação em evento científico nos últimos dois anos sobre a temática de interesse do estudo	1 ponto

Cabe destacar que com base nos critérios citados foram selecionados intencionalmente cinco juízes especialistas. A busca desses juízes foi feita através da indicação de profissionais atuantes nas áreas de PE e CP.

Após a indicação, o currículo lattes do possível juiz foi analisado para confirmação dos critérios mínimos e, posteriormente, foi feito convite pessoalmente para participação na pesquisa. Aos que aceitaram participar foram fornecidas pela pesquisadora principal as orientações pertinentes aos objetivos da pesquisa e respondidas todas as dúvidas que surgiram, também foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para ser assinado e o instrumento de validação (APÊNDICE 9.3 e 9.5).

Os participantes apresentaram sua opinião respondendo a uma escala de valores do tipo Likert, na qual indicaram em que grau concordaram ou discordaram com a escolha dos diagnósticos mapeados.

A escala de valores do tipo Likert, que foi utilizada para a obtenção das médias das respostas, constou dos termos encontrados nos prontuários, interligados às características definidoras (CD), fatores relacionados (FR) e condições associadas (CA) com os diagnósticos escolhidos. Os respondentes indicaram o grau de concordância assinalando a escala. A pontuação foi descrita como: 1 = muitíssimo pertinente; 2 = muito pertinente; 3 = pertinente; 4 = pouco pertinente; e 5 = nada pertinente.

### 3º Etapa – Construção do Instrumento

Nessa etapa, elaborou-se um histórico de enfermagem contendo as quatro dimensões dos CP de acordo com o seu conceito pela OMS: “Os cuidados paliativos são especificados na prevenção e alívio do sofrimento através da detecção precoce e da avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, **físicos, psicossociais ou espirituais**”<sup>2</sup>.

Realizou-se a ligação NANDA-I-NIC e NANDA-I-NOC aos diagnósticos validados pelos juízes, contemplando a elaboração final do instrumento nos moldes do PE, contendo as etapas do histórico, diagnóstico, intervenção e os seus respectivos resultados esperados.

#### 3.5- Análise dos dados

A partir dos dados coletados foi construído um banco de dados em planilha eletrônica que foi analisado através do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0, e do aplicativo Microsoft Excel 2007.

Para caracterização da amostra e análise descritiva do comportamento das variáveis, os dados foram sintetizados por meio de estatísticas descritivas (mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação –  $CV$ ), gráficos e distribuições de frequências. A variabilidade da distribuição de uma variável quantitativa foi considerada baixa se  $CV < 0,20$ ; moderada se  $0,20 \leq CV < 0,40$ ; e alta se  $CV \geq 0,40$ .

Na análise inferencial de variáveis qualitativas, para verificar a associação entre dois fatores, utilizou-se o Teste qui-quadrado e quando este se mostrou inconclusivo e foi adequado, usou-se o Teste Exato de Fisher. Na análise Inferencial de Variáveis Quantitativas, dado o pequeno tamanho amostral de um dos subgrupos (menor que 30), a comparação de dois grupos independentes foi feita pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney.

A análise de sobrevivência dos pacientes, desde o diagnóstico e início do tratamento paliativo, foi feita pela metodologia de Kaplan-Meier. O tempo de sobrevivência de crianças e adolescentes foi comparado pelo Teste de Breslow e teste de Tarone-Ware.

A avaliação dos peritos em identificar características definidoras do diagnóstico foi validada pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento, sendo calculado



pela proporção de respostas iguais a 4 ou 5 na escala Likert. O diagnóstico proposto foi considerado validado pelos juízes se IVC fosse maior ou igual a 0,80.

Todas as discussões acerca dos testes de significância serão realizadas considerando o nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, será adotada a seguinte regra de decisão nos testes estatísticos: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste for menor que 0,05. O nível de confiança dos intervalos de confiança será de 95%. Nos testes que fornecem os p-valores assintóticos e exatos serão considerados os p-valores exatos. Detalhes da metodologia proposta de estatística descritiva e inferencial podem ser encontrados em Trivola (2008), Fávero et al. (2009) e Medronho et al (2009)<sup>78-79-80</sup>.

### **3.6- Aspectos éticos da pesquisa**

Atendendo ao disposto na resolução nº 466 do Conselho Nacional de saúde, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos<sup>81</sup>, a presente pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal Fluminense (UFF) e ao comitê de ética do Instituto Nacional do Câncer (INCA) onde a pesquisa foi realizada, obtendo aprovação total em novembro de 2018 com os seguintes CAAE, respectivamente: 91408618.4.0000.5243 e 91408618.4.3001.5274.

Aos participantes enfermeiros especialistas que atuaram como juízes na validação da pesquisa foi oferecido esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa, sua identidade e seus dados pessoais, e as informações prestadas em detrimento das respostas da escala Likert estão sendo mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Ofereceu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para autorização por escrito.

Em relação aos prontuários das crianças e adolescentes que foram utilizados na coleta de dados, considerando que todos os dados foram manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes da pesquisa, que os resultados decorrentes do estudo estão sendo apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, em se tratando de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa e conseqüentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos e por se tratar de prontuários de crianças

e adolescentes cujos meios terapêuticos com propósito de cura foram interrompidos, permanecendo apenas os cuidados paliativos exclusivos, e que por conseguinte, no período de recorte da pesquisa (últimos dez anos), a maioria dessas crianças e adolescentes já havia falecido, salvaguardados os familiares, o Comitê de Ética em Pesquisa aprovou a isenção da aplicação do TCLE.

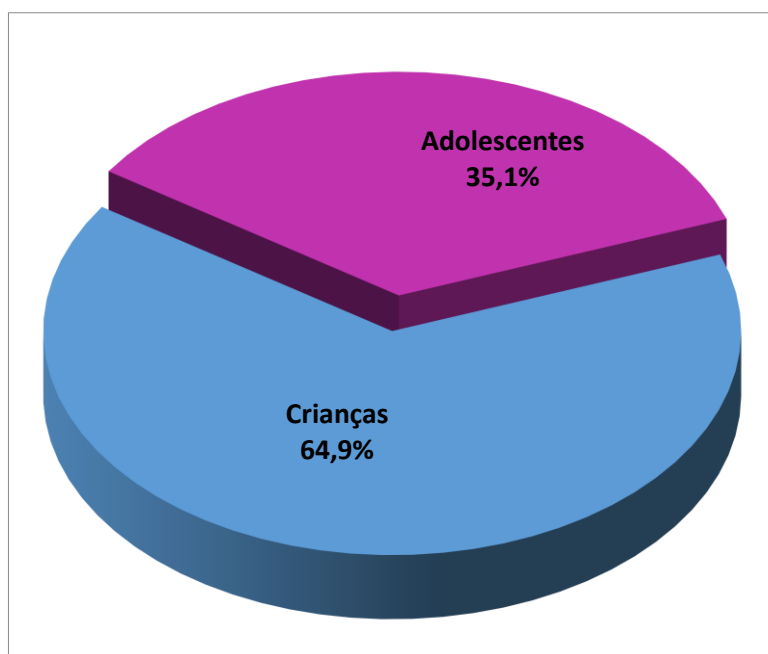
## 4- RESULTADO

O presente estudo é baseado em uma amostra de 57 internações de crianças/adolescentes que estiveram no CTIPO em CPE entre os anos de 2008 e 2018.

### 4.1- Perfil das Crianças/Adolescente

Nessa seção, objetiva-se caracterizar o perfil clínico-demográfico das crianças/adolescentes internados no CTIPO em CPE. Das 57 internações, 37 eram crianças, com idade menor que 12 anos (64,9%) e 20 (35,1%) eram adolescentes, com idade maior ou igual a 12 anos e menor que 18 anos, conforme mostra distribuição da Figura 2.

A diferença entre essas proporções é significativa sob o ponto de vista estatístico (p-valor=0,034 do teste Binomial), ou seja, o predomínio de crianças observado na amostra é significativo. Assim sendo, pode-se afirmar que na população de pacientes oncológicos pediátricos em CPE, a proporção de crianças é maior que a proporção de adolescentes.



**Figura 2 – Distribuição de Crianças e Adolescentes internados no CTIPO em CPE. Niterói, RJ (2019).**

A Tabela 1 mostra as distribuições de frequências de variáveis que caracterizam as crianças/adolescentes internados no CTIPO em CPE, global e por grupo etário. Foi evidente que o município de origem das crianças/adolescentes é bem variado dentro do estado do Rio de Janeiro, com 3 casos de crianças/adolescentes de outros estados (1 caso de São Paulo/SP; 1 caso de Juiz de Fora/MG e 1 caso de Maceió/AL). A maior frequência é de crianças/adolescentes oriundos da cidade do Rio de Janeiro (31,6%). Há também considerável frequência de outros municípios da região metropolitana, que compreendem 42,2% da amostra. Comparando as distribuições de frequências nos grupos de crianças e adolescentes, destaca-se a diferença observada entre as proporções de casos do Rio de Janeiro. Entre as crianças, têm-se 43,2% dos casos da cidade do Rio de Janeiro, entre os adolescentes o percentual de casos do Rio de Janeiro é bem menor, somente 10,0%, ou seja, o município do Rio de Janeiro tem grande participação como município das crianças em CPE, mas entre os adolescentes não se destaca.

As crianças/adolescentes dessa amostra, no global, tinham por características de maiores frequências: sexo feminino (57,9%), da igreja evangélica (38,6%) ou católica (35,1%) e idade de 1 a 4 anos (33,3%). Não há diferença significativa entre a distribuição de sexo dos pacientes no grupo de crianças e no grupo de adolescentes ( $p$ -valor=0,813 do teste qui-quadrado). Não é possível executar um teste qui-quadrado conclusivo para comparar a distribuição de igrejas que os pacientes seguem nos grupos de crianças e adolescentes devido à grande variedade de respostas para tão pequenas amostras. Naturalmente, há diferença significativa entre as distribuições de idade de crianças e adolescentes ( $p$ -valor=0,000 do teste de Mann-Whitney). Entre as crianças, a faixa etária mais frequente é a de 1 a 4 anos (51,3%) e entre os adolescentes é a de 15 a 18 anos (55,0%).

Quanto às frequências dos diagnósticos das crianças/adolescentes, observa-se que o diagnóstico mais frequente é o Neuroblastoma (26,3%). Destacam-se também, com frequências maiores que 5%, os diagnósticos de Rbdomiossarcoma (12,3%), Retinoblastoma (12,3%) e Leucemia (8,8%). As tabelas mostram que as frequências da maioria dos tipos de tumores não diferem mais que 5% nos subgrupos de crianças e adolescentes, mostrando que esses tipos de tumores não devem ser associados ao grupo etário. Entretanto, convém notar as evidências de associação de alguns tipos de tumores com grupos etários para os tipos de tumores em que a diferença de prevalências dos grupos etários é maior que 10%:

- Neuroblastomas são bem mais prevalentes em crianças do que em adolescentes em CPE. Enquanto a prevalência de Neuroblastomas entre as crianças da amostra é de 40,5%, entre os adolescentes é de 0,0%.
- Tumores do SNC são mais prevalentes em adolescentes do que em crianças em CPE. Enquanto a prevalência desses diagnósticos entre as crianças da amostra é de 13,5%, entre os adolescentes é de 30,0%.
- Rbdomiossarcomas são mais prevalentes em adolescentes do que em crianças em CPE. Enquanto a prevalência de Rbdomiossarcomas entre as crianças da amostra é de 5,4%, entre os adolescentes é de 25,0%.
- Retinoblastomas são mais prevalentes em crianças do que em adolescentes em CPE. Enquanto a prevalência de Retinoblastomas entre as crianças da amostra é de 18,9%, entre os adolescentes é de 0,0%.

**Tabela 1 – Características das crianças/adolescentes internados no CTIPO em CPE, global e por grupo etário. Niterói, RJ (2019).**

Variável	Global n=57		Crianças n=37		Adolescentes n=20		p-valor do teste comparando as distribuições da variável nos grupos crianças e adolescentes
	F	%	F	%	F	%	
<b>Município de Origem</b>							
Não informado	5	8,8%	3	8,1%	2	10,0%	Teste não conclusivo
Rio de Janeiro	18	31,6%	16	43,2%	2	10,0%	
Região metropolitana	24	42,2%	14	37,8%	10	50,0%	
Região do Médio Paraíba	3	5,3%	2	5,4%	1	5,0%	
Angra dos Reis	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%	
Arraial do Cabo	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%	
Campos dos Goyatacazes	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%	
Friburgo	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%	
Juiz de Fora	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%	
Maceió	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%	
São Paulo	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%	
<b>Sexo</b>							
<b>Feminino</b>	<b>33</b>	<b>57,9%</b>	<b>21</b>	<b>56,8%</b>	<b>12</b>	<b>60,0%</b>	
<b>Masculino</b>	<b>24</b>	<b>42,1%</b>	<b>16</b>	<b>43,2%</b>	<b>8</b>	<b>40,0%</b>	
<b>Igreja que segue</b>							Teste não conclusivo
Não respondeu	5	8,8%	3	8,1%	2	10,0%	
<b>Católica</b>	<b>20</b>	<b>35,1%</b>	<b>14</b>	<b>37,8%</b>	<b>6</b>	<b>30,0%</b>	
Cristã	4	7,0%	2	5,4%	2	10,0%	
<b>Evangélica</b>	<b>22</b>	<b>38,6%</b>	<b>13</b>	<b>35,1%</b>	<b>9</b>	<b>45,0%</b>	
Não tem religião	4	7,0%	4	10,8%	0	0,0%	

Outras	2	3,5%	1	2,7%	1	5,0%	
<b>Idade</b>							
<b>1  — 4</b>	<b>19</b>	<b>33,3%</b>	<b>19</b>	<b>51,3%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	0,000 <sup>b</sup>
4  — 8	12	21,1%	12	32,4%	0	0,0%	
8  — 12	6	10,6%	6	16,2%	0	0,0%	
12  — 15	9	15,9%	0	0,0%	9	45,0%	
<b>15  — 18</b>	<b>11</b>	<b>19,3%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>11</b>	<b>55,0%</b>	
<b>Diagnóstico</b>							
<b>Neuroblastoma</b>	<b>15</b>	<b>26,3%</b>	<b>15</b>	<b>40,5%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	Teste não conclusivo
Tumor de SNC	11	19,3%	5	13,5%	6	30,0%	
Rabdomiossarcoma	7	12,3%	2	5,4%	5	25,0%	
Retinoblastoma	7	12,3%	7	18,9%	0	0,0%	
Leucemia	5	8,8%	3	8,1%	2	10,0%	
Osteossarcoma	2	3,5%	0	0,0%	2	10,0%	
Tumor de Wilms	2	3,5%	1	2,7%	1	5,0%	
Dermatofibrossarcoma peniano	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%	
Linfoma	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%	
PNET abdominal	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%	
PNET de coluna	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%	
PNET ilíaco	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%	
Sarcoma de Membro inferior	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%	
Tumor desmoplásico abdominal	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%	
Tumor Rabdoide renal	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%	

(a) Teste qui-quadrado (b) Teste de Mann-Whitney

A Tabela 2 traz as principais estatísticas da idade das crianças/adolescentes, global ou grupo etário e por tipo de tumor. No global, os pacientes tinham idade entre 1 e 17 anos, o que resultou em uma média de 7,9 anos, mediana de 6,0 anos, desvio padrão de 5,6 anos com coeficiente de variação igual a 0,71, evidenciando alta variabilidade entre as idades dos pacientes. A variabilidade das idades nos subgrupos masculino e feminino também é moderada. A variabilidade da idade das crianças é alta ( $CV=0,65$ ), mas entre os adolescentes a distribuição das idades é homogênea, com baixa variabilidade das idades em torno da média de 14,8 anos ( $CV=0,11$ ).

Quanto ao tipo de tumor, observa-se pelas estatísticas que os tipos de tumores que acometem os mais novos, apresentando as menores médias de idade, menores que 5 anos, são o PNET Abdominal, Tumor Rabdoide Renal, Neuroblastoma e Retinoblastoma; já os tipos de tumores que acometem os mais velhos, com média de idade acima de 14 anos, são Osteossarcoma, Dermatofibrossarcoma peniano, Sarcoma de membro inferior e Linfoma.

**Tabela 2 – Principais estatísticas da idade das crianças/adolescentes internados no CTIPO em CPE, global, por grupo etário e por tipo de tumor. Niterói, RJ (2019).**

Grupo	Frequência	Estatísticas da idade (anos)					
		Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
<b>Total</b>	57	1	17	6	7,9	5,6	0,71
<b>Grupo etário</b>							
Crianças	37	1	11	3	4,2	2,8	0,65
Adolescentes	20	12	17	15	14,8	1,7	0,11
<b>Tipo de Tumor</b>							
PNET abdominal	1	2	2	2,0	2,0		
Tumor Rabdoide renal	1	2	2	2,0	2,0		
Neuroblastoma	15	1	9	2,0	3,3	2,4	0,75
Retinoblastoma	7	2	6	4,0	4,1	1,6	0,38
PNET de coluna	1	9	9	9,0	9,0		
Tumor de SNC	11	1	15	13,0	9,3	5,4	0,58
PNET ilíaco	1	10	10	10,0	10,0		
Tumor de Wilms	2	4	17	10,5	10,5	9,2	0,88
Leucemia	5	5	17	11,0	10,8	4,6	0,43
Rabdomiossarcoma	7	3	17	15,0	12,1	5,8	0,48
Tumor desmoplásico abdominal	1	13	13	13,0	13,0		
Osteossarcoma	2	14	15	14,5	14,5	0,7	0,05
Dermatofibrossarcoma peniano	1	15	15	15,0	15,0		
Sarcoma de Membro inferior	1	16	16	16,0	16,0		
Linfoma	1	17	17	17,0	17,0		

### **Acompanhamento da Família**

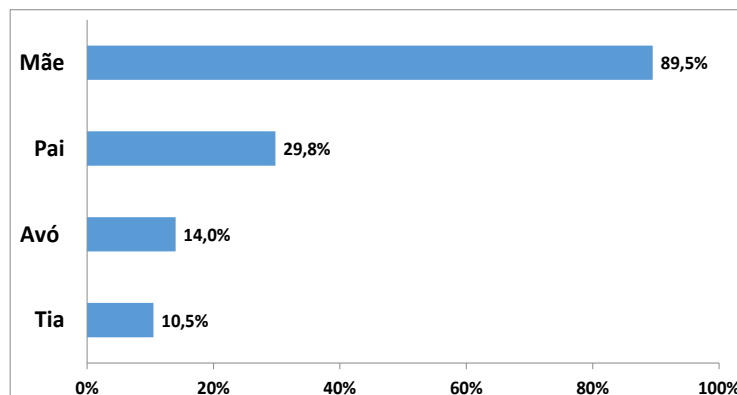
Das 57 internações, um adolescente (1,8%) não tinha acompanhamento da família. A Tabela 3 traz a distribuição de frequências do familiar/grupo familiar que acompanha a criança/adolescente internado no CTIPO em CPE. O acompanhamento mais frequente é o acompanhamento só da mãe, que ocorre em 54,4% dos casos. A título de comparação, o acompanhamento só do pai ocorre em apenas 1,8% dos casos. Assim, constata-se que a mãe é o principal acompanhante da criança/adolescente internado no CTIPO em CPE, presente em 89,5% dos casos. O segundo

principal acompanhante da criança/adolescente internado no CTIPO em CPE é o pai, presente em 29,8% dos casos. A mãe não está presente em 11,5% dos casos e o pai não está presente em 71,2% dos casos. A ausência de pai é maior ainda entre as crianças (82,0% contra 65,0% dos adolescentes).

**Tabela 3 – Distribuição de frequências do familiar/grupo familiar que acompanha a criança/adolescente em cuidados paliativos exclusivos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica. Niterói, RJ (2019).**

Acompanhante	Global n=57		Crianças n=37		Adolescentes n=20	
	F	%	F	%	F	%
Mãe	31	54,4%	20	54,1%	11	55,0%
Mãe e pai	11	19,3%	4	10,8%	7	35,0%
Pai, mãe e tia	3	5,3%	3	8,1%	0	0,0%
Mãe e avó	2	3,5%	2	5,4%	0	0,0%
Mãe e tia	2	3,5%	1	2,7%	1	5,0%
Avó	2	3,5%	2	5,4%	0	0,0%
Pai, mãe e avó	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%
Mãe, pai e tia	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%
Avó e tia	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%
Pai	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%
Tia	1	1,8%	1	2,7%	0	0,0%
Nenhum acompanhante	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%

A comparação das participações dos familiares pode ser vista na Figura 3.



**Figura 3 – Participação dos familiares no acompanhamento das crianças/adolescentes internados no CTIPO. Niterói, RJ (2019).**



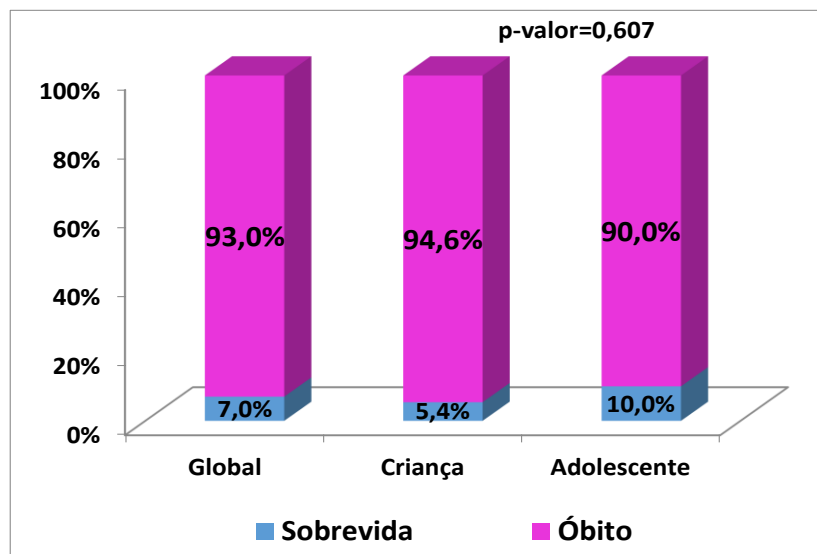
A Tabela 4 traz a distribuição de frequências do número de familiares que acompanham a criança/adolescente internado no CTIPO em CPE, global e por grupo etário. Na maioria dos casos (61,4%), tanto no global quanto para os grupos etários, o acompanhamento é concentrado em uma só pessoa, ou seja, o paciente tem acompanhamento só de um familiar (só mãe, só avó, só pai ou só tia). O acompanhamento é mais distribuído (para 3 familiares) em somente 8,8% dos casos, no global, para 13,5% das crianças e para nenhum dos casos de adolescentes. Não há diferença significativa entre as distribuições do número de acompanhantes de crianças e adolescentes (p-valor=0,786 do Teste de Mann-Whitney).

**Tabela 4 – Distribuição de frequências do número de familiares que acompanha a criança/adolescente em cuidados paliativos exclusivos internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica. Niterói, RJ (2019).**

Número de Acompanhantes	Global n=57		Crianças n=37		Adolescentes n=20	
	F	%	F	%	F	%
0	1	1,8%	0	0,0%	1	5,0%
<b>1</b>	<b>35</b>	<b>61,4%</b>	<b>24</b>	<b>64,9%</b>	<b>11</b>	<b>55,0%</b>
2	16	28,1%	8	21,6%	8	40,0%
3	5	8,8%	5	13,5%	0	0,0%

### Sobrevivência e Óbito

Das 57 internações de crianças/adolescentes em cuidado paliativo, 53 (93,0%) foram a óbito no período observado (até 31/01/2018). A distribuição de frequências de óbito no global e nos grupos etários de crianças e adolescentes pode ser vista na Figura 4. Não há diferença significativa entre as proporções de óbito e sobrevida de crianças e adolescentes (p-valor=0,607 do teste Exato de Fisher).

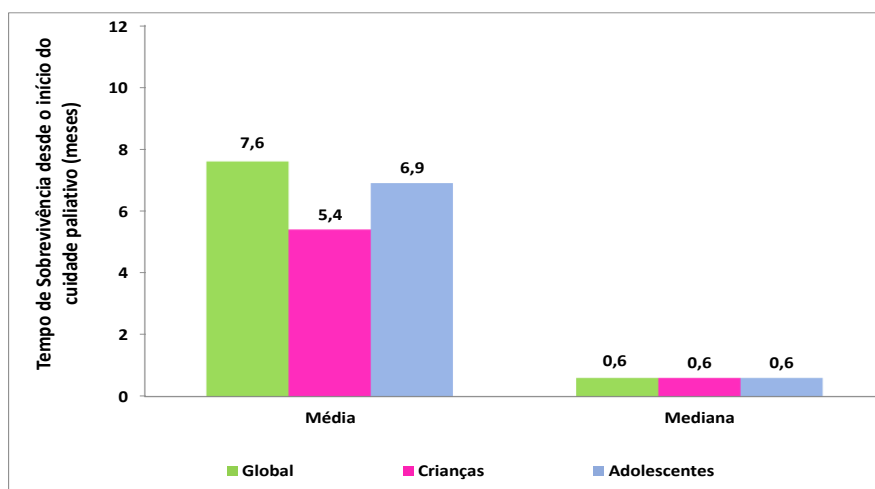


**Figura 4 – Sobrevivência e Óbito de crianças a adolescentes em CPE no CTIPO, global e por grupo etário. Niterói, RJ (2019).**

Pelo método de Kaplan-Meier, estimou-se que, no global, o tempo médio estimado de sobrevivência desde o início do CPE é de aproximadamente 7,6 dias com intervalo de confiança de 1,7; 13,4. O tempo mediano de sobrevivência a partir do início do tratamento paliativo é de 0,6 dia, com intervalo de confiança de 0,3; 0,9, como pode ser visto na Tabela 5. A Tabela 5 também traz as estimativas da média e mediana do tempo de sobrevida desde o início do CPE de crianças e adolescentes. O tempo mediano é a melhor estimativa de tendência central para o tempo de sobrevivência em CPE nessa amostra. Os testes de significância estatística não acusaram diferença significativa entre o tempo de sobrevida desde o início do CPE de crianças e adolescentes (p-valor=0,880 do Teste de Breslow e p-valor=0,940 do teste de Tarone-Ware). A comparação da média e mediana do tempo de sobrevida desde o início do CPE de crianças e adolescentes pode ser vista na Figura 5.

**Tabela 5 – Estimativas da média e mediana do tempo de sobrevivência (em dias) desde o início do CPE das crianças/adolescentes internadas no CTIPO, global e por grupo etário. Niterói, RJ (2019).**

Grupo Etário	Média				Mediana			
	Estimativa	Erro Padrão	Intervalo de Confiança ao nível de 95%		Estimativa	Erro Padrão	Intervalo de Confiança ao nível de 95%	
			Limite Inferior	Limite Superior			Limite Inferior	Limite Superior
Global	7,6	3,0	1,7	13,4	0,6	0,2	0,3	0,9
Crianças	5,4	2,1	1,4	9,5	0,6	0,1	0,3	0,8
Adolescentes	6,9	5,2	0,0	17,0	0,6	0,3	0,0	1,3



**Figura 5 – Média e mediana do tempo de sobrevivência desde o início do CPE de crianças/adolescentes internados no CTIPO, global e por grupo etário. Niterói, RJ (2019).**

Outro dado coletado nos prontuários mostrou que, das 57 internações de crianças e adolescentes, 12 (21%) fecharam CPE antes de entrarem no CTIPO e 45 (78,9%) fecharam CPE no CTIPO. Para os que fecharam o diagnóstico de CPE antes de entrarem no CTIPO, o tempo entre o diagnóstico e a entrada do CTIPO variou de 2 a 433 dias (CV=1,3), mediana de 22 dias, média de 108,2 e desvio padrão de 145,8 dias. Para os que fecharam o diagnóstico de CPE no CTIPO, o tempo entre a entrada do CTIPO e o diagnóstico variou de 0 a 168 dias (CV=1,4), mediana de 11 dias, média de 22,4 dias e desvio padrão de 31,6.

Para os que fecharam o diagnóstico de CPE antes de entrarem no CTIPO, o tempo total no CTIPO variou de 4 a 396 dias (CV=1,5), mediana de 27 dias, média de 72,6 dia e desvio padrão de

112,1 dias. Para os que fecharam o diagnóstico de CPE no CTIPO, o tempo total no CTIPO variou de 4 a 3.009 dias (CV=2,9), mediana de 32,5 dias, média de 202,4 dias e desvio padrão de 538,53.

A incidência de óbito dentre os 12 pacientes que fecharam CPE antes de entrarem no CTIPO é de 92,3% (12 pacientes). A incidência de óbito dentre os 45 casos que fecharam CPE depois que entraram no CTIPO é de 93,2% (42 pacientes).

#### 4.2- Mapeamento Cruzado

Para realização do mapeamento cruzado, coletaram-se termos das evoluções e anotações de enfermagem dos prontuários incluídos, considerando 48 horas de evoluções e anotações, a partir de 24 horas de internação ou do momento em que a criança/adolescente passou a receber CPE quando isso aconteceu durante a internação no CTIPO.

Com base nos cruzamentos dos termos encontrados nos prontuários com os do sistema de classificação da NANDA-I, foram selecionados 80 diagnósticos de enfermagem. Os dados do mapeamento e os diagnósticos selecionados estão dispostos no Quadro 4.

**Quadro 4 – Mapeamento cruzado dos termos não padronizados dos prontuários com os termos das Características Definidoras, Fatores Relacionados e Condições Associadas da NANDA-I. Niterói, RJ (2019).**

<b>DOMÍNIO 1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>			
<b>DIAGNÓSTICO –1- PROTEÇÃO INEFICAZ</b>			
Diminuição na capacidade de se proteger de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.			
<b>CD</b>	<b>FR</b>	<b>CA</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Desorientação Dispneia Imobilidade Lesão por pressão	Nutrição inadequada	Câncer	Desorientado (3) Dispneico (4) Restrito ao leito (17) Recebendo infusão de sedativos (86) Lesão por pressão em cotovelo (2) Lesão por pressão em calcâneo (4) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Dieta zero (57)
<b>DOMÍNIO 2 – NUTRIÇÃO</b>			
<b>DIAGNÓSTICO- 2-NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MENOR DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS</b>			
Ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer as necessidades metabólicas.			

CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Cavidade oral ferida Diarreia Dor abdominal Ingestão de alimentos menor do que a ingestão diária recomendada Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal Ruídos intestinais hiperativos	Ingesta alimentar insuficiente	Incapacidade de ingerir alimentos	Cavidade oral ferida pelo TOT (9) Lesão em lábio (4) Evacuação líquida (9) Evacuação semilíquida (2) Abdome doloroso (6) Dieta zero (57) Aceitando dieta de forma parcial (6) Emagrecido (9) Hiperperistáltico (1)
<b>DIAGNÓSTICO –3- RISCO DE FUNÇÃO HEPÁTICA PREJUDICADA</b> Suscetibilidade à diminuição na função hepática que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Abuso de substâncias	Agente farmacêutico	Recebendo antifúngicos (1) Recebendo infusão de Lasix (3) Recebendo infusão de sedativos (86) Recebendo infusão de vasoativos (34) Recebendo morfina (20) Recebendo nutrição parenteral total (6) Recebendo quimioterapia paliativa (1)
<b>DIAGNÓSTICO – 4-RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL</b> Suscetibilidade à variação dos níveis séricos de glicose em relação à faixa normal que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Ingestão alimentar insuficiente Perda excessiva de peso		Dieta zero (57) Emagrecido (9) Recebendo nutrição parenteral total (6)
<b>DIAGNÓSTICO – 5-RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO</b> Suscetibilidade a mudanças nos níveis de eletrólitos séricos que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Diarreia Vômito		Evacuação líquida (9) Episódio emético (2)
<b>DIAGNÓSTICO – 6-VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE</b> Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS

Alteração do estado mental Aumento da temperatura corporal Aumento da frequência cardíaca Diminuição da pressão de pulso Diminuição da pressão arterial Diminuição do débito urinário	Ingestão de líquidos insuficiente	Perda ativa do volume de líquidos	Desorientado (2) Criança sonolenta (18) Taquicárdica (27) Pulso filiforme (4) Febril (14) Hipotenso (23) Oligúria (16)
<b>DIAGNÓSTICO –7- VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO</b> Entrada excessiva e/ou retenção de líquidos.			
<b>CD</b>	<b>FR</b>	<b>CA</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Alteração na pressão arterial Alteração no estado mental Alteração no padrão respiratório Anasarca Dispneia Edema Hematócrito diminuído Oligúria Presença de 3º bulha cardíaca Ruídos adventícios respiratórios		Mecanismo de regulação comprometido	Hipotenso (23) Hipertenso (2) Desorientado (2) Esforço respiratório (3) Anasarca (16) Dispneico (4) Edema de membros superiores e inferiores (37) Oligúria (16) Ausculta cardíaca com presença de três bulhas (1) Ausculta pulmonar: roncosp difusos (28) Ausculta pulmonar: estertores difusos (4)
<b>DOMÍNIO 3 – ELIMINAÇÃO E TROCA</b>			
<b>DIAGNÓSTICO –8- ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA</b> Disfunção da eliminação urinária.			
<b>CD</b>	<b>FR</b>	<b>CA</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Retenção urinária	Múltiplas causas	Dano sensorio motor	Bexigoma (1) Comatoso (32) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplégico (3)
<b>DIAGNÓSTICO –9- RETENÇÃO URINÁRIA</b> Incapacidade de esvaziar completamente a bexiga.			
<b>CD</b>	<b>FR</b>	<b>CA</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Ausência de eliminação urinária Eliminação urinária em pequena quantidade		Bloqueio do trato urinário	Bexigoma (1) Oligúrico (16)
<b>DIAGNÓSTICO – 10-CONSTIPAÇÃO</b> Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.			

CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Abdome distendido Dor abdominal Fezes formadas endurecidas Massa abdominal palpável Ruídos intestinais hipoativos Vômito Desidratação	Alteração nos hábitos alimentares	Prejuízo neurológico	Abdome distendido (40) Abdome globoso (58) Abdome doloroso (6) Evacuação com fecaloma (1) Abdome rígido com presença de massa à palpação (29) Peristalse reduzida (14) Episódio emético (2) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Desidratado (3) Desorientado (2) Comatoso (32)
<b>DIAGNÓSTICO – 11-RISCO DE CONSTIPAÇÃO</b> Suscetibilidade à diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes, que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Desidratação Confusão Alteração nos hábitos alimentares Ingesta de fibras insuficiente Motilidade gastrointestinal diminuída	Prejuízo neurológico	Desidratado (3) Desorientado (2) Dieta zero (57) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Peristalse reduzida (14) Comatoso (32)
<b>DIAGNÓSTICO –12- CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL CRÔNICA</b> Evacuação de fezes infrequente ou difícil, presente há pelo menos 3 dos 12 meses anteriores.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Abdome distendido Impactação fecal Massa abdominal palpável	Desidratação Baixa ingestão calórica		Abdome distendido (40) Abdome globoso (58) Evacuação com fecaloma (1) Abdome rígido com presença de massa à palpação (29) Desidratado (3) Dieta zero (57) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Recebendo morfina (20) Realizado clister (1)
<b>DIAGNÓSTICO – 13-RISCO DE CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL CRÔNICA</b> Suscetibilidade à evacuação de fezes infrequente ou difícil, presente em quase 3 dos 12 meses anteriores, que pode comprometer a saúde.			

CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Baixa ingestão calórica Desidratação Ingestão alimentar insuficiente Ingestão alimentar reduzida Mobilidade prejudicada	Câncer	Dieta zero (57) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Desidratado (3) Tetraplégico (3) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Restrito ao leito (17)
<b>DIAGNÓSTICO –14- DIARREIA</b> Eliminação de fezes soltas e não formadas.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Dor abdominal Evacuação de fezes líquidas Ruídos intestinais hipoativos	Abuso de substâncias		Abdome doloroso (6) Evacuação líquida (9) Peristalse reduzida (14) Peristalse ausente (4) Dieta enteral (80)
<b>DIAGNÓSTICO –15- MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL</b> Atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Abdome distendido Diarreia Dor abdominal Fezes formadas endurecidas Mudança nos ruídos intestinais Vômito	Alteração dos hábitos alimentares Imobilidade	Alimentação enteral	Abdome distendido (40) Abdome globoso (58) Evacuação líquida (9) Abdome doloroso (6) Evacuação com fecaloma (1) Peristalse reduzida (14) Peristalse ausente (4) Dieta zero (57) Dieta enteral (80) Episódio emético (2) Restrito ao leito (17) Tetraplégico (3)
<b>DIAGNÓSTICO – 16-RISCO DE MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL</b> Suscetibilidade à atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal, a qual pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Alteração dos hábitos alimentares Estressores Imobilidade	Infecção	Dieta zero (57) Dieta enteral (80) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Falta de ar (2) Queixando-se de dor (25) Tetraplégico (3)
<b>DIAGNÓSTICO – 17-TROCA DE GASES PREJUDICADA</b> Excesso ou 72éficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar.			



CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Batimento de asa de nariz Confusão Cor da pele anormal Dispneia Gasometria arterial anormal Hipoxemia Hipóxia Inquietação Padrão respiratório anormal Sonolência Taquicardia		Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão	Batimento de asa de nariz (1) Desorientado (2) Hipocorada (128) Dispneico (4) Desaturando (5) Cianose central (2) Esforço respiratório (3) Criança sonolenta (18) Taquicárdico (27) Gemente (2)
<b>DOMÍNIO 4 – ATIVIDADE/REPOUSO</b>			
<b>DIAGNÓSTICO – 18-PRIVAÇÃO DO SONO</b> Períodos prolongados de tempo sem suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa que proporciona o descanso.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Agitação Confusão Estado de sonolência Irritabilidade	Desconforto prolongado	Regime de tratamento	Agitação psicomotora (8) Criança chorosa ao manuseio (17) Desorientado (2) Criança sonolenta (18) Respirando com auxílio de BIPAP (16) Retração de fúrcula (2) Gemente (2)
<b>DIAGNÓSTICO – 19-CAPACIDADE DE TRANSFERÊNCIA PREJUDICADA</b> Limitação de movimento independente entre duas superfícies próximas.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Capacidade prejudicada de transferir-se entre a cama e a cadeira Capacidade prejudicada de transferir-se entre a cama e a posição em pé	Dor Equilíbrio prejudicado Força muscular insuficiente	Alteração da função cognitiva Prejuízo neuromuscular	Restrito ao leito (17) Queixando-se de dor (25) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplégico (3) Rebaixamento do nível de consciência (1) Hemiplegia (1)
<b>DIAGNÓSTICO -20- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</b> Limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Dispneia Redução da amplitude dos movimentos Redução das habilidades motoras	Controle muscular diminuído Dor Força muscular diminuída Rigidez articular	Prejuízo neuromuscular	Dispneico (4) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplegia (3) Queixando-se de dor (25)

			Desarticulação de membro inferior (4) Hemiplegia (1)
<b>DIAGNÓSTICO –21- MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA</b> Limitação de movimento independente de uma posição para outra no leito.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro Capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama	Dor Força muscular insuficiente	Prejuízo neuromuscular	Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplegia (3) Queixando-se de dor (25) Recebendo infusão de sedativos (86) Hemiplegia (1)
<b>DIAGNÓSTICO –22- SENTAR-SE PREJUDICADO</b> Limitação da capacidade para, de maneira independente e intencional, atingir e/ou manter uma posição de descanso apoiada pelas nádegas e coxas com o torso ereto.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Capacidade prejudicada de manter o torso em posição equilibrada	Dor Energia insuficiente Força muscular insuficiente		Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplegia (3) Queixando-se de dor (25) Esforço respiratório (3) Retração de fúrcula (2)
<b>DIAGNÓSTICO –23- RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO</b> Suscetibilidade à deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Dor	Paralisia	Queixando de dor (25) Queixando-se de dor no membro esquerdo (1) Tetraplegia (3)
<b>DIAGNÓSTICO –24- DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO</b> Volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Frequência cardíaca alterada Edema Sopro cardíaco Alteração da pressão arterial Dispneia Oligúria Pulso diminuído Presença de 3º bulha			Taquicárdico (27) Bradicárdico (4) Ausculta cardíaca com presença de três bulhas (1) Ausculta cardíaca com presença de sopro (1) Dispneico (4) Oligúrico (16) Pulso filiforme (4)
<b>DIAGNÓSTICO –25- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</b> Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.			

CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Batimento de asa de nariz Bradipneia Taquipneia Uso da musculatura acessória para respirar	Dor	Deformidade na parede do tórax	Batimento de asa de nariz (1) Bradicárdica (4) Bradipneico (1) Retração de fúrcula (2) Queixando-se de dor (25) Tórax abaulado (1)
<b>DIAGNÓSTICO –26- RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CARDÍACA DIMINUÍDA</b> Suscetibilidade a uma redução na circulação cardíaca (coronariana) que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Abuso de substância	Hipertensão Hipóxia Hipoxemia	Recebendo infusão de vasoativos (34) Hipertenso (2) Desaturando (5) Cianose central (2)
<b>DIAGNÓSTICO –27- RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ</b> Suscetibilidade a uma redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
		Hipertensão Coagulopatia Lesão encefálica	Hipertenso (2) Recebeu plaquetas (2) Recebeu crioprecipitado (1) Plaquetopênica (1) Portador de leucemia (2) Pele com petéquias (1) Crise convulsiva (4)
<b>DIAGNÓSTICO –28- PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ</b> Redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Edema Parestesia Pulsos diminuídos Alteração da função motora Dor em extremidades		Hipertensão	Edema de membros superiores e inferiores (37) Edema de membros inferiores (20) Pulso filiforme (4) Hipertenso (2) Paresia de membros superiores e inferiores (2) Queixando-se de dor em membros inferiores (1)
<b>DIAGNÓSTICO –29- RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO</b> Incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico que interrompe e prolonga o processo de desmame.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Desconforto respiratório Cor da pele anormal	Dor Nutrição inadequada		Esforço respiratório (3) Hipocorada (128)

Agitação Aumento da frequência cardíaca Aumento da frequência respiratória Ruídos adventícios respiratórios Uso da musculatura acessória respiratória			Agitação psicomotora (8) Taquicardia (27) Taquidispneia (16) Ausculta pulmonar: estertores difusos (4) Ausculta pulmonar com presença de sibilos (4) Queixando-se de dor (25) Dieta zero (57)
<b>DIAGNÓSTICO –30- VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA</b> Incapacidade de iniciar e/ou manter respiração independente que seja adequada para sustentação da vida.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Diminuição da saturação de oxigênio Dispneia Inquietação Uso aumentado da musculatura acessória Aumento da frequência cardíaca			Desaturando (5) Dispneico (4) Criança chorosa (17) Retração de fúrcula (2) Taquicárdica (27) Respirando em macronebulização (18)
<b>DIAGNÓSTICO –31- DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO</b> Incapacidade de alimentar-se de forma independente.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira Capacidade prejudicada de manusear os utensílios	Dor	Alteração da junção cognitiva Prejuízo musculoesquelético	Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Hemiplegia (1) Paresia de membros superiores e inferiores (2) Queixando-se de dor (25) Rebaixamento do nível de consciência (1)
<b>DIAGNÓSTICO –32- DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO</b> Incapacidade de completar as atividades de limpeza do corpo de forma independente.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Capacidade prejudicada de acessar o banheiro	Dor	Alteração da função cognitiva Prejuízo neuromuscular Capacidade prejudicada de perceber uma parte do corpo	Paresia de membros superiores e inferiores (2) Queixando-se de dor (25) Rebaixamento do nível de consciência (1) Hemiplegian (1)
<b>DIAGNÓSTICO –33- DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA</b> Incapacidade de realizar tarefas associadas à eliminação vesical e intestinal de forma independente.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Capacidade prejudicada de realizar higiene íntima	Dor Mobilidade prejudicada	Prejuízo neuromuscular	Recebendo infusão de sedativos (86)

		Alteração da função cognitiva	Tetraplégico (3) Comatoso (32) Queixando-se de dor (25) Desorientado (2)
<b>DOMÍNIO 5 – PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO</b>			
<b>DIAGNÓSTICO –34- CONFUSÃO AGUDA</b>			
Distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve, com duração inferior a 3 meses.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Agitação Alteração da função psicomotora Alteração da função cognitiva Alteração do nível de consciência	Abuso de substâncias Desidratação Dor Mobilidade prejudicada Retenção urinária	Infecção	Agitação psicomotora (8) Desorientado (2) Rebaixamento do nível de consciência (1) Recebendo morfina (20) Recebendo infusão de sedativos (86) Desidratado (1) Queixando-se de dor (25) Hemiplégia (1) Bexigoma (1) Secreção traqueal purulenta (5)
<b>DIAGNÓSTICO –35- RISCO DE CONFUSÃO AGUDA</b>			
Suscetibilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve e que podem comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Abuso de substâncias Desidratação Dor Mobilidade prejudicada Retenção urinária		Recebendo morfina (20) Recebendo infusão de sedativos (86) Queixando-se de dor (25) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Bexigoma (1)
<b>DIAGNÓSTICO – 36-MEMÓRIA PREJUDICADA</b>			
Incapacidade persistente de recordar ou recuperar partes de informações ou habilidades.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Alteração no volume de líquidos	Hipóxia Prejuízo cognitivo leve Anemia Lesão encefálica	Edema de membros superiores e inferiores (37) Anasarca (16) Desidratação (3) Cianose central (2) Recebeu hemácia (2) Recebendo morfina (20) Pupilas anisocóricas (10)
<b>DIAGNÓSTICO – 37-COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA</b>			
Capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>

Desorientado no espaço e no tempo Dificuldade em manter a comunicação Dispneia		Regime de tratamento	Desorientado (2) Não verbaliza (1) Não responde às solicitações (1) Dispneico (4) Intubado em ventilação mecânica (82)
<b>DOMÍNIO 6 – AUTOPERCEÇÃO</b>			
<b>DIAGNÓSTICO – 38- RISCO DE BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL</b> Suscetibilidade ao desenvolvimento de uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Alteração da imagem corporal	Doença física	Desarticulação de membro inferior (4) Lesões fúngicas na pele (6) Olho enucleado (6) Portador de leucemia (2)
<b>DIAGNÓSTICO – 39- DISTÚRBO NA IMAGEM CORPORAL</b> Confusão na imagem mental do eu físico			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Alteração na estrutura corporal Alteração na função corporal		Alteração da função cognitiva Lesão	Desarticulação de membro inferior (4) Olho enucleado (6) Lesões fúngicas na pele (6) Tetraplégico (3) Desorientado (2)
<b>DOMÍNIO 7 – PAPÉIS E RELACIONAMENTOS</b>			
<b>DIAGNÓSTICO – 40-RISCO DE TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOS</b> Suscetibilidade a dificuldade para atender à responsabilidade, expectativas e/ou comportamentos de cuidados relacionados à família ou a pessoas significativas que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Aumento da necessidade de cuidados Condição de saúde instável Complexidade das atividades de cuidado	Doença crônica Gravidade da doença	Tumoração externa em região torácica (1) Traqueostomizado sem ventilação mecânica (3) Comatoso (32) Tetraplégico (3) Portador de leucemia (2) Fora de possibilidades curativas atuais (12)
<b>DOMÍNIO 9 – ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</b>			
<b>DIAGNÓSTICO – 41- ANSIEDADE</b> Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>

Diarreia Excitação cardiovascular Pupilas dilatadas Diminuição da pressão arterial Dor abdominal	Ameaça de morte		Evacuação líquida (9) Taquicárdica (27) Pupilar midriática (5) Hipotensa (23) Abdome doloroso (58) Fora de possibilidades curativas atuais (12)
<b>DIAGNÓSTICO – 42-ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE</b>			
Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor gerado por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Medo do processo de morrer		Doença terminal	Fora de possibilidades curativas atuais (12) Converso com a equipe sobre necessidade de amparo psicológico (1) Converso com a mãe sobre medidas de conforto (3) Realizados cuidados de fim de vida (2) Realizados cuidados paliativos (3) Realizadas medidas de conforto (10)
<b>DIAGNÓSTICO –43- MEDO</b>			
Resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como perigo.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Estado de agitação Palidez Pupilas dilatadas Vômito Diarreia Dispneia		<i>Deficit sensorial</i>	Agitação psicomotora (8) Criança chorosa ao manuseio (17) Hipocorada (128) Episódio emético (2) Evacuação líquida (9) Dispneico (4) Rebaixamento do nível de consciência (1)
<b>DIAGNÓSTICO –44- REGULAÇÃO DO HUMOR PREJUDICADA</b>			
Estado mental caracterizado por mudanças no humor ou no afeto e que abarca uma série de manifestações afetivas, cognitivas, somáticas e/ou fisiológicas, variando de leves a graves.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Agitação psicomotora Irritabilidade Mudança no comportamento verbal	Alteração do apetite Dor Mudança no peso	Doença crônica	Agitação psicomotora (8) Criança chorosa ao manuseio (17) Criança desanimada (3) Não verbaliza (1) Queixando-se de dor (25) Emagrecido (9) Portador de leucemia (2)

			Mãe encontra-se muito entristecida (1)
<b>DIAGNÓSTICO – 45- CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA</b>			
Os mecanismos da dinâmica dos fluidos intracranianos que normalmente compensam os aumentos nos volumes intracranianos estão comprometidos, resultando em repetidos aumentos desproporcionais na pressão intracraniana (PIC) em resposta a uma variedade de estímulos nocivos e não nocivos.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Aumento desproporcional da pressão intracraniana		Lesão encefálica	Hidrocefalia (2) Derivação ventricular externa (4) Derivação ventricular peritoneal externa (6) Pupilas anisocóricas (10)
<b>DIAGNÓSTICO –46- RISCO DE DISREFLEXIA AUTONÔMICA</b>			
Suscetibilidade a uma resposta não inibida do sistema nervoso simpático, que representa uma ameaça à vida, pós-choque medular, em indivíduos com lesão de medula espinhal ou lesão na sexta vértebra torácica (T6) ou acima (foi demonstrada em pacientes com lesão da sétima vértebra torácica [T8]), que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Constipação Distensão intestinal Enemas Impactação fecal	Cateterização urinária	Evacuação ausente (72) Abdome distendido e timpânica (40) Abdome globoso (58) Evacuação com fecaloma (1) Diurese por CVD (122)
<b>DOMÍNIO 10 – PRINCÍPIOS DA VIDA</b>			
<b>DIAGNÓSTICO – 47- RISCO DE RELIGIOSIDADE PREJUDICADA</b>			
Suscetibilidade de capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou participar de rituais de alguma fé religiosa, o que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Dor Crises do estágio final da vida Hospitalização	Doença	Queixando-se de dor (25) Fora de possibilidades curativas atuais (12) Mãe encontra-se muito entristecida (1) Mãe ciente da progressão rápida da doença Portador de leucemia (2)
<b>DOMÍNIO 11 – SEGURANÇA/PROTEÇÃO</b>			
<b>DIAGNÓSTICO –48- RISCO DE INFECÇÃO</b>			
Suscetibilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Alteração da integridade da pele Alteração do peristaltismo	Procedimento invasivo Doença crônica	Pele ressecada e descamativa (1) Pele friável (2) Peristalse reduzida (14)



			Peristalse ausente (4) Cateter venoso central – femoral (46) Traqueostomizado em ventilação mecânica (51) Portador de leucemia (2)
<b>DIAGNÓSTICO – 49- RISCO DE ASPIRAÇÃO</b>			
Suscetibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Motilidade gastrintestinal diminuída	Alimentação enteral Esvaziamento gástrico retardado Nível de consciência diminuído Presença de sonda nasal Trauma oral	Peristalse reduzida (14) Dieta enteral (80) Retendo dieta por sonda nasoenteral (1) Rebaixamento do nível de consciência (1) Sonda nasoenteral (97) Sangramento em cavidade oral (5)
<b>DIAGNÓSTICO – 50- RISCO DE BOCA SECA</b>			
Suscetibilidade a desconforto ou dano à mucosa oral devido à quantidade reduzida ou à qualidade da saliva para hidratar a mucosa que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Desidratação	Oxigenioterapia Quimioterapia Incapacidade de alimentar-se por via oral	Desidratada (3) Respirando em macronebulização (18) Recebendo quimioterapia paliativa (1) Intubado em ventilação mecânica (82) Recebendo nutrição parenteral total (6)
<b>DIAGNÓSTICO – 51- RISCO DE CHOQUE</b>			
Suscetibilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos do corpo, podendo levar à disfunção celular que ameaça a vida, que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
		Hipotensão Hipoxemia Hipóxia Infecção Hipovolemia	Hipotenso (23) Cianose central (2) Desaturando (5) Perfusão ruim (5) Secreção traqueal purulenta (2) Abscesso em ambas as axilas (4) Curativo de cateter com presença de secreção (1) Desidratado (3)
<b>DIAGNÓSTICO – 52-DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS</b>			
Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída.			

CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Alteração da frequência respiratória Alteração do padrão respiratório Cianose Dispneia Sons respiratórios diminuídos Ausência de tosse Ruídos adventícios respiratórios	Corpo estranho na via aérea	Exsudato nos alvéolos	Taquidispneia (16) Esforço respiratório (3) Cianose central (2) Dispneia (4) Ausculta pulmonar com MVUA diminuídos (24) Ausculta pulmonar MVUA abolidos em hemetórax D (1) Ausculta pulmonar com presença de sibilos (4) Sem reflexo de tosse (6) Tamponamento nasal para conter sangramento (2) Secreção traqueal espessa (15)
<b>DIAGNÓSTICO –53- INTEGRIDADE DA MEMBRANA MUCOSA ORAL PREJUDICADA</b> Lesão em lábio, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Lesão oral Sangramento Exsudatos oronasais purulentos	Desidratação Higiene oral inadequada Nutrição inadequada	Quimioterapia	Cavidade oral ferida pelo TOT (9) Mucosite em cavidade oral (1) Sangramento em cavidade oral (5) Cavidade oral com sujidade (1) Desidratado (3) Dieta zero (57) Secreção de orofaringe purulenta (5) Recebendo quimioterapia paliativa (1)
<b>DIAGNÓSTICO – 54-RISCO DE INTEGRIDADE DA MEMBRANA ORAL PREJUDICADA</b> Suscetibilidade à lesão em lábios, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Agente químico lesivo Barreira ao autocuidado oral Desidratação Higiene oral inadequada	Regime de tratamento Redução das plaquetas	Recebendo quimioterapia paliativa (1) Criança sonolenta (18) Desidratado (3) Cavidade oral com sujidade (1) Intubado em ventilação mecânica (82) Recebeu plaquetas (2)
<b>DIAGNÓSTICO-55- INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b> Epiderme e/ou derme alterada.			

CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Dor Hematoma Sangramento Alteração na integridade da pele Vermelhidão	Hipotermia Nutrição inadequada Excreções Secreções		Queixando-se de dor (25) Hematoma em região inguinal (1) Pele com hematomas (1) Sangramento ativo em lesão por pressão sacra (1) Pele friável (2) Hipotérmica (8) Dieta zero (57) Secreção de lesão esverdeada (2) Secreção em óstio de gastrostomia (1)
<b>DIAGNÓSTICO –56- RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b> Suscetibilidade à alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Excreções Hipotermia Alteração no volume de líquidos Nutrição inadequada	Punção arterial	Evacuações líquidas (9) Hipotérmico (8) Desidratado (3) Anasarca (16) Dieta zero (57) Cateter de pressão arterial invasiva (18)
<b>DIAGNÓSTICO –57- INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</b> Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Dano tecidual Dor aguda Hematoma Sangramento Tecido destruído	Volume de líquido deficiente Volume de líquido excessivo	Mobilidade prejudicada	Lesão de septo nasal (1) Lesão de panturrilha (1) Face de dor (6) Hematoma em olho esquerdo (3) Secreção peniana sanguinolenta (3) Desidratado (3) Anasarca (16) Tetraplégico (3)
<b>DIAGNÓSTICO –58- RISCO DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</b> Suscetibilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento que pode comprometer a saúde.			
CD (Não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Estado nutricional desequilibrado Volume de líquido excessivo	Alteração de sensibilidade Mobilidade prejudicada Punção arterial	Emagrecido (9) Pele ressecada e descamativa (1) Anasarca (16) Desidratado (3)

	Volume de líquido deficiente		Parestesia direita (4) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Cateter de pressão arterial invasiva (18)
<b>DIAGNÓSTICO –59- RISCO DE LESÃO</b>			
Suscetibilidade à lesão física por condições ambientais que interagem com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Exposição a patógenos	Alteração da função cognitiva Alteração da função psicomotora Hipóxia tissular Perfil sanguíneo anormal	Desorientado (2) Agitação psicomotora (8) Cianose central (2) Plaquetopênica (1) Recebeu hemácias (2) Isolamento de contato (5)
<b>DIAGNÓSTICO –60- RISCO DE LESÃO DO TRATO URINÁRIO</b>			
Suscetibilidade a dano às estruturas do trato urinário em decorrência de uso de cateteres que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Confusão	Uso prolongado de cateter urinário Variação anatômica em órgãos pélvicos	Desorientação (2) Agitação psicomotora (8) Diurese por cateter vesical de demora (122) Edema de genitália (19)
<b>DIAGNÓSTICO – 61-RISCO DE LESÃO NA CÓRNEA</b>			
Suscetibilidade à infecção ou lesão inflamatória no tecido da córnea que pode afetar camadas superficiais ou profundas e que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
		Edema periorbital Intubação Oxigenioterapia Traqueostomia Ventilação mecânica	Edema de órbita ocular (5) Edema conjuntival (1) Intubado em ventilação mecânica (82) Traqueostomizado em ventilação mecânica (51) Respirando em macronebulização (18) Respirando com auxílio de máscara de ventury (7) Respirando com auxílio de BIPAP (16)
<b>DIAGNÓSTICO –62- RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>			
Suscetibilidade à lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento (NPUAP, 2007).			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>

	Desidratação Hipertermia Nutrição inadequada Redução da mobilidade	Alteração da função cognitiva Anemia Edema Redução na perfusão tissular Redução da oxigenação tissular	Desidratado (3) Febril (14) Dieta zero (57) Restrito ao leito (17) Tetraplégico (3) Desorientado (2) Anasarca (16) Perfusão ruim (5) Cianose central (2)
<b>DIAGNÓSTICO –63- RISCO DE QUEDAS</b> Susceptibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Diarreia Mobilidade prejudicada	Alteração na função cognitiva Anemia Neoplasia Prejuízo da audição Visão prejudicada	Evacuação líquida (9) Parestesia direita (4) Desorientado (2) Recebeu hemácia (2) Portador de leucemia (2) Deficiente auditivo (1) Olho enucleado (6)
<b>DIAGNÓSTICO –64- RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA</b> Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividade que mantém a vida, a saúde e o bem-estar.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Evidência de interrupção da cicatrização da área cirúrgica	Dor	Contaminação do sítio cirúrgico Mobilidade prejudicada	Deiscência de sutura/ secreção amarelada (1) Lesão em sítio de derivação ventricular externa (1) Hiperemia de ferida operatória (1) Queixando-se de dor (25) Restrito ao leito (17)
<b>DIAGNÓSTICO –65- RISCO DE RESSECAMENTO OCULAR</b> Susceptibilidade a desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
		Dano da superfície ocular Lesão neurológica por perda de reflexo sensorial ou motor Regime de tratamento Ventilação mecânica	Hiperemia ocular (2) Hematoma em olho E (3) Globo ocular com equimose (3) Sem reflexo córneo-palpebral (2) Recebendo infusão de sedativos (86) Intubado em ventilação mecânica (82)
<b>DIAGNÓSTICO –66- RISCO DE SANGRAMENTO</b> Susceptibilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde.			

CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
		Coagulopatia inerente	Plaquetopênico (1) Portador de leucemia (2)
<b>DIAGNÓSTICO –67- RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO</b>			
Suscetibilidade ao desenvolvimento de coágulos sanguíneos em veia profunda, geralmente na coxa, panturrilha ou extremidade superior, que pode se romper e alojar-se em outro vaso, o que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Desidratação Mobilidade prejudicada	Comorbidade médica significativa Diagnóstico atual de câncer	Desidratado (3) Tetraplégico (3) Hipertensão intracraniana (1) Portador de leucemia (2)
<b>DIAGNÓSTICO –68- RISCO DE SUICÍDIO</b>			
Suscetibilidade à lesão autoinfligida que ameaça a vida.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
		Doença física Doença terminal Transtorno psiquiátrico	Olho enucleado (6) Desarticulação de membro inferior (4) Fora de possibilidade curativas atuais (12) Agitação psicomotora (8)
<b>DIAGNÓSTICO –69- CONTAMINAÇÃO</b>			
Exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Efeitos dermatológicos à exposição de agentes biológicos Efeitos pulmonares da exposição a agentes biológicos	Exposição à radiação		Lesões fúngicas na pele (6) Isolamento de contato (5) Secreção traqueal purulenta (2) Tratamento radioterápico paliativo (1)
<b>DIAGNÓSTICO – 70-RISCO DE REAÇÃO ALÉRGICA</b>			
Suscetibilidade a uma reação ou resposta imunológica exagerada a substâncias que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
	Exposição à substância química tóxica Exposição a alérgeno		Recebendo quimioterapia paliativa (1) Recebeu hemácia (1)
<b>DIAGNÓSTICO –71- HIPERTERMIA</b>			
Temperatura corporal central acima dos parâmetros diurnos normais devido à falha na termorregulação.			
CD	FR	CA	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS
Coma Convulsão Hipotensão Taquicardia	Desidratação	Isquemia	Comatosa (32) Crise convulsiva (4) Hipotenso (23) Taquicárdico (27)

Taquipneia			Taquidispneico (16) Desidratado (3) Cianose central (2)
<b>DIAGNÓSTICO – 72- HIPOTERMIA</b>			
Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais devido à falha na termorregulação.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Bradycardia Hipertensão Hipóxia Pele fria	Baixa temperatura	Radioterapia	Bradycardia (4) Hipertenso (23) Cianose central (2) Perfusão ruim (5) Extremidades frias (9) Hipotérmica (8) Tratamento radioterápico paliativo (1)
<b>DIAGNÓSTICO – 73- RISCO DE HIPOTERMIA</b>			
Suscetibilidade a uma queda inadvertida na temperatura corporal central abaixo de 36°C, que ocorre no período entre 1 hora antes até 24 horas após cirurgia, que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Inatividade	Radioterapia Dano ao hipotálamo Controle vascular ineficaz	Não tem resposta motora (3) Tratamento radioterápico paliativo (1) Sem reflexo córneo-palpebral (2) Sem reflexo de tronco (3) Sem reflexo de tosse (6) Hipotenso (23) Perfusão ruim (5)
<b>DIAGNÓSTICO – 74- TERMOREGULAÇÃO INEFICAZ</b>			
Oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia.			
CD	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Aumento da frequência respiratória Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais Convulsão Hipertensão Palidez Pele fria Taquicardia	Desidratação	Lesão cefálica Sedação	Taquidispneico (16) Febril (14) Crise convulsiva (4) Hipertenso (2) Hipocorada (128) Extremidades frias (9) Taquicárdico (27) Desidratado (3) Sem reflexo córneo-palpebral (2) Recebendo infusão de sedativos (86)
<b>DIAGNÓSTICO – 75- RISCO DE TERMOREGULAÇÃO INEFICAZ</b>			
Suscetibilidade à oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia que pode comprometer a saúde.			
CD (não se aplica)	FR	CA	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Desidratação	Lesão cefálica	Desidratado (3)

	Inatividade	Sedação	Restrito ao leito (17) Sem reflexo córneo-palpebral (2) Sem reflexo de tronco (3) Recebendo sedativos (86)
<b>DOMÍNIO 12 – CONFORTO</b>			
<b>DIAGNÓSTICO –76- CONFORTO PREJUDICADO</b> Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.			
<b>CD</b>	<b>FR</b>	<b>CA</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Choro		Regime de tratamento Sintomas relacionados à doença	Criança chorosa ao manuseio (17) Respirando com auxílio de BIPAP (16) Esforço respiratório (3)
<b>DIAGNÓSTICO –77- DOR AGUDA</b> Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.			
<b>CD</b>	<b>FR</b>	<b>CA</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Alteração no apetite Autorrelato de dor Expressão facial de dor Pupilas dilatadas	Agente físico lesivo		Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Queixando-se de dor (25) Face de dor (6) Pupilas midriáticas (5) Dreno de tórax (33)
<b>DIAGNÓSTICO –78- DOR CRÔNICA</b> Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses.			
<b>CD</b>	<b>FR</b>	<b>CA</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Autorrelato de dor Expressão facial de dor		Massa corporal Condição musculoesquelético crônico Dano do sistema nervoso	Queixando-se de dor (25) Face de dor (6) Abdome rígido com presença de massa à palpação (29) Membros hipertônicos (1) Pupilas anisocóricas (10)
<b>DIAGNÓSTICO –79- NÁUSEA</b> Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago que pode ou não resultar em vômito.			
<b>CD</b>	<b>FR</b>	<b>CA</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
Salivação aumentada Ânsia de vômito		Pressão intracraniana elevada Regime de tratamento Tumores intra-abdominais	Sialorreia (6) Episódio emético (2) Hipertensão intracraniana (1)



			Recebendo quimioterapia paliativa (1) Abdome rígido com presença de massa à palpação (29)
<b>DOMÍNIO 13 – CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO</b>			
<b>DIAGNÓSTICO –80- RISCO DE DESENVOLVIMENTO ATRASADO</b> Suscetibilidade a atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou autorregulador, ou em habilidades cognitivas, de linguagem e motoras grossas ou finas, que pode comprometer a saúde.			
<b>CD</b> (não se aplica)	<b>FR</b>	<b>CA</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>
	Nutrição inadequada	Distúrbio convulsivo Doença crônica Lesão cefálica Prejuízo da audição Visão prejudicada Regime de tratamento	Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Crise convulsiva (4) Portador de leucemia (2) Pupilas anisocóricas (10) Deficiente auditivo (1) Visão reduzida (1) Recebendo quimioterapia paliativa (1)

Os números que acompanham os termos encontrados nos prontuários se referem à quantidade de vezes que eles foram encontrados nos prontuários.

CD = Características Definidoras, FR = Fatores Relacionados e CA = Condições Associadas.

### 4.3- Validação dos diagnósticos pelos juízes especialistas

#### 4.3.1- Caracterização dos Juízes Especialistas

No Quadro 5 está disposta a pontuação alcançada por cada juiz especialista, de acordo com os critérios adaptados de Fehring descritos na 2ª etapa da coleta de dados. A pontuação mínima de 5 pontos para ser considerado um juiz especialista foi confirmada analisando-se o currículo lattes de cada juiz participante da pesquisa. Os juízes 1 e 2 são especialistas em CP e os juízes 3, 4 e 5, especialistas em PE.

**Quadro 5- Caracterização das pontuações dos juízes especialistas. Niterói, RJ (2019).**

Juízes	Título de doutor	Título de mestre	Publicações na área de interesse	Especialização na área de interesse	Prática clínica na área de interesse 2 ano ou +	Participação em eventos científicos nos últimos 2 anos	Pontuação
Juiz 1		X	X	X	X	X	9
Juiz 2			X		X	X	5
Juiz 3		X	X		X	X	8
Juiz 4		X	X		X	X	8
Juiz 5		X	X		X	X	8

Todos os juizes especialistas trabalham em hospitais oncológicos, todavia todos têm experiência clínica diária em CP e já atenderam pacientes com CPE em algum momento durante a experiência profissional em oncologia. Dois juizes possuem experiência clínica e suas pesquisas são direcionadas, exclusivamente, à área de oncologia e CP pediátricos; um juiz é responsável pela implementação da SAE/PE na instituição oncológica onde trabalha, supervisiona todos os setores da unidade tanto pediátricos como não pediátricos; dois juizes não possuem experiência na área pediátrica, no entanto um deles foi selecionado por ter experiência clínica, publicações, participação em eventos científicos e realizar pesquisa que entrelaça ambas as áreas de interesse do estudo CP e PE; o outro foi selecionado por dispor de conhecimento aprofundado na área de PE e executar o PE diariamente em seu ambiente de trabalho.

#### **4.3.2- Análise dos Juizes Especialistas**

Após as análises dos juizes, os dados foram organizados e buscou-se identificar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), tanto no aspecto global, ou seja, no conjunto dos diagnósticos, quanto para cada diagnóstico individualmente.

O quadro 6 traz o IVC dos diagnósticos considerando as avaliações dos cinco juizes. Na análise global dos diagnósticos, em pelo menos 90% das avaliações os juizes classificaram as associações aos diagnósticos como “muitíssimo pertinentes” ou “muito pertinentes”. Quanto à validação para cada diagnóstico individualmente, para a maioria dos diagnósticos, 51 dos 80 diagnósticos (63,0%), a avaliação foi de perfeita concordância e validação dos diagnósticos, que apresentaram IVC igual a 1.0, ou seja, foram classificados como “muitíssimo pertinente” ou “muito pertinente” por todos os juizes (linhas verdes). Nas linhas amarelas são marcados os diagnósticos que foram validados com IVC=0,80.

Os diagnósticos 8, 18, 36, 41,43 ,46, 68, 69 e 70 não foram bem avaliados, apresentando IVC global menor ou igual a 0,60, apontando que estes não foram considerados validados para as crianças e adolescentes internados no CTIPO em CP, por isto, não foram utilizados na elaboração do instrumento.

**Quadro 6 – IVC dos diagnósticos, considerando as avaliações dos cinco peritos especialistas, para cada diagnóstico, e no global. Niterói, RJ (2019).**

DIAGNÓSTICO	IVC Global dos 5 peritos
1 Proteção Ineficaz	1,00
2 Nutrição Desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	1,00
3 Risco de Função Hepática Prejudicada	0,80
4 Risco de Glicemia Instável	0,80
5 Risco de Desequilíbrio Eletrolítico	1,00
6 Volume de Líquido Deficiente	0,80
7 Volume de Líquido Excessivo	1,00
8 Eliminação Urinária Prejudicada	0,60
9 Retenção Urinária	1,00
10 Constipação	1,00
11 Risco de Constipação	1,00
12 Constipação Funcional Crônica	0,80
13 Risco de Constipação Funcional Crônica	1,00
14 Diarreia	0,80
15 Motilidade Gastrointestinal Disfuncional	1,00
16 Risco de Motilidade Gastrointestinal Disfuncional	1,00
17 Troca de gases Prejudicada	1,00
18 Privação do Sono	0,60
19 Capacidade de Transferência Prejudicada	1,00
20 Mobilidade Física Prejudicada	1,00
21 Mobilidade no Leito Prejudicada	1,00
22 Sentar-se Prejudicado	0,80
23 Risco de Síndrome do Desuso	0,80
24 Débito Cardíaco Diminuído	1,00

25	Padrão Respiratório Ineficaz	1,00
26	Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuído	1,00
27	Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	0,80
28	Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	0,80
29	Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório	1,00
30	Ventilação Espontânea Prejudicada	1,00
31	<i>Deficit</i> no Autocuidado para Alimentação	1,00
32	<i>Deficit</i> no Autocuidado para Banho	0,80
33	<i>Deficit</i> no Autocuidado para Higiene Íntima	1,00
34	Confusão Aguda	0,80
35	Risco de Confusão Aguda	0,80
36	Memória Prejudicada	0,40
37	Comunicação Verbal Prejudicada	1,00
38	Risco de Baixa Autoestima Situacional	1,00
39	Distúrbio da Imagem Corporal	1,00
40	Risco de Tensão do Papel de Cuidados	1,00
41	Ansiedade	0,60
42	Ansiedade Relacionada à Morte	0,80
43	Medo	0,60
44	Regulação do Humor Prejudicada	0,80
45	Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	1,00
46	Risco de Disreflexia Autonômica	0,60
47	Risco de Religiosidade Prejudicada	1,00
48	Risco de Infecção	1,00
49	Risco de Aspiração	0,80
50	Risco de Boca Seca	1,00
51		0,80

Risco de Choque	
52 Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas	1,00
53 Integridade da Membrana Mucosa Oral Prejudicada	1,00
54 Risco de Integridade da Membrana Oral Prejudicada	1,00
55 Integridade da Pele Prejudicada	1,00
56 Risco de Integridade da Pele Prejudicada	1,00
57 Integridade Tissular Prejudicada	1,00
58 Risco de Integridade Tissular Prejudicada	1,00
59 Risco de Lesão	1,00
60 Risco de Lesão do Trato Urinário	1,00
61 Risco de Lesão na Córnea	1,00
62 Risco de Lesão por Pressão	1,00
63 Risco de Quedas	1,00
64 Recuperação Cirúrgica Retardada	1,00
65 Risco de Ressecamento Ocular	1,00
66 Risco de Sangramento	1,00
67 Risco de Tromboembolismo Venoso	1,00
68 Risco de Suicídio	0,60
69 Contaminação	0,60
70 Risco de Reação Alérgica	0,60
71 Hipertermia	0,80
72 Hipotermia	0,80
73 Risco de Hipotermia	0,80
74 Termorregulação Ineficaz	1,00
75 Risco de Termorregulação Ineficaz	1,00
76 Conforto Prejudicado	1,00
77 Dor Aguda	1,00

78 Dor Crônica	0,80
79 Náusea	0,80
80 Risco de Desenvolvimento Atrasado	1,00
Global (independente do diagnóstico)	0,90

#### **4.4 – Instrumento assistencial de enfermagem baseado no sistema de linguagem padronizado NANDA-I-NIC-NOC: o produto da dissertação**

O instrumento assistencial foi constituído por duas partes: na primeira parte consta o histórico de enfermagem e na segunda parte, o sistema de classificação de enfermagem, que tem como princípio as linguagens padronizadas NANDA-I-NIC-NOC.

Esse instrumento propõe-se a servir como orientador para a assistência de enfermagem a crianças e adolescentes em CP internados em um CTIPO.

O instrumento deve ser aplicado no momento da internação da criança ou adolescente no CTIPO ou assim que possível após a internação dos mesmos. Posteriormente o instrumento deve ser reaplicado a cada plantão, afim de, avaliar o resultado das intervenções prescritas (devendo-se modifica-las se o resultado não for satisfatório) e a presença de novas respostas humanas (diagnósticos) que demandem a prescrição de novas intervenções.

**Quadro 7 – Instrumento assistencial de enfermagem em CP para CTIO. Niterói, RJ (2019).**

<b>HISTÓRICO</b>																																																														
Data ___/___/___	Prontuário _____	Nascimento ___/___/___	Idade _____																																																											
Diagnóstico _____																																																														
Nome _____																																																														
Escolaridade _____	Sexo _____	Procedência _____	Motivo da internação _____																																																											
Diagnóstico secundário _____																																																														
Possui alergia? ( ) sim ( ) não Qual? _____ Acompanhante? _____																																																														
Quem? _____																																																														
Internação com período inferior a 30 dias? _____ Internação com período inferior a 180 dias? _____																																																														
Faz uso de medicamentos em casa? _____ Qual? _____																																																														
Já fez: ( ) quimioterapia ( ) radioterapia ( ) cirurgia Quando? _____ Peso _____																																																														
Altura: _____ SC: _____ IMC: _____																																																														
<b>AVALIAÇÃO FÍSICA</b>																																																														
<b>Pós-operatório:</b> ( ) não ( ) sim																																																														
Temperatura: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ SAT. O2: _____																																																														
<b>Pulso:</b> ( ) amplo ( ) filiforme ( ) não palpável																																																														
<b>Nível de consciência:</b> ( ) acordado ( ) lúcido ( ) sonolento ( ) obnubilado Comatoso ( ) Sedado ( ) Agitado																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Escala de COMA de Glasgow</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 65%;">variáveis</th> <th style="width: 20%;">score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Abertura ocular</td> <td>Espontânea</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>À voz</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>À dor</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>nenhuma</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Resposta verbal</td> <td>Orientada</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Confusa</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Palavras inapropriadas</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Palavras incompreensivas</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>nenhuma</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Resposta motora</td> <td>Obedece a comandos</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Localiza dor</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Movimento de retirada</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Flexão anormal</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Extensão anormal</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>nenhuma</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Escala de COMA de Glasgow				variáveis	score	Abertura ocular	Espontânea	4	À voz	3	À dor	2	nenhuma	1	Resposta verbal	Orientada	5	Confusa	4	Palavras inapropriadas	3	Palavras incompreensivas	2	nenhuma	1	Resposta motora	Obedece a comandos	6	Localiza dor	5	Movimento de retirada	4	Flexão anormal	3	Extensão anormal	2	nenhuma	1	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Escala de agitação/Sedação de RASS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4</td><td>Combativo</td></tr> <tr><td>3</td><td>Muito agitado</td></tr> <tr><td>2</td><td>Agitado</td></tr> <tr><td>1</td><td>Inquieto</td></tr> <tr><td>0</td><td>Alerta e calmo</td></tr> <tr><td>-1</td><td>Sonolento</td></tr> <tr><td>-2</td><td>Sedação leve</td></tr> <tr><td>-3</td><td>Sedação moderada</td></tr> <tr><td>-4</td><td>Sedação intensa</td></tr> <tr><td>-5</td><td>Não desperta</td></tr> </tbody> </table>	Escala de agitação/Sedação de RASS		4	Combativo	3	Muito agitado	2	Agitado	1	Inquieto	0	Alerta e calmo	-1	Sonolento	-2	Sedação leve	-3	Sedação moderada	-4	Sedação intensa	-5	Não desperta
Escala de COMA de Glasgow																																																														
	variáveis	score																																																												
Abertura ocular	Espontânea	4																																																												
	À voz	3																																																												
	À dor	2																																																												
	nenhuma	1																																																												
Resposta verbal	Orientada	5																																																												
	Confusa	4																																																												
	Palavras inapropriadas	3																																																												
	Palavras incompreensivas	2																																																												
	nenhuma	1																																																												
Resposta motora	Obedece a comandos	6																																																												
	Localiza dor	5																																																												
	Movimento de retirada	4																																																												
	Flexão anormal	3																																																												
	Extensão anormal	2																																																												
	nenhuma	1																																																												
Escala de agitação/Sedação de RASS																																																														
4	Combativo																																																													
3	Muito agitado																																																													
2	Agitado																																																													
1	Inquieto																																																													
0	Alerta e calmo																																																													
-1	Sonolento																																																													
-2	Sedação leve																																																													
-3	Sedação moderada																																																													
-4	Sedação intensa																																																													
-5	Não desperta																																																													
<b>Pupilas:</b> ( ) isocóricas ( ) mióticas ( ) midriáticas ( ) anisocóricas ( ) fotorreagentes ( ) não fotorreagentes																																																														
<b>Acuidade visual:</b> ( ) preservada ( ) parcialmente preservada ( ) ausente ( ) exofthalmia ( ) enucleação _____																																																														
<b>Acuidade auditiva:</b> ( ) preservada ( ) parcialmente preservada ( ) ausente																																																														
<b>Região cranio-facial:</b> ( ) simétrico ( ) assimétrico																																																														
<b>Cavidade oral:</b> ( ) íntegra ( ) lesionada ( ) sangramento ( ) mucosite _____ ( ) limpa ( ) sujidade ( ) ar ambiente ( ) macronebulização ( ) BIPAP ( ) cateter de O2 ( ) traqueostomizado ( ) intubado ( ) ventilação mecânica																																																														
<b>Ausculta pulmonar:</b> ( ) MVUA _____ ( ) MVUA diminuído _____ ( ) MVUA abolido _____ ( ) estertores _____ ( ) roncos _____ ( ) sibilos _____ ( ) crepitação _____																																																														
<b>Ausculta cardíaca:</b> ( ) 2 bulhas ( ) 3 bulhas ( ) 4 bulhas ( ) sopros ( ) regular ( ) irregular																																																														
<b>Tórax:</b> ( ) simétrico ( ) assimétrico ( ) escavado ( ) protuso																																																														
<b>Abdome:</b> ( ) globoso ( ) distendido ( ) depressível ( ) rígido ( ) táboa ( ) víscera palpável _____ ( ) piparote + ( ) peristalse + ( ) peristalse - ( ) heperperistaltismo ( ) hipoperistaltismo																																																														
<b>Genitália:</b> ( ) íntegra ( ) lesionada _____ ( ) secreção _____ ( ) Edema																																																														

**Membros superiores:** ( ) sem alteração ( ) parético \_\_\_ ( ) plégico \_\_\_ ( ) parestesia

**Membros inferiores:** ( ) sem alteração ( ) parético \_\_\_ ( ) plégico \_\_\_ ( ) parestesia

Órtese: ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

Prótese: ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

**Mucosas:** ( ) normocoradas ( ) hipocoradas ( ) cianóticas ( ) icitéricas ( ) hiperemiadas ( ) hidratadas ( ) desidratada

**Pele:** ( ) normocoradas ( ) hipocoradas ( ) cianóticas ( ) icitéricas ( ) hiperemiadas ( ) hidratadas ( ) desidratada

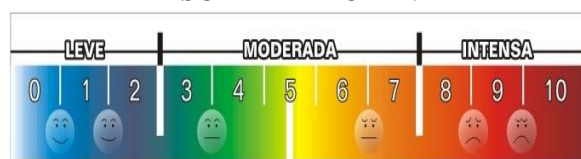
( ) petéquias \_\_\_\_\_ ( ) Hematomas \_\_\_\_\_ ( ) equimose \_\_\_\_\_

( ) presença de edema \_\_\_\_\_ ( ) anasarca \_\_\_\_\_

**Presença de dor:**

( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

### ESCALA DE DOR EVA



Escala de dor Comportamental	
<b>Expressão facial</b>	
Relaxada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Fazendo careta	4
<b>Movimentos dos membros superiores</b>	
Relaxados	1
Parcialmente flexionados	2
Totalmente flexionados	3
Totalmente contraídos	4
<b>Ventilação mecânica</b>	
Tolerando movimentos	1
Tossindo, mas tolerando a maior parte do tempo	2
Lutando contra o ventilador	3
Impossibilidade de controle do ventilador	4

**Eliminações:**

**Diurese:** ( ) espontânea ( ) CVD ( ) oligúria ( ) anúria ( ) hematúria ( ) coloração anormal

**Evacuação:** ( ) presente ( ) ausente \_\_\_\_\_ ( ) líquida ( ) semilíquida ( ) pastosa ( ) enrijecida ( ) fecaloma ( ) realizado clister coloração \_\_\_\_\_

**Presença de lesão:** ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

**Ferida operatória:** ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

**Amputações?** ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

**História de queda?** ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

**Risco de queda?** ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

**Dispositivos:**

( ) acesso venoso periférico \_\_\_\_\_ ( ) CVC jugular ( ) CVC femoral ( ) CVC subclávia ( ) CVC totalmente implantado \_\_\_\_\_ ( ) CVC semi-implantado \_\_\_\_\_ ( ) dissecação venosa \_\_\_\_\_

( ) punção arterial \_\_\_\_\_ ( ) dreno de tórax \_\_\_\_\_ ( ) dreno de hemovac \_\_\_\_\_

( ) dreno de J-vac \_\_\_\_\_ ( ) dreno de blake \_\_\_\_\_ ( ) dreno penrose \_\_\_\_\_

( ) monitorização de PVC ( ) monitorização de PI ( ) DVE/DVPE \_\_\_\_\_

**Fadiga:** ( ) não ( ) sim ( ) leve ( ) moderada ( ) intensa

**Aspectos nutricionais:**

( ) aspecto normal ( ) emagrecido ( ) caquético

**Dieta:** ( ) oral sem auxílio ( ) oral com auxílio ( ) aceitação total ( ) aceitação parcial ( ) disfagia ( ) deficit na deglutição

( ) SNE ( ) GTT ( ) boa retenção ( ) presença de resíduo gástrico ( ) SNG sifonagem ( ) zero



( ) NPT \_\_\_\_\_

**NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS:**

**Estado emocional:** ( ) tranquilo ( ) ansioso ( ) assustado ( ) agressivo ( ) agitado ( ) irritado ( ) triste ( ) choroso

**Enfrentamento da doença:** ( ) negação e isolamento ( ) ira ( ) barganha ( ) depressão ( ) aceitação

**Imagem corporal:**

Existe alteração da imagem corporal? ( ) sim ( ) não

Refere percepção alterada do corpo? ( ) sim ( ) não

Apresenta respostas não verbais relacionadas à doença e suas consequências? ( ) sim ( ) não

Evita reconhecer e tocar o próprio corpo? ( ) sim ( ) não

**Autoestima:**

Apresenta verbalização autonegativa? ( ) sim ( ) não

Apresenta expressões de vergonha? ( ) sim ( ) não

Verbaliza sentimentos de culpa? ( ) sim ( ) não

Avalia a si mesmo como incapaz? ( ) sim ( ) não

**Amor/família:**

Recebe suporte da rede social? ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

Pratica atividades de lazer e recreação? ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com você? \_\_\_\_\_

Quem será o principal acompanhante durante a internação? \_\_\_\_\_

Quem é o provedor da renda familiar? \_\_\_\_\_

Existe dificuldade financeira para prover insumos mínimos, transporte etc.? \_\_\_\_\_

Onde vocês moram? \_\_\_\_\_

É muito longe do hospital? \_\_\_\_\_

Quem vocês gostariam que estivesse presente nos momentos em que a equipe de saúde precisar passar alguma informação sobre a saúde da criança/adolescente? Ou quando for preciso tomar alguma decisão importante? \_\_\_\_\_

O acompanhante tem condições de manter alguns insumos como shampoo, condicionador, sabonete ou qualquer outra coisa enquanto estiver no hospital? \_\_\_\_\_

**Religiosidade e Espiritualidade**

Crença/religião: ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

Você gostaria de receber visita do seu líder espiritual? ( ) sim ( ) não

Você gostaria de receber visita do capelão do hospital? ( ) sim ( ) não

Existe algum ritual religiosos que vocês gostariam de realizar no hospital? ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS DA NANDA-I	NOC INICIAL	INDICADORES	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC	APRAZAMENTO HORÁRIO	NOC FINAL	INDICADORES
1 Proteção Ineficaz	-Utiliza comportamentos que evitam riscos ( ) -Mantém relações sociais ( ) -Pratica comportamentos saudáveis ( )	1-Nunca demonstrado 2-Raramente demonstrado 3-Algumas vezes demonstrado 4-Frequentemente demonstrado 5-Consistentemente demonstrado	-Usar um grupo de apoio durante os estágios de transição para auxiliar na adaptação do novo estilo de vida ( ) -Estimular a sentar-se na beira na cama ( ) -Proporcionar um ambiente terapêutico, garantindo uma experiência calorosa, relaxante, privada e personalizada ( )		-Utiliza comportamentos que evitam riscos ( ) -Mantém relações sociais ( ) -Pratica comportamentos saudáveis ( )	1-Nunca demonstrado 2-Raramente demonstrado 3-Algumas vezes demonstrado 4-Frequentemente demonstrado 5-Consistentemente demonstrado
2 Nutrição desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais	-Ingere alimentos de acordo com a dieta prescrita ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado	-Estabelecer metas realistas em curto e longo prazo para a mudança no estado nutricional ( ) -Discutir sobre o que a criança/adolescente gosta de comer ( ) -Monitorar a capacidade de deglutição da criança/adolescente( ) -Proporcionar alívio adequado da dor antes das refeições( )		-Ingere alimentos de acordo com a dieta prescrita ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
	-Desejo de comer ( ) -Sabor agradável dos alimentos ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	<b>Alimentação por sonda enteral:</b> -Manter cabeceira entre 30 e 45° durante a nutrição( ) -Checar resíduo gástrico antes da administração das dietas ( ) - Monitorar o peso três vezes por semana ( )		-Desejo de comer ( ) -Sabor agradável dos alimentos ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Ingestão de nutrientes ( ) -Proporção peso/altura ( ) -Energia ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal	-Checar resíduo gástrico antes da administração das dietas ( ) - Monitorar o peso três vezes por semana ( )		-Ingestão de nutrientes ( ) -Proporção peso/altura ( ) -Energia ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal
3	-Monitora as alterações do estado geral de saúde	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado	-Rever os dados derivados das medidas rotineiras para a avaliação do risco ( )		-Monitora as alterações do estado geral de saúde	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado

Risco de Função Hepática Prejudicada	( ) -Identifica os fatores de risco ( )	3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado	-Implementar atividades de redução dos riscos ( ) -Encaminhar o paciente a outros profissionais da saúde se necessário ( )		( ) -Identifica os fatores de risco ( )	3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
4 Risco de Glicemia Instável	-Reconhece sinais e sintomas indicativos do risco ( ) -Monitora alterações do estado geral de saúde ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado	-Monitorar os níveis de glicose sanguínea ( ) -Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia e mal-estar ( ) -Administrar insulina conforme esquema prescrito ( )		-Reconhece sinais e sintomas indicativos do risco ( ) -Monitora alterações do estado geral de saúde ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
	-Glicose no sangue ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal			-Glicose no sangue ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal
5 Risco de Desequilíbrio Eletrolítico	-Identificou os possíveis riscos ( ) -Monitorou as alterações do estado geral da saúde ( ) -Desenvolveu estratégias efetivas de controle dos riscos ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado	-Monitorar as alterações de desequilíbrio de eletrólitos ( ) -Manter registro preciso de ingestão e eliminação ( ) -Identificar riscos biológicos, comportamentais e ambientais e suas inter-relações ( )		-Identificou os possíveis riscos ( ) -Monitorou as alterações do estado geral da saúde ( ) -Desenvolveu estratégias efetivas de controle dos riscos ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
6 Volume de Líquido Deficiente	-Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 horas ( ) -Pressão Arterial ( ) -Função cognitiva ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido	-Verificar prescrição para terapia endovenosa ( ) -Monitorar ou estimar o volume da êmese ( )		-Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 horas ( ) -Pressão Arterial ( ) -Função cognitiva ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido

	-Turgor cutâneo	5- Não comprometido	-Encorajar o uso de técnicas não farmacológicas para o controle da êmese ( ) <b>Controle da diarreia</b> -Obter fezes para cultura e testes de sensibilidade ( ) -Mensurar a diarreia/eliminação intestinal ( ) -Identificar fatores capazes de causar ou contribuir para a diarreia ( ) <b>Controle do choque</b> -Monitorar os sinais vitais, pressão arterial, estado mental e débito urinário ( ) -Monitorar oximetria de pulso ( ) -Posicionar o paciente favorecendo perfusão cerebral ( )		-Turgor cutâneo	4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Tonteira ( ) - Confusão ( ) -Sede ( ) -Diarreia ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum			-Tonteira ( ) - Confusão ( ) -Sede ( ) -Diarreia ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
'7 Volume de líquido excessivo	-Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 horas ( ) -Pressão Arterial ( ) -Turgor cutâneo ( ) -Padrões de eliminação ( ) -Débito urinário de 8 horas ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Manter equilíbrio de ingestão e eliminação ( ) -Inserir cateter urinário conforme apropriado ( ) -Monitorar o estado de hidratação ( ) -Monitorar resultados laboratoriais relativos à retenção de líquidos -Monitorar pressão arterial, pulso, temperatura e estado respiratório ( )		-Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 horas ( ) -Pressão Arterial ( ) -Turgor cutâneo ( ) -Padrões de eliminação ( ) -Débito urinário de 8 horas ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Edema periférico ( ) -Ascite ( ) -Sons adventícios da respiração ( ) -Estase jugular ( ) -Frequência urinária ( ) -Edema ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar a oximetria de pulso ( ) -Administrar agentes farmacológicos para aumentar a eliminação urinária, conforme prescrição ( ) -Monitorar sinais e sintomas de ascite ( ) -Monitorar as membranas mucosas, turgidez da pele e sede		-Edema periférico ( ) -Ascite ( ) -Sons adventícios da respiração ( ) -Estase jugular ( ) -Frequência urinária ( ) -Edema ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum

			( ) - Monitorar a cor, quantidade específica da urina ( ) -Monitorar quanto às veias distendidas no pescoço, ruídos nos pulmões, edema periférico e ganho de peso ( )			
8 Retenção Urinária	-Padrões de eliminação ( ) -Quantidade de urina ( ) -Esvazia a bexiga completamente ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume, cor, conforme apropriado ( ) -Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária ( ) -Estimular o reflexo da bexiga aplicando compressas frias sobre a bexiga ( ) -Inserir sonda vesical conforme apropriado ( ) -Utilizar técnicas de distração para crianças ( ) -Usar a massagem isoladamente ou em conjunto com outras medidas ( )		-Padrões de eliminação ( ) -Quantidade de urina ( ) -Esvazia a bexiga completamente ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Retenção da urina( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum			-Retenção da urina ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
9 Constipação	-Padrão de eliminação ( ) -Controle de movimentos intestinais ( ) -Facilidade na passagem das fezes ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Monitorar a eliminação intestinal, incluindo frequência, consistência, volume e cor, conforme apropriado ( ) -Certificar-se de que a dieta inclui alimentos ricos em conteúdo fibras para prevenir constipação ( ) -Selecionar e implementar uma variedade de medidas (farmacológicas, não farmacológicas e interpessoais) para facilitar o alívio da dor, quando apropriado ( ) -Realizar enema quando prescrito ( ) - Monitorar sons intestinais ( )		-Padrão de eliminação ( ) -Controle de movimentos intestinais ( ) -Facilidade na passagem das fezes ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Constipação ( ) -Dor na passagem das fezes ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum			-Constipação ( ) -Dor na passagem das fezes ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
	-Elimina fezes pelo menos a cada três dias	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado			-Elimina fezes pelo menos a cada três dias	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado

	( ) -Ingere quantidade adequada de fibras ( )	3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado	-Remover a impactação fecal manualmente se necessário ( )		( ) -Ingere quantidade adequada de fibras ( )	3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
11 Risco de Constipação	-Padrão de eliminação ( ) -Controle de movimentos intestinais ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Monitorar a eliminação intestinal, incluindo frequência, consistência, volume e cor, conforme apropriado ( ) -Certificar-se de que a dieta inclui alimentos ricos em conteúdo fibras para prevenir constipação ( ) -Monitorar sinais e sintomas de constipação e impactação ( )		-Padrão de eliminação ( ) -Controle de movimentos intestinais ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
12 Risco de Constipação Funcional Crônica	-Elimina fezes pelo menos a cada três dias ( ) -Ingere quantidade adequada de fibras ( ) -Segue a dieta recomendada ( )	1- Nunca demonstrado 2- Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado	-Monitorar sons intestinais ( ) -Usar o relaxamento como técnica adjuvante ( )		-Elimina fezes pelo menos a cada três dias ( ) -Ingere quantidade adequada de fibras ( ) -Segue a dieta recomendada ( )	1- Nunca demonstrado 2- Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
13 Diarreia	-Padrão de eliminação ( ) -Cor das Fezes ( ) -Fezes pastosas e formadas ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor ( ) -Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal ( ) -Contar ou pesar as fraldas ( )		-Padrão de eliminação ( ) -Cor das fezes ( ) -Fezes pastosas e formadas ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Diarreia ( ) -Muco nas fezes ( ) -Frequência dos sintomas ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum			-Diarreia ( ) -Muco nas fezes ( ) -Frequência dos sintomas ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
14	-Controle de movimentos intestinais ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido	-Monitorar sinais e sintomas de constipação e impactação ( )		-Controle de movimentos intestinais ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido

Motilidade Gastrintestinal Disfuncional	-Sons intestinais ( ) -Tolerância alimentar ( )	3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor ( ) -Monitorar ruídos intestinais ( )		-Sons intestinais ( ) -Tolerância alimentar ( )	3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Dor abdominal ( ) -Distensão abdominal ( ) -Resíduo gástrico ( ) -Aumento no peristaltismo ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar quanto à sensação de estar cheio, distensão abdominal, cólicas e excessiva passagem de gases da boca ou do ânus ( ) -Monitorar a quantidade, a cor e consistência do débito gástrico ou nasogástrico ( )		-Dor abdominal ( ) -Distensão abdominal ( ) -Resíduo gástrico ( ) -Aumento no peristaltismo ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
15 Risco de Motilidade Gastrintestinal Disfuncional	-Controle de movimentos intestinais ( ) -Tolerância alimentar ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor ( ) -Monitorar quanto à sensação de estar cheio, distensão abdominal, cólicas e excessiva passagem de gases da boca ou do ânus ( )		-Controle de movimentos intestinais ( ) -Tolerância alimentar ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Reconhece sinais e sintomas dos riscos ( ) -Desenvolve estratégias efetivas para controle dos riscos ( )	1- Nunca demonstrado 2- Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado	-Identificar riscos biológicos, comportamentais e ambientais e suas inter-relações ( ) -Implementar atividades de redução de riscos ( )		-Reconhece sinais e sintomas dos riscos ( ) -Desenvolve estratégias efetivas para controle dos riscos ( )	1- Nunca demonstrado 2- Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
16 Troca de Gases Prejudicada	-Frequência respiratória ( ) -Ritmo respiratório ( ) -Profundidade da Inspiração ( ) -Saturação de oxigênio ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal	-Manter via aérea pérvia ( ) -Monitorar a gasometria arterial e os níveis de eletrólitos séricos ( ) -Monitorar padrão respiratório ( ) -Monitorar sinais e sintomas de insuficiência respiratória ( ) -Posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial respiratório ( )		-Frequência respiratória ( ) -Ritmo respiratório ( ) -Profundidade da Inspiração ( ) -Saturação de oxigênio ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal

	<p>-Uso dos músculos acessórios ( )</p> <p>-Dispneia em repouso ( )</p> <p>-Cognição prejudicada ( )</p> <p>-Ruídos respiratórios adventícios ( )</p>	<p>1-Grave</p> <p>2-Substancial</p> <p>3-Moderado</p> <p>4-Leve</p> <p>5-Nenhum</p>	<p>-Identificar a criança/adolescente que necessite de inserção real/potencial de via aérea artificial ( )</p> <p>-Remover secreções, estimulando a tosse/expectoração ( )</p> <p>-Utilizar técnicas lúdicas para estimular a respiração profunda em crianças ( )</p> <p>-Administrar oxigênio suplementar como prescrito ( )</p> <p>-Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações ( )</p> <p>-Monitorar quanto às respirações ruidosas, como estridores e roncos ( )</p>		<p>-Uso dos músculos acessórios ( )</p> <p>-Dispneia em repouso ( )</p> <p>-Cognição prejudicada ( )</p> <p>-Ruídos respiratórios adventícios ( )</p>	<p>1-Grave</p> <p>2-Substancial</p> <p>3-Moderado</p> <p>4-Leve</p> <p>5-Nenhum</p>
<p>17</p> <p>Capacidade de Transferência Prejudicada</p>	<p>-Move-se de um lado para o outro quando deitado ( )</p> <p>-Move-se de frente para trás quando deitado ( )</p> <p>-Transferência de uma superfície a outra enquanto deitado ( )</p>	<p>1- Gravemente comprometido</p> <p>2- Muito comprometido</p> <p>3- Moderadamente comprometido</p> <p>4- Levemente comprometido</p> <p>5- Não comprometido</p>	<p>-Monitorar a capacidade da criança/adolescente em realizar o autocuidado independente ( )</p> <p>-Fornecer assistência até a criança/adolescente ser totalmente capaz de assumir o autocuidado ( )</p> <p>-Determinar se as capacidades física e cognitiva estão estáveis ( )</p> <p>-Consultar fisioterapeuta para lidar com a incapacidade física ( )</p>		<p>-Move-se de um lado para o outro quando deitado ( )</p> <p>-Move-se de frente para trás quando deitado ( )</p> <p>-Transferência de uma superfície a outra enquanto deitado ( )</p>	<p>1- Gravemente comprometido</p> <p>2- Muito comprometido</p> <p>3- Moderadamente comprometido</p> <p>4- Levemente comprometido</p> <p>5- Não comprometido</p>
	<p>-Exaustão ( )</p> <p>-Motivação diminuída ( )</p>	<p>1-Grave</p> <p>2-Substancial</p> <p>3-Moderado</p> <p>4-Leve</p> <p>5-Nenhum</p>	<p>-Mover o paciente usando tábua de transferência, conforme necessário ( )</p>	<p>-Exaustão ( )</p> <p>-Motivação diminuída ( )</p>	<p>1-Grave</p> <p>2-Substancial</p> <p>3-Moderado</p> <p>4-Leve</p> <p>5-Nenhum</p>	
<p>18</p> <p>Mobilidade Física Prejudicada</p>	<p>-Movimento dos músculos ( )</p> <p>-Movimento das articulações ( )</p>	<p>1- Gravemente comprometido</p> <p>2- Muito comprometido</p> <p>3- Moderadamente comprometido</p>	<p>-Determinar as limitações do movimento articular e efeito sobre a função articular ( )</p>		<p>-Movimento dos músculos ( )</p> <p>-Movimento das articulações ( )</p>	<p>1- Gravemente comprometido</p> <p>2- Muito comprometido</p> <p>3- Moderadamente comprometido</p>



	<p>Movimentos realizados com facilidade ( )</p> <p>-Força na porção superior do corpo ( )</p> <p>-Força na porção inferior do corpo ( )</p>	<p>4- Levemente comprometido</p> <p>5- Não comprometido</p>	<p>-Colaborar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e na execução do programa de exercício ( )</p> <p>-Determinar o nível de motivação da criança/adolescente para manter e restabelecer o movimento da articulação ( )</p> <p>-Fornecer reforço positivo pela realização dos exercícios para a articulação ( )</p> <p>-Massagear usando golpes contínuos, uniformes, apertos ou vibrações com palmas, dedos e polegares ( )</p>		<p>Movimentos realizados com facilidade ( )</p> <p>-Força na porção superior do corpo ( )</p> <p>-Força na porção inferior do corpo ( )</p>	<p>4- Levemente comprometido</p> <p>5- Não comprometido</p>
<p>19</p> <p>Mobilidade no Leito Prejudicada</p>	<p>-Move-se de um lado para o outro quando deitado ( )</p> <p>-Passa de deitado para sentado ( )</p> <p>-Passa de sentado para deitado ( )</p> <p>-Orientação cognitiva ( )</p>	<p>1- Gravemente comprometido</p> <p>2- Muito comprometido</p> <p>3- Moderadamente comprometido</p> <p>4- Levemente comprometido</p> <p>5- Não comprometido</p>	<p>-Colaborar com o fisioterapeuta no desenvolvimento de um plano de promoção de mecânica corporal ( )</p> <p>-Auxiliar na demonstração de posições adequadas para dormir ( )</p> <p>-Auxiliar para evitar sentar na mesma posição por períodos prolongados ( )</p> <p>-Monitorar a melhora na postura/mecânica corporal da criança/adolescente ( )</p> <p>-Fornecer reforço positivo pela realização dos exercícios para a articulação ( )</p>		<p>-Move-se de um lado para o outro quando deitado ( )</p> <p>-Passa de deitado para sentado ( )</p> <p>-Passa de sentado para deitado ( )</p> <p>-Orientação cognitiva ( )</p>	<p>1- Gravemente comprometido</p> <p>2- Muito comprometido</p> <p>3- Moderadamente comprometido</p> <p>4- Levemente comprometido</p> <p>5- Não comprometido</p>
<p>20</p> <p>Sentar-se Prejudicado</p>	<p>-Mantém a força muscular ( )</p> <p>-Mantém a flexibilidade das articulações ( )</p> <p>-Utiliza exercícios prescritos para prevenir lesões ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado</p> <p>2 – Raramente demonstrado</p> <p>3- Algumas vezes demonstrado</p> <p>4- Frequentemente demonstrado</p> <p>5- Consistentemente demonstrado</p>			<p>-Mantém a força muscular ( )</p> <p>-Mantém a flexibilidade das articulações ( )</p> <p>-Utiliza exercícios prescritos para prevenir lesões ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado</p> <p>2 – Raramente demonstrado</p> <p>3- Algumas vezes demonstrado</p> <p>4- Frequentemente demonstrado</p> <p>5- Consistentemente demonstrado</p>

21 Risco de Síndrome do desuso	-Úlcera por pressão ( ) -Intestino hipoativo ( ) -Articulações contraídas ( ) -Congestão Pulmonar ( ) -Estase venosa ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Colaborar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e na execução do programa de exercício ( ) -Fornecer reforço positivo pela realização dos exercícios para a articulação ( ) -Massagear usando golpes contínuos, uniformes, apertos ou vibrações com palmas, dedos e polegares ( ) -Inspeccionar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem ( ) -Observar a data da última evacuação ( ) -Monitorar quanto às respirações ruidosas, como estridores e roncos ( )		-Úlcera por pressão ( ) -Intestino hipoativo ( ) -Articulações contraídas ( ) -Congestão pulmonar ( ) -Estase venosa ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
	-Estado nutricional ( ) -Força muscular ( ) -Efetividade da tosse ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido		-Estado nutricional ( ) -Força muscular ( ) -Efetividade da tosse ( )		1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
22 Débito Cardíaco Diminuído	-Pressão arterial sistólica ( ) -Pressão arterial diastólica ( ) -Equilíbrio entre ingestão e eliminação em 24 horas ( ) -Débito da urina ( ) -Saturação de oxigênio ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal	-Monitorar os sinais vitais com frequência ( ) -Monitorar o estado cardiovascular ( ) -Observar sinais e sintomas de redução do débito cardíaco ( ) -Estabelecer uma relação de apoio com a criança/adolescente e família ( ) -Avaliar dor torácica ( ) -Auscultar os sons cardíacos ( )		-Pressão arterial sistólica ( ) -Pressão arterial diastólica ( ) -Equilíbrio entre ingestão e eliminação em 24 horas ( ) -Débito da urina ( ) -Saturação de oxigênio ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal
	-Estase jugular ( ) -Sons cardíacos anormais ( ) -Sons respiratórios adventícios ( ) -Dispneia em repouso ( ) -Edema periférico ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Auscultar os pulmões quanto à presença de crepitações e outros sons adventícios ( ) -Administrar oxigenioterapia segundo prescrição médica ( ) -Monitorar ingestão e eliminação, débito urinário e peso ( )		-Estase jugular ( ) -Sons cardíacos anormais ( ) -Sons respiratórios adventícios ( ) -Dispneia em repouso ( ) -Edema periférico ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum

			-Realizar terapia de relaxamento se necessário ( )			
23 Padrão Respiratório Ineficaz	-Frequência respiratória ( ) -Ritmo respiratório ( ) -Profundidade da inspiração ( ) -Saturação de oxigênio ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da Variação normal	-Verificar a necessidade de aspiração oral ou nasal ( ) -Auscultar os pulmões quanto à presença de crepitações e outros sons adventícios ( ) -Administrar oxigenioterapia segundo prescrição médica ( )		-Frequência respiratória ( ) -Ritmo respiratório ( ) -Profundidade da inspiração ( ) -Saturação de oxigênio ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal
	-Uso dos músculos acessórios ( ) -Cianose ( ) -Cognição prejudicada ( ) -Gemido durante a respiração ( ) -Batimento de asa de nariz ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Posicionar a criança/adolescente de modo a maximizar a ventilação ( ) -Monitorar o estado respiratório e a oxigenação conforme apropriado ( ) -Monitorar os sinais vitais com frequência ( ) -Utilizar abordagem calma e tranquilizadora ( ) -Proporcionar atividades de diversão voltadas à redução da tensão ( )		-Uso dos músculos acessórios ( ) -Cianose ( ) -Cognição prejudicada ( ) -Gemido durante a respiração ( ) -Batimento de asa de nariz ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
24 Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída	-Pressão arterial ( ) -Frequência cardíaca apical ( ) -Fração de ejeção ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal	-Avaliar a criança/adolescente quanto à ansiedade e depressão ( ) -Promover técnicas efetivas para reduzir o estresse ( ) -Realizar terapia de relaxamento ( ) -Identificar os recursos disponíveis para auxiliar na diminuição dos fatores de risco ( )		-Pressão arterial ( ) -Frequência cardíaca apical ( ) -Fração de ejeção ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal
	-Arritmia ( ) -Taquicardia ( ) -Bradycardia ( ) -Diaforese profusa ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Implementar atividades de redução dos riscos ( ) -Monitorar a pressão arterial, pulso, temperatura e estado respiratório ( )		-Arritmia ( ) -Taquicardia ( ) -Bradycardia ( ) -Diaforese profusa ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum

25 Risco de Perusão Tissular Cerebral Ineficaz	-Pressão intracraniana ( ) -Pressão arterial ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal	-Monitorar o tamanho da pupila, a forma, a simetria e a reatividade ( ) -Monitorar o nível de consciência e orientação ( ) -Monitorar a tendência da Escala de Coma de Glasgow ( ) -Monitorar os sinais vitais: temperatura, pressão arterial, pulso e respiração ( ) -Envolver criança/adolescente e seus familiares nas atividades de monitoramento ( )		-Pressão intracraniana ( ) -Pressão arterial ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal
	-Dor de cabeça ( ) -Agitação ( ) -Vômito ( ) -Cognição prejudicada ( ) -Reflexos neurológicos prejudicados ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum			-Dor de cabeça ( ) -Agitação ( ) -Vômito ( ) -Cognição prejudicada ( ) -Reflexos neurológicos prejudicados ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
26 Perusão Tissular Periférica Ineficaz	-Enchimento capilar nos dedos das mãos ( ) -Enchimento capilar nos dedos dos pés ( ) -Temperatura da pele nas extremidades ( ) -Força do pulso radial ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal	-Avaliar edema periférico e pulsos ( ) -Inspeccionar a pele quanto a úlceras arteriais ou ruptura de tecidos ( ) -Inspeccionar a pele quanto a úlceras de estase e ruptura de tecido ( ) -Administrar medicamentos antiplaquetários ou anticoagulantes conforme apropriado ( )		-Enchimento capilar nos dedos das mãos ( ) -Enchimento capilar nos dedos dos pés ( ) -Temperatura da pele nas extremidades ( ) -Força do pulso radial ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal
	-Edema periférico ( ) -Dor localizada em extremidades ( ) -Dormência ( ) -Ruptura da pele ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Mudar a posição da criança/adolescente pelo menos a cada 2 horas ( ) -Monitorar o estado hídrico, incluindo ingestão e eliminação ( ) -Implementar o tratamento de feridas conforme apropriado ( ) -Monitorar o grau de desconforto ou dor ( )		-Edema periférico ( ) -Dor localizada em extremidades ( ) -Dormência ( ) -Ruptura da pele ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
27	-Frequência respiratória ( )	1- Desvio grave da variação normal	-Alternar períodos de tentativas de desmame com períodos de descanso ( )		-Frequência respiratória ( )	1- Desvio grave da variação normal

Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório	-Ritmo respiratório ( ) -Profundidade da inspiração ( ) -Saturação de oxigênio ( ) -Teste de função Pulmonar ( ) -Achados Radiográficos ( )	2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da Variação normal	-Monitorar para avaliar se criança/adolescente está livre de infecção significativa antes do desmame ( ) -Monitorar os sinais de fadiga muscular respiratória, hipoxemia e hipóxia tecidual enquanto o desmame está em processo ( ) -Usar técnicas de relaxamento ( )		-Ritmo respiratório ( ) -Profundidade da Inspiração ( ) -Saturação de oxigênio ( ) -Teste de função Pulmonar ( ) -Achados Radiográficos ( )	2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal
	-Movimentos assimétricos da parede torácica ( ) -Ansiedade ( ) -Inquietação ( ) -Infecção pulmonar ( ) -Secreções respiratórias ( ) -Medo	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum			-Movimentos assimétricos da parede torácica ( ) -Ansiedade ( ) -Inquietação ( ) -Infecção pulmonar ( ) -Secreções respiratórias ( ) -Medo	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
28 Ventilação Espontânea Prejudicada	-Frequência respiratória ( ) -Ritmo respiratório ( ) -Profundidade da Inspiração ( ) -Saturação de oxigênio ( ) -Capacidade de eliminar secreções ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da Variação normal	-Manter via aérea pérvia ( ) -Posicionar criança/adolescente para aliviar dispneia ( ) -Monitorar os efeitos da mudança de posicionamento na oxigenação, saturação ( ) -Utilizar técnicas divertidas para estimular respiração profunda em crianças ( )		-Frequência respiratória ( ) -Ritmo respiratório ( ) -Profundidade da inspiração ( ) -Saturação de oxigênio ( ) -Capacidade de eliminar secreções ( )	1- Desvio grave da variação normal 2- Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4- Leve desvio da variação normal 5- Sem desvio da variação normal
	-Uso de músculos acessórios ( ) -Retração torácica ( ) -Cianose ( ) -Dispneia em repouso	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum		-Monitorar quanto aos sinais de fadiga da musculatura respiratória ( ) -Iniciar e manter uso de oxigênio suplementar, conforme prescrito ( )		-Uso de músculos acessórios ( ) -Retração torácica ( ) -Cianose ( ) -Dispneia em repouso

	( ) -Inquietação ( ) -Diaforese ( ) -Cognição prejudicada ( ) -Respiração difícil ( )		-Administrar medicamentos que promovam a perviedade das vias aéreas e a troca de gases, segundo prescrição ( ) -Orientar técnicas de respiração ( )		( ) -Inquietação ( ) -Diaforese ( ) -Cognição prejudicada ( ) -Respiração difícil ( )	
29 <i>Deficit do Autocuidado para Alimentação</i>	-Abre recipientes ( ) -Utiliza utensílios ( ) -Mastiga os alimentos ( ) -Deglute os alimentos ( ) -Completa uma refeição ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Identificar a dieta prescrita ( ) -Providenciar canudo e alimentos que podem ser comidos com as mãos se necessário ( ) -Manter a atenção na criança/adolescente durante a alimentação ( ) -Encorajar os pais a alimentarem a criança/adolescente ( )		-Abre recipientes ( ) -Utiliza utensílios ( ) -Mastiga os alimentos ( ) -Deglute os alimentos ( ) -Completa uma refeição ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Ingestão oral de alimentos ( ) -Ingestão de alimentos via sonda ( ) -Ingestão parenteral de nutrientes ( )	1-Não adequado 2-Levemente adequado 3-Moderadamente adequado 4-Substancialmente adequado 5-Totalmente adequado	-Manter cabeceira elevada durante alimentação via sonda ( ) -Checar a fluxo de gotejamento da dieta enteral a cada hora ( ) -Monitorar sinais e sintomas de aspiração ( )		-Ingestão oral de alimentos ( ) -Ingestão de alimentos via sonda ( ) -Ingestão parenteral de nutrientes ( )	1-Não adequado 2-Levemente adequado 3-Moderadamente adequado 4-Substancialmente adequado 5-Totalmente adequado
30 <i>Deficit no Autocuidado para o banho</i>	-Lava a parte superior do corpo ( ) -Lava a parte inferior do corpo ( ) -Função sensorial e motora ( ) -Estado cognitivo ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Fazer uma avaliação abrangente da dor, incluindo localização, intensidade etc. ( ) -Observar as pistas não verbais de desconforto, principalmente naqueles que não se comunicam de forma eficaz ( )		-Lava a parte superior do corpo ( ) -Lava a parte inferior do corpo ( ) -Função sensorial e motora ( ) -Estado cognitivo ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	31 <i>Deficit no Autocuidado</i>	-Dor relatada ( )	-Proporcionar o alívio ideal da dor ( ) -Monitorar função sensorial e motora		-Dor relatada ( )	1-Grave 2-Substancial

para Higiene Íntima	-Expressões faciais de dor ( ) -coma ( )	3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	( ) -Encorajar a participação dos pais no autocuidado/banho ( ) -Fornecer assistência até que a criança/adolescente ou seus acompanhantes consigam realizar o banho sozinhos ( )		-Expressões faciais de dor ( ) -Coma ( )	3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
32 Confusão Aguda	-Desorientação no tempo ( ) -Desorientação no espaço ( ) -Atividade psicomotora ( ) -Cognição prejudicada ( ) -Verbalização sem sentido ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Estabelecer uma relação interpessoal, de confiança, com a criança/adolescente ( ) -Fornecer nível apropriado de vigilância/supervisão para monitorar o paciente ( ) -Fornecer medicamentos antipsicóticos e ansiolíticos, conforme prescrição ( ) -Ensinar familiares a respeito de maneiras de lidar com a criança/adolescente que está sofrendo alucinações ( ) -Obter solicitação médica se necessária para medidas de restrição física ( )		-Desorientação no tempo ( ) -Desorientação no espaço ( ) -Atividade psicomotora ( ) -Cognição prejudicada ( ) -Verbalização sem sentido ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
33 Risco de Confusão Aguda	-Identifica a si mesmo ( ) -Identifica o local onde está no momento ( ) -Função renal ( ) -Equilíbrio eletrolítico ( ) -Nível de consciência alterado ( ) -Verbalização sem sentido ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido  1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar quanto aos níveis séricos anormais eletrolíticos, conforme disponível ( ) -Monitorar o nível de consciência ( ) -Monitorar o nível de orientação ( ) -Envolver a criança/adolescente nas atividades de monitoramento do nível de consciência ( ) -Monitorar a função renal da criança/adolescente ( )		-Identifica a si mesmo ( ) -Identifica o local onde está no momento ( ) -Função renal ( ) -Equilíbrio eletrolítico ( ) -Nível de consciência alterado ( ) -Verbalização sem sentido ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido  1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum

<p>34 Comunicação Verbal Prejudicada</p>	<p>-Uso de linguagem falada ( ) -Uso de linguagem não verbal ( ) -Interpretação da linguagem falada ( ) -Consciência ( ) -Função sensorial e motora ( )</p>	<p>1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido</p>	<p>-Monitorar velocidade, pressão, ritmo, quantidade e volume da fala e dicção ( ) -Monitorar processos cognitivos, anatômicos e fisiológicos associados à capacidade da fala ( ) -Reconhecer os comportamentos emocionais e físicos como formas de comunicação ( ) -Fornecer métodos alternativos de comunicação de voz (quadro de escrita, figura etc.) ( ) -Ajustar o estilo de comunicação para atender às necessidades da criança/adolescente ( )</p>		<p>-Uso de linguagem falada ( ) -Uso de linguagem não verbal ( ) -Interpretação da linguagem falada ( ) -Consciência ( ) -Função sensorial e motora ( )</p>	<p>1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido</p>
<p>35 Risco de Baixa Autoestima Situacional</p>	<p>-Aceitação de autolimitações ( ) -Mantém a percepção dos sentimentos ( ) -Expressa seus sentimentos para as outras pessoas ( ) -Reconhece a realidade da situação da saúde ( ) -Mantém relacionamentos ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado</p>	<p>-Encorajar a expressão de sentimentos ( ) -Fornecer informações factuais, conforme necessário e adequado ( ) -Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade ( ) -Abraçar ou tocar o paciente para dar apoio ( ) -Encaminhar a criança/adolescente para aconselhamento, conforme necessário ( ) -Utilizar arteterapia ( ) -Musicoterapia ( )</p>		<p>-Aceitação de autolimitações ( ) -Mantém a percepção dos sentimentos ( ) -Expressa seus sentimentos para as outras pessoas ( ) -Reconhece a realidade da situação da saúde ( ) -Mantém relacionamentos ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado</p>
<p>36 Distúrbio na imagem Corporal</p>	<p>-Imagem de si mesmo ( ) -Descrição da parte do corpo afetada ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado</p>	<p>-Encorajar a expressão de sentimentos ( ) -Fornecer informações factuais, conforme necessário e adequado ( ) -Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade ( )</p>		<p>-Imagem de si mesmo ( ) -Descrição da parte do corpo afetada ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado</p>



	-Atitude com relação ao uso de estratégias para melhorar a função ( ) -Utiliza suporte social disponível ( ) -Utiliza estratégias efetivas de enfrentamento ( )	5- Consistentemente demonstrado	-Abraçar ou tocar o paciente para dar apoio ( ) -Determinar presença e grau do risco de suicídio ( ) -Encaminhar a criança/adolescente para aconselhamento, conforme necessário ( ) -Utilizar arteterapia ( ) -Musicoterapia ( )		-Atitude com relação ao uso de estratégias para melhorar a função ( ) -Utiliza suporte social disponível ( ) -Utiliza estratégias efetivas de enfrentamento ( )	5- Consistentemente demonstrado
37 Risco de tensão do Papel de Cuidados	-Colabora com os prestadores de saúde na determinação do cuidados ( ) -Família verbalizam o significado da crise de saúde ( ) -Proporciona estrutura à criança/adolescente ( ) -Mantém uma comunicação aberta ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado	-Determinar o nível de conhecimento dos cuidados ( ) -Determinar a aceitação do papel de cuidador ( ) -Reconhecer manifestações de emoções negativas ( ) -Identificar recursos por meio dos quais o cuidados pode tirar folga ( ) -Apoiar o cuidador no estabelecimento de limites e nos cuidados consigo mesmo ( ) -Apoiar as decisões do cuidados ( ) -Identificar e envolver familiares de alto risco em um programa de acompanhamento ( )		-Colabora com os prestadores de saúde na determinação do cuidados ( ) -Família verbalizam o significado da crise de saúde ( ) -Proporciona estrutura à criança/adolescente ( ) -Mantém uma comunicação aberta ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
38 Ansiedade Relacionada à Morte	-Bem-estar psicológico ( ) -Apoio familiar ( ) -Vida espiritual ( ) -Expressão de prontidão para morte iminente ( ) -Lamento ( ) -Sofrimento ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido 1-Grave 2-Substancial	-Utilizar abordagem calma e tranquilizadora ( ) -Encorajar a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos sobre a morte ( ) -Proporcionar atividades de diversão voltadas à redução da tensão ( ) -Facilitar a obtenção de apoio espiritual ao paciente e à família ( )		-Bem-estar psicológico ( ) -Apoio familiar ( ) -Vida espiritual ( ) -Expressão de prontidão para morte iminente ( ) -Lamento ( ) -Sofrimento ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido 1-Grave 2-Substancial

	-Inquietação ( )	3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Apoiar os esforços da família em permanecer na beira do leito ( )		-Inquietação ( )	3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
39 Regulação do Humor Prejudicada	-Bem-estar psicológico ( ) -Apoio familiar ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Encaminhar a criança/adolescente para aconselhamento, conforme necessário ( ) -Utilizar arteterapia ( ) -Musicoterapia ( ) -Brinquedo terapêutico ( )		-Bem-estar psicológico ( ) -Apoio familiar ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Utiliza estratégias efetivas de enfrentamento ( ) -Mantém uma comunicação aberta ( )	1- Nunca demonstrado 2- Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado			-Utiliza estratégias efetivas de enfrentamento ( ) -Mantém uma comunicação aberta ( )	1- Nunca demonstrado 2- Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
40 Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	-Pressão intracraniana ( ) -Função sensorial e motora craniana ( ) -Controle motor central ( ) -Frequência cardíaca ( ) -Pressão arterial ( ) -Reatividade das pupilas ( ) -Orientação cognitiva ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Administrar medicamentos, conforme prescrição ( ) -Monitorar para detecção de confusão mudança no estado mental, queixa de tontura e síncope ( ) -Monitorar o estado neurológico atentamente e comparar com os dados iniciais ( ) -Monitorar sinais vitais ( ) -Monitorar pressão intracraniana e a pressão de perfusão cerebral ( ) -Reduzir estímulos no ambiente do paciente ( ) -Fornecer sedação, conforme necessário ( ) -Encorajar a família a conversar com a criança/adolescente		-Pressão intracraniana ( ) -Função sensorial e motora craniana ( ) -Controle motor central ( ) -Frequência cardíaca ( ) -Pressão arterial ( ) -Reatividade das pupilas ( ) -Orientação cognitiva ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Crise convulsiva ( ) -Delírio ( ) -Coma ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve			-Crise convulsiva ( ) -Delírio ( ) -Coma ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve

		5-Nenhum	( ) -Monitorar mudanças na forma ou reatividade pupilar ( )			5-Nenhum
41 Risco de Religiosidade prejudicada	-Bem-estar psicológico ( ) -Fé ( ) -Esperança ( ) -Satisfação espiritual ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Identificar as preocupações sobre a expressão religiosa ( ) -Encorajar os serviços religiosos quando adequado ( ) -Encaminhar para um conselheiro religioso da escolha da criança/adolescente e família ( ) -Ouvir com atenção a comunicação do indivíduo e desenvolver senso de hora certa para orações e rituais espirituais ( ) -Discutir as experiências emocionais com a criança/adolescente e família ( )		-Bem-estar psicológico ( ) -Fé ( ) -Esperança ( ) -Satisfação espiritual ( )  -Depressão ( ) -Ansiedade ( ) -Estresse ( ) -Perda da fé ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido  1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
	-Depressão ( ) -Ansiedade ( ) -Estresse ( ) -Perda da fé ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum				
42 Risco de Infecção	-Colonização em cultura sanguínea ( ) -Colonização da cultura da urina ( ) -Colonização da cultura de fezes ( ) -Colonização de cultura de escarro ( ) -Colonização de Líquor ( ) -Colonização do acesso vascular ( ) -Elevação na contagem de leucócitos ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Manter as técnicas de isolamento conforme apropriado ( ) -Orientar os pacientes e visitantes quanto às técnicas adequadas para lavagem das mãos ( ) -Garantir manuseio asséptico em todas as vias EV ( ) -Trocar os equipamentos de atendimento dos pacientes conforme normas da instituição ( ) -Identificar os recursos disponíveis para auxiliar na diminuição dos fatores de risco ( )		-Colonização em cultura sanguínea ( ) -Colonização da cultura da urina ( ) -Colonização da cultura de fezes ( ) -Colonização de cultura de escarro ( ) -Colonização de Líquor ( ) -Colonização do acesso vascular ( ) -Elevação na contagem de leucócitos ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
43 Risco de Aspiração	-Ruídos respiratórios adventícios ( ) -Respiração difícil ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve	-Posicionar cabeceira maior que 30° em casos de VM e/ou dieta por SNE ( )		-Ruídos respiratórios adventícios ( ) -Respiração difícil ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve

	-Batimento de asa de nariz ( ) -Acúmulo de secreção pulmonar ( ) -Tosse ( ) -Cianose ( )	5-Nenhum	-Manter o equipamento de aspiração disponível ( ) -Supervisionar a alimentação ou auxiliar, conforme necessário ( ) -Verificar resíduo gástrico ou da gastrostomia antes de alimentar ( ) -Manter o balonete traqueal insuflado, conforme apropriado ( ) -Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição ( )		-Batimento de asa de nariz ( ) -Acúmulo de secreção pulmonar ( ) -Tosse ( ) -Cianose ( )	5-Nenhum
44 Risco de Boca Seca	-Reconhece sinais e sintomas indicativos do risco ( ) -Identifica os riscos ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente demonstrado 5- Consistentemente demonstrado	-Promover atividades para modificar os fatores de risco identificados da quimioterapia ( ) -Iniciar atividades de saúde bucal, como utilização de saliva artificial após quimioterapia ( ) -Ensinar a criança/adolescente sobre autoavaliação da cavidade oral ( )		-Reconhece sinais e sintomas indicativos do risco ( ) -Identifica os riscos ( )	1- Nunca demonstrado 2 – Raramente demonstrado 3- Algumas vezes demonstrado 4- Frequentemente Demonstrado 5- Consistentemente demonstrado
45 Risco de Choque	-Pressão de pulso diminuída ( ) -Pressão arterial diminuída ( ) -Frequência respiratória aumentada ( ) -Pele fria e pegajosa ( ) -Palidez ( ) -Tempo de enchimento capilar prolongado ( ) -Nível de consciência diminuída ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo FC, PA, PAM, PVC, pressão arterial pulmonar e débito cardíaco se disponíveis ( ) -Monitorar eliminação e ingestão ( ) -Monitorar evidências de desidratação ( ) -Monitorar as fontes da perda de fluidos (sangramento, vômito, diarreia, transpiração excessiva, taquipneia) ( ) -Monitorar os sinais iniciais de síndrome de resposta inflamatória sistêmica ( ) -Monitorar sinais de oxigenação tecidual inadequada ( )		-Pressão de pulso diminuída ( ) -Pressão arterial diminuída ( ) -Frequência respiratória aumentada ( ) -Pele fria e pegajosa ( ) -Palidez ( ) -Tempo de enchimento capilar prolongado ( ) -Nível de consciência diminuída ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum

			-Monitorar oximetria de pulso ( ) -Orientar a criança/adolescente e seus familiares acerca das etapas a serem seguidas diante do início dos sintomas de choque ( )			
46 Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas	-Respiração difícil ( ) -Batimento de asa de nariz ( ) -Ansiedade ( ) -Dispneia ( ) -Cianose ( ) -Expiração prejudicada ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Aspirar a nasofaringe com aspirador nasal ou dispositivo de aspiração ( ) -Realizar aspiração endotraqueal, conforme necessário ( ) -Posicionar a criança/adolescente de modo a maximizar o potencial respiratório ( ) -Identificar a criança/adolescente que necessite de inserção real/potencial de via aérea artificial ( ) -Orientar como tossir efetivamente ( ) -Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado ( )		-Respiração difícil ( ) -Batimento de asa de nariz ( ) -Ansiedade ( ) -Dispneia ( ) -Cianose ( ) -Expiração prejudicada ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
47 Integridade da Membrana Mucosa Oral Prejudicada	-Lesões na mucosa oral ( ) -Sangramento ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Determinar a condição da mucosa oral ( ) -Aplicar medicamentos seguindo os cinco certos ( )		-Lesões na mucosa oral ( ) -Sangramento ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
	-Tamanho da ferida diminuído ( )	1-Nenhum 2-Limitado 3-Moderado 4-Substancial 5-Extenso	-Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão ( )		-Tamanho da ferida diminuído ( )	1-Nenhum 2-Limitado 3-Moderado 4-Substancial 5-Extenso
48 Risco de Integridade da membrana oral Prejudicada	-Lesões na mucosa oral ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Determinar a condição da mucosa oral ( ) -Promover atividades para modificar os fatores de risco identificado ( ) -Iniciar atividades de saúde bucal ( )		-Lesões na mucosa oral ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
49 Integridade da Pele Prejudicada	-Temperatura da pele ( ) -Hidratação ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido	-Remover curativo e fita adesiva ( )		-Temperatura da pele ( ) -Hidratação ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido

	-Integridade tecidual ( ) -Perfusão tecidual ( )	3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Monitorar as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho e odor ( ) -Medir o leito da lesão ( ) -Aplicar curativo adequado ao tipo de lesão ( ) -Monitorar quanto a sinais de infecção ( ) -Encorajar a ingestão de líquidos ( ) -Proporcionar controle adequado da dor ( )		-Integridade tecidual ( ) -Perfusão tecidual ( )	3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
	-Lesões na pele ( ) -Tecidos Cicatriciais ( ) -Úlcera por pressão ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum			-Lesões na pele ( ) -Tecidos Cicatriciais ( ) -úlcera por pressão ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
50 Risco de Integridade da Pele Prejudicada	-Lesões na pele ( ) -Estase venosa ( ) -Tumores ( ) -Perda de peso ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar quanto a alterações na integridade da pele e tratá-las apropriadamente ( ) -Providenciar cuidados especiais à pele em dobras propensas à infecção (nádegas, períneo, virilha etc.) ( ) -Monitorar a ingestão dietética de calorías ( ) -Monitorar as tendências de perda e ganho de peso ( ) -Monitorar a mobilidade e estabilidade do paciente ( ) -Utilizar a escala de Braden como ferramenta para avaliação do risco de lesão da pele ( ) -Monitorar para fontes de pressão e atrito ( )		-Lesões na pele ( ) -Estase venosa ( ) -Tumores ( ) -Perda de peso ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
	-Estado nutricional ( ) -Força muscular ( ) -Movimento articular ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido			-Estado nutricional ( ) -Força muscular ( ) -Movimento articular ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
51 Integridade Tissular Prejudicada	-Lesão nas mucosas ( ) -Abrasão da camada da córnea ( ) -Vermelhidão da conjuntiva ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Aplicar lubrificante para umedecer os lábios e mucosa oral, conforme necessário ( ) -Monitorar as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho e odor ( )		-Lesão nas mucosas ( ) -Abrasão da camada da córnea ( ) -Vermelhidão da conjuntiva ( ) -Secreção mucosa excessiva ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum

	-Secreção mucosa excessiva ( ) -Dor no olho ( ) -Sangramento ( ) -Gengivite ( ) -Lesão da mucosa oral ( )		-Aplicar curativo adequado ao tipo de lesão ( ) -Examinar a lesão a cada troca de curativo ( ) -Posicionar a criança/adolescente de modo a evitar a tensão sobre a lesão ( ) -Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão ( ) -Administrar medicamentos conforme prescrito ( )		-Dor no olho ( ) -Sangramento ( ) -Gengivite ( ) -Lesão da mucosa oral ( )	
52 Risco de Integridade Tissular Prejudicada	-Estase venosa ( ) -Tumores ( ) -Perda de peso ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica ( ) -Manter hidratação adequada ( ) -Monitorar as extremidades para detecção de áreas de calor, vermelhidão, dor ou inchaço ( ) -Monitorar a ingestão dietética de calorías ( ) -Monitorar a mobilidade e estabilidade do paciente ( ) -Monitorar mucosas quanto ao risco de aparecimento de lesões ( )		-Estase venosa ( ) -Tumores ( ) -Perda de peso ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
	-Estado nutricional ( ) -Força muscular ( ) -Movimento articular ( ) -Hidratação ( ) -Perfusão tecidual ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido				-Estado nutricional ( ) -Força muscular ( ) -Movimento articular ( ) -Hidratação ( ) -Perfusão tecidual ( )
53 Risco de Lesão	-Mobilidade prejudicada ( ) -Cognição prejudicada ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Propiciar um ambiente livre de ameaças ( ) -Obter prescrição médica para utilizar restrição física, conforme necessário ( ) -Identificar as necessidades de segurança da criança/adolescente, com base no nível de funcionamento físico e cognitivo, além do histórico de comportamento ( )		-Mobilidade prejudicada ( ) -Cognição prejudicada ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
54 Risco de Lesão por Pressão	-Nível de consciência diminuída ( )				-Nível de consciência diminuída ( )	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar os riscos de segurança no ambiente ( )</li> <li>-Remover os riscos do ambiente quando possível ( )</li> <li>-Utilizar a escala de Braden como ferramenta para avaliação do risco de lesão da pele ( )</li> </ul>			
	-Segue as estratégias selecionadas de controle de riscos ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Nunca demonstrado</li> <li>2 – Raramente demonstrado</li> <li>3- Algumas vezes demonstrado</li> <li>4- Frequentemente demonstrado</li> <li>5- Consistentemente demonstrado</li> </ul>			-Segue as estratégias selecionadas de controle de riscos ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Nunca demonstrado</li> <li>2 – Raramente demonstrado</li> <li>3- Algumas vezes demonstrado</li> <li>4- Frequentemente demonstrado</li> <li>5- Consistentemente demonstrado</li> </ul>
55 Risco de Lesão do Trato Urinário	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cognição prejudicada ( )</li> <li>-Nível de consciência diminuída ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Grave</li> <li>2-Substancial</li> <li>3-Moderado</li> <li>4-Leve</li> <li>5-Nenhum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Usar dispositivo de fixação nas sondas urinárias ( )</li> <li>-Monitorar quanto ao risco de tração da sonda urinária ( )</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cognição prejudicada ( )</li> <li>-Nível de consciência diminuída ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Grave</li> <li>2-Substancial</li> <li>3-Moderado</li> <li>4-Leve</li> <li>5-Nenhum</li> </ul>
56 Risco de lesão na Córnea	-Abrasão na camada da córnea ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Grave</li> <li>2-Substancial</li> <li>3-Moderado</li> <li>4-Leve</li> <li>5-Nenhum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instilar medicação no saco conjuntival, conforme prescrição ( )</li> <li>-Monitorar quanto à lubrificação do olho ( )</li> </ul>		-Abrasão na camada da córnea ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Grave</li> <li>2-Substancial</li> <li>3-Moderado</li> <li>4-Leve</li> <li>5-Nenhum</li> </ul>
57 Risco de Quedas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cai quando sentado ( )</li> <li>-Cai durante transferência ( )</li> <li>-Cai da cama ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-10 ou mais</li> <li>2-(7-9)</li> <li>3-(4-6)</li> <li>4-(1-3)</li> <li>5-Nenhuma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar <i>deficits</i> cognitivos ou físicos da criança/adolescente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico ( )</li> <li>-Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas ( )</li> <li>-Rever o histórico de quedas com a criança/adolescente e familiares ( )</li> <li>-Travar as rodas da cadeira de rodas, cama ou maca durante as transferências ( )</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cai quando sentado ( )</li> <li>-Cai durante transferência ( )</li> <li>-Cai da cama ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-10 ou mais</li> <li>2-(7-9)</li> <li>3-(4-6)</li> <li>4-(1-3)</li> <li>5-Nenhuma</li> </ul>



			-Colocar os acessórios facilmente ao alcance da criança/adolescente ( ) -Manter as grades da cama e maca elevadas ( )				
58 Recuperação Cirúrgica Retardada	-Febre ( ) -Infecção ( ) -Confusão ( )	1-Consistentemente demonstrado 2-Frequentemente demonstrado 3-Algumas vezes demonstrado 4-Raramente demonstrado 5-Nunca demonstrado	-Monitorar sinais vitais ( ) -Monitorar exames laboratoriais ( ) -Fornecer medicamentos usando a técnica e a via adequada ( ) -Inspeccionar o local da incisão para detecção de vermelhidão, edema ou sinais de deiscência ou evisceração ( ) -Observar as características de qualquer secreção ( ) -Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão ( ) -Trocar o curativo em intervalos apropriados ( ) -Assegurar cuidados analgésicos para a criança/adolescente ( )		-Febre ( ) -Infecção ( ) -Confusão ( )	1-Consistentemente demonstrado 2-Frequentemente demonstrado 3-Algumas vezes demonstrado 4-Raramente demonstrado 5-Nunca demonstrado	
	-Aproximação das bordas da ferida ( ) -Formação de cicatriz ( ) -Granulação ( ) -Tamanho da ferida diminuído ( )	1-Nenhum 2-Limitado 3-Moderado 4-Substancial 5-Extenso				-Aproximação das bordas da ferida ( ) -Formação de cicatriz ( ) -Granulação ( ) -Tamanho da ferida diminuído ( )	1-Nenhum 2-Limitado 3-Moderado 4-Substancial 5-Extenso
	-Drenagem purulenta ( ) -Drenagem serosa ( ) -Drenagem sanguinolenta ( ) -Edema perilesão -Odor desagradável na ferida ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum				-Drenagem purulenta ( ) -Drenagem serosa ( ) -Drenagem sanguinolenta ( ) -Edema perilesão -Odor desagradável na ferida ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
59 Risco de Ressecamento Ocular	-Diminuição de produção de lágrimas ( ) -Fechamento incompleto das pálpebras ( ) -Vermelhidão da conjuntiva ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar sinais e sintomas de ressecamento ocular ( ) -Identificar fatores ambientais (ar seco, ar condicionado, macronebulização) que possam aumentar o potencial de ressecamento ocular ( ) -Monitorar o reflexo do ato de piscar ( )		-Diminuição de produção de lágrimas ( ) -Fechamento incompleto das pálpebras ( ) -Vermelhidão da conjuntiva ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	

			-Aplicar lubrificante ao menos duas vezes ao dia ou conforme apropriado ( )			
60 Risco de Sangramento	-Tempo de protrombina ( ) -Contagem de plaquetas ( ) -Fibrinogênio plasmático ( ) -Tempo de coagulação ativado ( )	1-Desvio grave da variação normal 2-Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4-Desvio leve da variação normal 5-Sem desvio da variação normal	-Monitorar atentamente a criança/adolescente quanto à hemorragia ( ) Monitorar os testes de coagulação, incluindo tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial, fibrinogênio e contagem de plaquetas ( ) -Evitar injeções, caso risco alto de hemorragia ( ) -Administrar medicamentos conforme prescrição ( )		-Tempo de protrombina ( ) -Contagem de plaquetas ( ) -Fibrinogênio plasmático ( ) -Tempo de coagulação ativado ( )	1-Desvio grave da variação normal 2-Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4-Desvio leve da variação normal 5-Sem desvio da variação normal
61 Risco de Tromboembolismo Venoso	-Trombose venosa ( ) -Estase venosa ( ) -Edema com cacifo ( ) -Dormência ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar os testes de coagulação, incluindo tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial, fibrinogênio e contagem de plaquetas ( ) -Administrar medicamentos conforme prescrição ( ) -Obter um histórico detalhado da saúde da criança/adolescente a fim de determinar os fatores de risco para embolia ( ) -Avaliar a presença da tríade de Virchow: estase venosa, hipercoagulabilidade e traumatismo resultante de dano intimal ( ) -Elevar membros afetados ( )		-Trombose venosa ( ) -Estase venosa ( ) -Edema com cacifo ( ) -Dormência ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
	-Formação de coágulos ( ) -Hematócrito ( )	1-Desvio grave da variação normal 2-Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4-Desvio leve da variação normal 5-Sem desvio da variação normal			-Formação de coágulos ( ) -Hematócrito ( )	1-Desvio grave da variação normal 2-Desvio substancial da variação normal 3-Desvio moderado da variação normal 4-Desvio leve da variação normal 5-Sem desvio da variação normal
62 Hipertermia	-Hipertermia ( ) -Desidratação ( ) -Febre ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar sinais vitais, incluindo temperatura corporal central ( ) -Obter amostras de sangue e urina para cultura ( )		-Hipertermia ( ) -Desidratação ( ) -Febre ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum

			-Administrar medicamentos antipiréticos, conforme apropriado ( ) -Promover a ingestão adequada de nutrientes e líquidos ( ) -Monitorar complicações relativas a febre (convulsões etc.) ( )			
63 Hipotermia	-Hipotermia ( ) -Sonolência ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar sinais vitais, incluindo temperatura corporal central ( ) -Minimizar a estimulação da criança/adolescente para evita fibrilação cardíaca ( ) -Aplicar o reaquecimento passivo (Cobertor, touca, manta térmica) ( ) -Aplicar reaquecimento interno ativo (fluidos EV aquecidos, oxigênio terapia aquecido etc.) ( )		-Hipotermia ( ) -Sonolência ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
64 Risco de Hipotermia	Hipotermia ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar a temperatura da criança/adolescente usando dispositivos e locais de aferência apropriados ( )		Hipotermia ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
65 Termorregulação Ineficaz	-Hipotermia ( ) -Hipertermia ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar sinais vitais, incluindo temperatura corporal central ( ) -Monitorar a temperatura pelo menos a cada 2 horas ( )		-Hipotermia ( ) -Hipertermia ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
	-Função sensorial e motora craniana ( ) -Frequência cardíaca ( ) -Termorregulação ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Instituir um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central ( ) -Promover a ingestão adequada de nutrientes e líquidos ( ) -Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia ou hipertermia ( ) -Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades da criança/adolescente ( )		-Função sensorial e motora craniana ( ) -Frequência Cardíaca ( ) -Termorregulação ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente Comprometido 4- Levemente Comprometido 5- Não comprometido

			-Monitorar alterações sensoriais e motoras ( )			
66 Risco de Termorregulação Ineficaz	-Hipotermia ( ) -Hipertermia ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Monitorar a temperatura da criança/adolescente usando dispositivos e locais de aferência apropriados ( ) -Monitorar sinais vitais, incluindo temperatura corporal central ( )		-Hipotermia ( ) -Hipertermia ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum
67 Conforto Prejudicado	-Bem-estar físico ( ) -Controle de sintomas ( ) -Bem-estar psicológico ( ) -Apoio social da família ( ) -Relações sociais ( ) -Vida espiritual ( ) -Ambiente físico ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido	-Criar um ambiente calmo e acolhedor ( ) -Determinar e resolver a causa do desconforto, como curativos molhados, posicionamento dos tubos e irritantes ambientais ( ) -Posicionar a criança/adolescente para facilitar o conforto ( ) -Discutir experiências emocionais com a criança/adolescente e seus familiares ( ) -Usar a comunicação terapêutica para estabelecer confiança e cuidado empático ( ) -Favorecer o uso de meditação, oração e outros rituais e tradições religiosas pela criança/adolescente e familiares ( ) -Usar o relaxamento como uma estratégia adjuvante com medicamentos para dor ou em conjunto com outras medidas ( )		-Bem-estar físico ( ) -Controle de sintomas ( ) -Bem-estar psicológico ( ) -Apoio social da família ( ) -Relações sociais ( ) -Vida espiritual ( ) -Ambiente físico ( )	1- Gravemente comprometido 2- Muito comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- Não comprometido
68 Dor Aguda	-Dor relatada ( ) -Duração dos episódios de dor ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum	-Verificar local, características, qualidade e gravidade da dor antes de medicar a criança/adolescente ( )		-Dor relatada ( ) -Duração dos episódios de dor ( )	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum

	<p>-Expressões faciais de dor ( )</p> <p>-Frequência respiratória ( )</p> <p>-Frequência cardíaca apical ( )</p> <p>-Pressão arterial ( )</p>	<p>1-Desvio grave da variação normal</p> <p>2-Desvio substancial da variação normal</p> <p>3-Desvio moderado da variação normal</p> <p>4-Desvio leve da variação normal</p> <p>5-Sem desvio da variação normal</p>	<p>-Escolher o analgésico ou a combinação de analgésicos apropriados segundo prescrição ( )</p> <p>-Atender às necessidades de conforto e realizar outras atividades que ajudem a relaxar a fim de facilitar a resposta analgésica ( )</p> <p>-Monitorar sinais vitais ( )</p> <p>-Utilizar uma abordagem multiprofissional para controle da dor quando apropriado ( )</p> <p>-Utilizar atividades lúdicas como distração no auxílio ao controle da dor ( )</p> <p>-Usar massagem isoladamente ou em conjunto com outras medidas no controle da dor ( )</p> <p>-Musicoterapia quando indicado ( )</p> <p>-Usar o relaxamento como uma estratégia adjuvante com medicamentos para dor ou em conjunto com outras medidas ( )</p> <p>-Promoção do exercício ( )</p> <p>-Terapia com animais ( )</p> <p>-Toque terapêutico ( )</p>		<p>-Expressões faciais de dor ( )</p> <p>-Frequência respiratória ( )</p> <p>-Frequência cardíaca apical ( )</p> <p>-Pressão arterial ( )</p>	<p>1-Desvio grave da variação normal</p> <p>2-Desvio substancial da variação normal</p> <p>3-Desvio moderado da variação normal</p> <p>4-Desvio leve da variação normal</p> <p>5-Sem desvio da variação normal</p>
69 Dor Crônica	<p>-Dor relatada ( )</p> <p>-Duração dos episódios de dor ( )</p> <p>-Expressões faciais de dor ( )</p> <p>-Humor prejudicado ( )</p> <p>-Comprometimento das relações interpessoais</p>	<p>1-Grave</p> <p>2-Substancial</p> <p>3-Moderado</p> <p>4-Leve</p> <p>5-Nenhum</p>	<p>-Verificar local, características, qualidade e gravidade da dor antes de medicar a criança/adolescente ( )</p> <p>-Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor ( )</p> <p>-Selecionar e implementar uma variedade de medidas, farmacológicas,</p>		<p>-Dor relatada ( )</p> <p>-Duração dos episódios de dor ( )</p> <p>-Expressões faciais de dor ( )</p> <p>-Humor prejudicado ( )</p> <p>-Comprometimento das relações interpessoais</p>	<p>1-Grave</p> <p>2-Substancial</p> <p>3-Moderado</p> <p>4-Leve</p> <p>5-Nenhum</p>

	<p>( )</p> <p>-Perturbação da rotina ( )</p> <p>( )</p> <p>-Sofrimento decorrente da dor ( )</p> <p>-Depressão ( )</p>		<p>não farmacológicas e interpessoais, para facilitar o alívio da dor ( )</p> <p>-Atender às necessidades de conforto e realizar outras atividades que ajudem a relaxar a fim de facilitar a resposta analgésica ( )</p>		<p>( )</p> <p>-Perturbação da rotina ( )</p> <p>-Sofrimento decorrente da dor ( )</p> <p>-Depressão ( )</p>	
	<p>-Reconhece o início da dor ( )</p> <p>-Descreve fatores causadores ( )</p> <p>-Usa medidas preventivas ( )</p> <p>-Usa recursos disponíveis ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado</p> <p>2 – Raramente demonstrado</p> <p>3- Algumas vezes demonstrado</p> <p>4- Frequentemente demonstrado</p> <p>5- Consistentemente demonstrado</p>	<p>-Utilizar uma abordagem multiprofissional para controle da dor quando apropriado ( )</p> <p>-Utilizar atividades lúdicas como distração no auxílio ao controle da dor ( )</p> <p>-Usar massagem isoladamente ou em conjunto com outras medidas no controle da dor ( )</p> <p>-Musicoterapia, quando indicada ( )</p> <p>-Usar o relaxamento como uma estratégia adjuvante com medicamentos para dor ou em conjunto com outras medidas ( )</p> <p>-Promoção do exercício ( )</p> <p>-Terapia com animais ( )</p> <p>-Toque terapêutico ( )</p>		<p>-Reconhece o início da dor ( )</p> <p>-Descreve fatores causadores ( )</p> <p>-Usa medidas preventivas ( )</p> <p>-Usa recursos disponíveis ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado</p> <p>2 – Raramente demonstrado</p> <p>3- Algumas vezes demonstrado</p> <p>4- Frequentemente demonstrado</p> <p>5- Consistentemente demonstrado</p>
70	<p>-Descreve fatores causadores ( )</p> <p>-Usa medidas preventivas ( )</p> <p>-Usa medicação antiemética, conforme recomendado ( )</p> <p>-Relata sintomas não controlados ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado</p> <p>2 – Raramente demonstrado</p> <p>3- Algumas vezes demonstrado</p> <p>4- Frequentemente demonstrado</p> <p>5- Consistentemente demonstrado</p>	<p>-Incentivar a criança/adolescente a monitorar a própria experiência de náusea ( )</p> <p>-Incentivar a criança/adolescente a aprender estratégias para o controle da própria náusea ( )</p> <p>-Realizar avaliação completa das náuseas, incluindo a frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes ( )</p>		<p>-Descreve fatores causadores ( )</p> <p>-Usa medidas preventivas ( )</p> <p>-Usa medicação antiemética, conforme recomendado ( )</p> <p>-Relata sintomas não controlados ( )</p>	<p>1- Nunca demonstrado</p> <p>2 – Raramente demonstrado</p> <p>3- Algumas vezes demonstrado</p> <p>4- Frequentemente demonstrado</p> <p>5- Consistentemente demonstrado</p>
Náusea	<p>-Frequência da náusea ( )</p>	<p>1-Grave</p> <p>2-Substancial</p> <p>3-Moderado</p>	<p>-Observar sinais não verbais de desconforto ( )</p>		<p>-Frequência da náusea ( )</p>	<p>1-Grave</p> <p>2-Substancial</p> <p>3-Moderado</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Intensidade da náusea ( )</li> <li>Frequência do vômito ( )</li> <li>-Intensidade do vômito ( )</li> <li>-Sofrimento causado pelo vômito ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4-Leve</li> <li>5-Nenhum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Controlar os fatores ambientais que podem provocar náuseas ( )</li> <li>-Auxiliar na busca e oferecer apoio emocional ( )</li> <li>-Realizar frequentemente higiene oral para aliviar a náusea ( )</li> <li>-Monitorar os efeitos do controle das náuseas ( )</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Intensidade da náusea ( )</li> <li>Frequência do vômito ( )</li> <li>-Intensidade do vômito ( )</li> <li>-Sofrimento causado pelo vômito ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4-Leve</li> <li>5-Nenhum</li> </ul>
71 Risco de Desenvolvimento o Atrasado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ingestão de nutrientes ( )</li> <li>-Ingestão de alimentos ( )</li> <li>-Proporção peso/altura ( )</li> <li>-Função sensorial e motora craniana ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Desvio grave da variação normal</li> <li>2-Desvio substancial da variação normal</li> <li>3-Desvio moderado da variação normal</li> <li>4-Desvio leve da variação normal</li> <li>5-Sem desvio da variação normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorar o crescimento e o desenvolvimento ( )</li> <li>-Obter medidas antropométricas da composição corporal ( )</li> <li>-Monitorar as tendências de perda e ganho de peso ( )</li> <li>-Identificar as recentes mudanças no peso corporal ( )</li> <li>-Determinar padrões alimentares ( )</li> <li>-Monitorar o estado mental ( )</li> <li>-Monitorar o tônus muscular e o movimento motor ( )</li> <li>-Incentivar a criança/adolescente e familiares a participar de interações sociais e atividades conjuntas ( )</li> <li>-Monitorar os aspectos psicológicos ( )</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ingestão de nutrientes ( )</li> <li>-Ingestão de alimentos ( )</li> <li>-Proporção peso/altura ( )</li> <li>-Função sensorial e motora craniana ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Desvio grave da variação normal</li> <li>2-Desvio substancial da variação normal</li> <li>3-Desvio moderado da variação normal</li> <li>4-Desvio leve da variação normal</li> <li>5-Sem desvio da variação normal</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Depressão ( )</li> <li>-Tristeza ( )</li> <li>-Vulnerabilidade ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Grave</li> <li>2-Substancial</li> <li>3-Moderado</li> <li>4-Leve</li> <li>5-Nenhum</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Depressão ( )</li> <li>-Tristeza ( )</li> <li>-Vulnerabilidade ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Grave</li> <li>2-Substancial</li> <li>3-Moderado</li> <li>4-Leve</li> <li>5-Nenhum</li> </ul>	

## **5- DISCUSSÃO**

### **5.1 – Perfil clínico-demográfico das crianças/adolescentes e o acompanhamento familiar**

Os dados desta pesquisa trazem 57 internações de crianças/adolescentes de 0-17 anos em CPE que estiveram internadas no CTIPO entre 2008 e 2018. Essas internações eram em sua maioria de crianças entre 1 e 11 anos (64,9%) e em menor proporção adolescentes entre 12 e 17 anos (35,1%), sendo a idade média entre as crianças de 4,2. Esses dados corroboram com estudos de incidência de câncer geral infantojuvenil, que mostram as faixas etárias mais precoces (0-4 anos) como mais propensas ao desenvolvimento de neoplasias<sup>82</sup>.

Em se tratando do aspecto demográfico e entendendo o INCA como sendo uma instituição federal de âmbito nacional e internacional<sup>83</sup>, observamos que 31,6% das crianças e adolescentes da amostra eram residentes na cidade do Rio de Janeiro e 54,3% de municípios do estado do Rio de Janeiro, sendo apenas 5,2% de crianças e adolescentes provenientes de outros estados.

Os resultados estão de acordo com a política de Rede de Atenção Oncológica do SUS. Essa rede possui mais 276 hospitais aptos aos diversos tipos de câncer, distribuídos em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)<sup>84</sup>. Há pelo menos um hospital especializado em tratamento de câncer em cada estado brasileiro<sup>84</sup>, favorecendo a descentralização no atendimento e propiciando às crianças/adolescentes a realização do tratamento próximo as suas residências.

A religião e a espiritualidade são fontes de conforto e esperança para crianças/adolescentes e cuidadores diante de um momento desafiador<sup>85</sup>, como a pesquisa se deu através de análise documental, não foi possível inferir sobre a espiritualidade, pois é vista como uma orientação de cunho filosófico que produz comportamentos e sentimentos como esperança, amor e fé<sup>85</sup>. Já a religiosidade está atrelada à fé, a busca por um ser superior para ajudá-las no enfrentamento das situações difíceis, mas sempre acreditando na capacidade de recuperação e cura da criança/adolescente.

Os dados de religiosidade mostram que as religiões cristãs (evangélica e católicas) faziam parte das crenças de 73,6% das crianças/adolescentes e suas famílias. Esse resultado justifica-se pelo Brasil ser considerado um país cristão, considerando que 90% dos brasileiros filiados a uma religião se autointitulam cristãos<sup>86</sup>.



Em relação ao diagnóstico do câncer, tivemos como resultado no percentual geral o neuroblastoma como mais incidente (26,3%), seguido dos tumores do Sistema nervoso Central (SNC) (19,3%), e o rabdomiossarcoma e retinoblastoma, ambos com 12,3%, como segundo e terceiros lugares, respectivamente. Quando comparamos os dados nacionais de incidência e mortalidade, verificamos que a leucemia, linfoma e tumores do sistema nervoso central (SNC) são os mais incidentes e as principais causas de morte por câncer infanto-juvenil foram associados à leucemia (14,9/1 milhão), tumores do SNC (10,2/1 milhão) e tumores ósseos (3,1/1 milhão)<sup>87</sup>.

Quando analisamos os tipos de câncer por faixa etária, percebemos uma disparidade, em que alguns foram mais incidentes em crianças do que em adolescentes, como o neuroblastoma que foi mais incidente quando analisado no percentual geral, mas, quando analisado por faixa etária, estava presente apenas em crianças, tendo um percentual total de 40% e 0% em adolescentes; o retinoblastoma esteve presente em 18,9% das crianças e 0% nos adolescentes. O mesmo aconteceu com alguns tumores em relação aos adolescentes, o rabdomiossarcoma esteve presente em 25% do total de câncer nos adolescentes e 5,4% nas crianças; o glioma de alto grau e o osteossarcoma, ambos estiveram presentes em um percentual de 10% nos adolescentes e 0% nas crianças; e as leucemias apresentaram incidência semelhante em ambas as faixas etárias.

Esse achado está em consonância com a literatura no que diz respeito às especificidades próprias dos cânceres infantis, em relação às características histológicas, hereditárias e comportamentos clínicos diferenciados, tendo perfis de incidência bem característicos entre as faixas etárias<sup>46</sup>.

Analisado o perfil de gravidade dos cânceres mais incidentes na amostra, percebemos que no tocante ao neuroblastoma 50% das crianças já apresentam-se com metástases ao diagnóstico e com uma expectativa de sobrevida inferior a 40%. Os Tumores do SNC nas crianças/adolescentes apresentam uma grande variedade histológica, tendo maior probabilidade de serem metastáticos ao diagnóstico. Os avanços diagnósticos e terapêuticos proporcionam hoje que 60% das crianças/adolescentes com tumores do SNC estejam vivas após 5 anos de tratamento<sup>8</sup>.

O rabdomiossarcoma na criança e no adolescente é considerado uma doença quase sempre fatal, sendo irremediável na maioria dos casos devido às localizações em órgãos importantes. O retinoblastoma quando não metastático tem um potencial de cura em quase

100%, porém possui grande potencial de metástase para SNC, o que dificulta muito a cura da criança<sup>8</sup>.

Das 57 crianças/adolescentes da amostra, 12 (21%) fecharam CPE antes de entrarem no CTIPO, tendo em média 108,2 dias entre o fechamento do CPE e a entrada no CTIPO, e 45(78,9%) fecharam CPE depois que entraram no CTIPO, tendo em média 22,4 dias entre a entrada no CTIPO e o fechamento do CPE.

Quanto as 12 crianças/adolescentes que fecharam CPE antes de entrarem no CTIPO, podem ter entrado por diversas razões, como alguma complicação clínica não relacionada ao câncer que se tratada poderia prolongar a sobrevida, por exemplo, o choque séptico ou pós-operatório de cirurgia paliativa etc. Entretanto, essas internações no CTIPO depois do CPE podem ter sido ocasionadas pelo despreparo e acompanhamento indevido das crianças/adolescentes e seus familiares pelos profissionais de saúde no que se refere aos CP.

É necessário um aporte humanístico, competências e habilidades relativas ao relacionamento interpessoal para que se tenha condições de compreender e ajudar a criança/adolescente e sua família no contexto do processo de morte e morrer tão difícil e temido por todos <sup>15</sup>. Assim, quando a ciência dos CP é atrelada à arte de cuidar, envolvendo a sensibilidade, atitudes de carinho, apoio psicológico, psicossocial e espiritual, crianças/adolescentes e famílias se sentem mais seguras em aceitar a morte como natural e evitar medidas invasivas como geralmente são oferecidas no CTIPO.

Sobre as 45 crianças/adolescentes que fecharam CPE quando já estavam internadas no CTIPO, podemos considerar que a ocorrência disso se deu por uma piora clínica considerável de difícil reversão, a identificação de progressão do câncer e/ou sua resposta negativa ao tratamento curativo durante a internação, podendo também ser advinda da obstinação terapêutica.

Com o progresso da tecnologia médica, tornou-se possível prolongar a vida de uma série de pacientes portadores de doenças irreversíveis e de prognóstico reservado, muitas vezes esse prolongamento ocorre apesar de não proporcionar qualidade de vida e aumentar o sofrimento de crianças/adolescentes e seus familiares<sup>88</sup>.

Um dos fatores que levam à obstinação terapêutica ou prolongamento da vida em crianças e adolescentes com cânceres incuráveis advém da dificuldade emocional das equipes de saúde em conversar abertamente sobre prognóstico e objetivos do cuidados com crianças/adolescentes e suas famílias nos casos em que o risco de morte é eminente por

confundir CPE com a ideia de se “perder a esperança”, desistir e o que é pior admitir sua impotência em relação ao tratamento curativo<sup>88</sup>.

Consequentemente, é um equívoco comum iniciar o CPE apenas no final da vida, é frequente que crianças e adolescentes em estágio avançado do câncer sejam internados em estado grave e com risco de morte no CTIPO sem terem recebido nenhuma abordagem paliativa antes, ficando a cargo dos profissionais do CTIPO iniciarem essa conversa com a família<sup>88</sup>.

Concernente ao direito das crianças e adolescentes garantido pelo ECA<sup>1</sup> de acompanhamento durante as 24 horas de internação hospitalar, os dados mostram que apenas um (1,8%) adolescente permaneceu sem acompanhante, todas outras crianças/adolescentes permaneceram com acompanhantes (98,2%) durante todo o período de internação.

As mães permaneceram como única acompanhante 54,4% das vezes. Assim, quando somamos as vezes em que as mães estiveram como única acompanhante com as vezes em que elas ficaram com outros familiares, elas permaneceram no hospital acompanhando seus filhos 89,4% do tempo.

As mães de crianças e adolescentes com câncer são na maioria das vezes a principal referência de dedicação, presença e zelo. As mães lidam com o desafio de acompanhar todo o processo do diagnóstico, tratamento, internações, reinternações e as notícias difíceis ao lado do filho. Vivenciam uma experiência de grande estresse físico e emocional por diferentes situações, como o próprio sofrimento e o medo constante da morte<sup>89</sup>.

O cenário do CTIPO geralmente impossibilita a permanência de muitos acompanhantes, e as mães têm a necessidade de estar presente e acompanhar o tratamento dos seus filhos, isso traz segurança para mãe e filho. Entretanto, é uma luta que a mãe enfrenta muitas vezes sem se sentir preparada<sup>90</sup>. Os profissionais devem estar atentos a situações de desgaste físico e emocional por parte dessas mães, deve-se atuar em prol do resgate da rede de apoio familiar, procurar entender os motivos do pouco rodízio entre os familiares, promovendo cuidados paliativos nos aspectos psicossociais.

Quanto aos achados da pesquisa que se refere à incidência de mortalidade por câncer em crianças e adolescentes, tivemos um percentual de 93% de óbitos em relação à amostra total de 57 crianças/adolescentes até a data final estipulada para coleta de dados nos prontuários (31/12/2018), que se justifica pelo perfil de crianças e adolescentes incluídas na amostra, todos fora de possibilidade de cura para o câncer.

O câncer geralmente é considerado mais agressivo na criança do que no adulto, porém a criança responde melhor ao tratamento devido ao seu processo acelerado de divisão celular<sup>7-</sup>

<sup>8</sup>. Contudo, o atraso no diagnóstico e conseqüentemente no início do tratamento favorece o constante aumento de crianças/adolescentes com cânceres metastáticos ao diagnóstico, sendo considerado a principal causa de morte por doenças nessa faixa etária no Brasil<sup>91</sup>.

## **5.2– Diagnósticos mapeados e validados**

Este estudo identificou os diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA-I presentes em crianças e adolescentes com câncer em CPE no CTIPO através do mapeamento dos termos nos registros de enfermagem. Esse mapeamento gerou como resultado 80 diagnósticos, dos quais 71 foram validados. Estudos anteriores sobre mapeamento de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, como o de Ferreira, et al<sup>92</sup> e Silva, et al<sup>93</sup>, demonstraram que este é um importante método a ser utilizado na implementação do SLP.

Dos 13 domínios da NANDA-I, foram mapeados diagnósticos pertencentes a 12 domínios, não houve diagnósticos pertencentes ao domínio 8 (sexualidade). No que está relacionado à filosofia dos CP, foram mapeados diagnósticos que abrangeram os aspectos biopsicossociais e espirituais, por exemplo, dor aguda e crônica (domínio 12 Conforto, 4 DE), distúrbio da imagem corporal (domínio 6 Auto percepção, 2 DE), risco de religiosidade prejudicada (domínio 10 Princípios da Vida, 1 DE) e risco de tensão do papel de cuidados (domínio 7 Papéis e Relacionamentos, 1 DE).

Em relação à sexualidade do paciente, o que se observa é um conluio não falado entre profissionais, paciente, família e amigos a fim de que sejam evitadas referências à sexualidade. Contudo, o termo sexualidade não inclui somente o comportamento sexual mas também os conceitos como imagem corporal, relações objetivas, autoestima etc.<sup>94</sup>. Possivelmente, para os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes com câncer em CPE, o tema sexualidade pode parecer menos importante devido à ampla dimensão de sofrimento da criança/adolescente, famílias e da própria equipe, resultando na ausência de relatos documentados sobre o assunto na amostra do estudo.

O controle da dor é um dos principais objetivos dos CP, baseado na deterioração física, mental, social e espiritual que o sintoma dor mal controlado pode trazer ao ser humano. Assim sendo, Cicely Saundres iniciou a trajetória que resultou nos CP tal como o conhecemos hoje <sup>15</sup>. Na criança/adolescente com diagnóstico de câncer, as causas de dor são decorrentes da própria enfermidade, do tratamento e dos procedimentos<sup>15</sup>, por conseguinte os enfermeiros devem estar sempre atentos ao diagnóstico precoce da dor.

Concernente ao impacto emocional, o câncer é considerado a doença que mais afeta a imagem corporal da criança ou adolescente, uma vez que marca visivelmente o corpo em desenvolvimento seja pela alopecia, perda ou aumento de peso, mal-estar constante etc.<sup>95</sup>. No que se refere à espiritualidade e religiosidade, constituem subsídios para os cuidados de crianças/adolescentes e suas famílias diante das adversidades encontradas no enfrentamento do câncer durante o processo de hospitalização, apesar disso situações de revolta e descrédito religioso são comuns por razões de sofrimento intenso e crises do estágio final da vida<sup>15</sup>.

A infância e a adolescência são momentos intensos em que a criança e o adolescente enfrentam o mundo sob o olhar da família de forma natural e segura, com o advento do câncer ocorre por vezes uma ruptura do papel da família, pois rompe com a estrutura e organização de uma rotina já construída ao longo dos anos, ocasionada principalmente pelas internações prolongadas, gerando na família preocupações que vão além do câncer na criança/adolescente, envolvendo também preocupações com os outros membros da família, o bem-estar conjugal e a readaptação com a nova rotina<sup>96</sup>.

Desvelando os diagnósticos validados nos outros domínios, podemos ver que apenas o DE Proteção Ineficaz foi mapeado no domínio 1-Promoção da Saúde. Esse diagnóstico diz respeito à incapacidade de se proteger contra lesões ou doenças externas, que na criança/adolescentes com câncer é comum devido às deteriorações orgânicas e imunológicas que as deixam propensas a agravos externos<sup>7</sup>.

Quanto ao domínio 2-Nutrição, foram mapeados 6 DE, dos quais o de Nutrição Desequilibrada: menor que as necessidades corporais está diretamente ligado a alguns sintomas frequentes em CP, como a náusea, considerada uma sensação desagradável da necessidade de vomitar, geralmente acompanhada de sintomas autonômicos, como sudorese fria, sialorreia, hipotonia gástrica, entre outros, e a anorexia e caquexia, relacionadas à perda de peso, falta de apetite e deterioração do estado nutricional, sendo sintomas de difícil controle<sup>88</sup>.

O volume de Líquido Deficiente ou Volume de Líquido Excessivo também pertencente ao domínio 2 está relacionado com o estado de hidratação das crianças/adolescentes. A ocorrência de desidratação ou hiper-hidratação é comum em CP, nem sempre a sua correção é benéfica, podendo ser até prejudicial, principalmente nos estágios finais da vida, mas os pais consideram a nutrição e a hidratação muito associadas ao conforto de seus filhos<sup>88</sup>, sendo, portanto, uma situação que precisa ser analisada e conversada de forma efetiva com a família.

Quanto ao domínio 3-Eliminação e Troca, foram mapeados 9 DE, dos quais a constipação e a constipação crônica são recorrentes em crianças/adolescentes no fim de vida,

ocorrendo em 27 a 59 % dos casos. A constipação pode ser assintomática e estar relacionada a outros sintomas ou medicamentos como opioides. A imobilidade no leito e o reduzido tônus do cólon contribuem para a constipação crônica em criança/adolescentes com afecções neurológicas<sup>88</sup>.

Já a diarreia que corresponde ao aumento da frequência de fezes líquidas ou malformadas possui uma incidência de 10% em crianças/adolescentes com câncer avançado<sup>14</sup>. A Retenção Urinária é um diagnóstico presente geralmente em crianças/adolescentes com cânceres geniturinários, como wilms ou rabdomyosarcoma de bexiga ou sequelas provenientes de cânceres cerebrais<sup>8</sup>.

Referente ao domínio 4-Atividade/Repouso, foram mapeados 15 DE cujo Padrão Respiratório Ineficaz nos remete à dispneia, experiência subjetiva de desconforto respiratório, presente em torno de 20 a 80% das crianças/adolescentes em CP, sendo sua presença um importante fator prognóstico, indicando menor tempo de sobrevida<sup>15</sup>.

A comunicação verbal prejudicada impossibilita ou dificulta a criança/adolescente a expressar livremente seus sentimentos e necessidades. Essa limitação verbal pode provocar o isolamento social, gerando tristeza e/ou depressão. A equipe deve valorizar a comunicação não verbal, sobretudo nos casos onde o *deficit* de comunicação verbal for permanente<sup>15</sup>.

No domínio 5-Percepção/Cognição, foram mapeados 3 DE. Esses DE oriundos da cognição aparecem em torno de 10% nas crianças/adolescentes em CP, podendo chegar a 66% quando internadas no CTIPO, ocorrem devido a distúrbios da cognição, da emoção e do comportamento<sup>88</sup>.

Concernente ao domínio 9- Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, foram mapeados 3 diagnósticos, dos quais os DE Ansiedade Relacionada à Morte e Regulação do Humor Prejudicado estão relacionados ao processo de luto e morte de crianças e adolescentes com câncer em fase terminal, sendo essencial nesse contexto a promoção de estratégias de enfrentamento, apoio psicológico e espiritual<sup>97</sup>.

Relativo ao domínio 11-Segurança/Proteção, foram mapeados 25 DE. Esse domínio traz diversos diagnósticos de risco, sendo necessária a vigilância efetiva dos diversos fatores de riscos, internos, externos, ambientais, patogênicos etc., evitando-se, assim, que os diagnósticos reais acometam as crianças/adolescentes. Outros DE desse domínio são relacionados a afecções tissulares e da pele. A pele é o maior tecido do corpo humano e tem várias funções, como proteção, controle da temperatura, evitar a perda de líquidos e sal; são muitos os sinais e

sintomas que podem se manifestar na pele da criança/adolescente em CPE, sendo o principal deles as feridas<sup>88</sup>.

As crianças/adolescentes em CP sofrem alterações da cavidade oral, que ocorrem devido à própria doença ou são oriundas de efeitos colaterais do tratamento. Algumas das alterações que podemos encontrar na mucosa oral dessas crianças/adolescentes são xerostomia, mucosite, estomatite, candidíase orofaríngea e lesão por trauma (TOT por exemplo)<sup>88</sup>. O DE Integridade da Membrana Mucosa Oral Prejudicada é importante porque a boca é um órgão complexo com funções específicas, como a alimentação e a comunicação, podendo características como o prazer da alimentação ficar comprometido, diminuindo, dessa forma, a qualidade de vida se não forem prestados cuidados adequados<sup>88</sup>.

No domínio 13-Crescimento/Desenvolvimento Atrasado, foi mapeado o DE Risco de Desenvolvimento Atrasado. Crianças e adolescentes portadores de Tumores do SNC em sua maioria cursam com tratamento radioterápico, que por sua vez causa graves sequelas, sendo uma delas a síndrome diencefálica que leva à desnutrição grave e atraso no crescimento e desenvolvimento<sup>98</sup>. Tumores do SNC que acometem a glândula hipófise e hipotálamo geram na criança/adolescentes vários distúrbios endocrinológicos que resultam em atraso grave no crescimento e desenvolvimento<sup>8</sup>.

Diferente de outros estudos que realizaram o mapeamento cruzado e levantaram os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I mais prevalentes para o perfil de pacientes estudados<sup>92-93</sup>, este estudo objetivou identificar todos os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I presentes nas crianças/adolescentes internados no CTIPO em CPE, visto que, como o objetivo final destinava-se à elaboração de um Instrumento Assistencial de Enfermagem utilizando o SLP da NANDA-I-NIC-NOC, cada diagnóstico é importante para guiar a assistência de enfermagem a outras crianças com o mesmo perfil.

### **5.3– Construção de instrumento assistencial de enfermagem**

A evolução do cuidado de enfermagem está diretamente ligada à evolução tecnológica no campo da saúde. Essa tecnologia pode ser classificada como leve quando relacionada às relações, acolhimento e gestão de serviços; leve-dura, relacionada a saberes bem estruturados, como o PE; e dura, relacionada às máquinas tecnológicas<sup>99</sup>.

O PE é considerado uma tecnologia leve-dura porque é estruturado em uma série de etapas e normas que orienta a realização do cuidado, englobando um conjunto de conhecimentos que qualificam e aprimoram a prática da enfermagem<sup>99</sup>.

Várias estratégias podem ser utilizadas na elaboração de uma tecnologia em saúde. O seu principal objetivo é aumentar a eficiência da atividade humana em variadas esferas para diversos objetos, sendo intencional e racional, envolvendo conhecimentos sistemáticos e especializados para alcançar o resultado proposto<sup>99</sup>.

Portanto, a elaboração do instrumento para aplicação do PE utilizando SLP em crianças e adolescentes com câncer no CTIPO tem o objetivo de facilitar e aprimorar a assistência de enfermagem em cenários, tais como o CTIPO do INCA, que ainda não utilizam o PE de enfermagem de forma padronizada.

Nesse contexto, confeccionou-se o instrumento assistencial de enfermagem em duas partes, sendo a primeira composta pelo histórico de enfermagem, que orienta o enfermeiro na identificação de dados pessoais, sociais, psicológicos, espirituais e o exame físico detalhado; na segunda parte constam o diagnóstico, prescrição e resultados de enfermagem seguindo a SLP NANDA-I-NIC-NOC.

Todavia, a anamnese social possibilita identificar a história de vida, condições socioeconômicas, rede de apoio social, servindo para compreender a sua condição para receber cuidados, além de outros dados para compor o seu perfil, como os dados pessoais. Desse modo, é possível orientar criança/adolescente e familiares na resolução de pendências objetivas, como reconhecimento de paternidade, plano funeral, seguro saúde etc., e subjetivas, como assistir a um jogo do seu time, conhecer o mar, reaproximação familiar etc<sup>15</sup>.

A anamnese psicológica parte do princípio que a criança/adolescente e sua família são portadores de uma história de vida constituída de memórias, sonhos, sentimentos, desejos e expectativas que são abaladas diante do cenário de sofrimento e dor, sendo necessária a sua identificação para que o enfermeiro possa consolidar estratégias de humanização, prevenção e alívio do sofrimento<sup>15</sup>.

Embora saibamos que a morte é um processo natural da vida, sua aproximação, principalmente em crianças e adolescentes, não é vivenciada de forma natural. A anamnese espiritual busca identificar os aspectos religiosos do núcleo familiar, se estes são seguidores de alguma religião, se possuem guia espiritual que possa ser chamado em momentos de necessidade, se existe algum rito religioso que a família queira fazer etc. para que o enfermeiro possa dar as orientações necessárias e realizar as intervenções pertinentes a cada caso<sup>15</sup>.



O exame físico em crianças e adolescentes em CP deve identificar o carácter múltiplo dos sintomas, requer a sua avaliação inicial sistemática e a monitorização da sua evolução, incluindo a intensidade e o impacto na qualidade de vida<sup>100</sup>.

Na segunda parte do instrumento, constam os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem segundo o SLP NANDA-I-NIC-NOC. Todavia, o diagnóstico de enfermagem é caracterizado por um julgamento clínico sobre as respostas humanas, os problemas reais ou de risco para a saúde, que se constituem como base para se propor intervenções e posteriormente avaliar os seus resultados<sup>101</sup>.

Os diagnósticos da NANDA-I, as intervenções da NIC e os resultados da NOC podem ser utilizados juntos ou separados<sup>102</sup>. Na elaboração do instrumento, optou-se por utilizá-los juntos, para isso foram utilizadas as ligações preexistentes entre NANDA-I-NIC-NOC, porém não foram usadas todas as ligações, visto que são inúmeras e nem todas atendiam ao perfil das crianças/adolescentes com câncer em CP.

Essa seleção de intervenções da NIC e resultados da NOC, entre as diversas ligações NIC-NOC com os diagnósticos da NANDA-I validados, foi feita baseada na experiência assistencial e clínica com crianças e adolescentes com câncer em CP internados do CTIPO da pesquisadora principal.

A ideia para produção de uma tecnologia na área da enfermagem surge e é alicerçada sobre a necessidade de resolver um problema geralmente da prática assistencial. O desafio está em desenvolver e adequar essa tecnologia à prática e às demandas sociais<sup>103</sup>.

## 6- CONCLUSÃO

Conclui-se que a hipótese inicial do estudo foi confirmada, visto que um instrumento assistencial de enfermagem utilizando o SLP da NANDA-I-NIC-NOC foi elaborado através do mapeamento cruzado entre termos não padronizados encontrados em evolução e anotações de enfermagem com os termos da NANDA-I.

Foram mapeados 80 diagnósticos da NANDA-I combinando os termos exatos e parciais, nove diagnósticos não obtiveram concordância pelos juízes especialistas e por conseguinte não foram considerados na elaboração do instrumento. O instrumento assistencial de enfermagem foi elaborado contendo as etapas do PE. O histórico de enfermagem é baseado na filosofia e nos princípios dos CP, foram utilizados os 71 diagnósticos da NANDA-I validados pelos juízes especialistas e selecionados as intervenções e resultados de enfermagem por meio da ligação NANDA-INIC-NOC.

O estudo previa utilizar as intervenções de enfermagem evidenciadas na revisão integrativa, contudo as intervenções evidenciadas (musicoterapia, massagem, exercício físico, comunicação, apoio psicológico e espiritual) constam nas intervenções da NIC e foram incluídas no instrumento por meio da ligação NANDA-I-NIC.

Este estudo possibilitou a elaboração de instrumento para a assistência de enfermagem utilizando um sistema de linguagem padronizada internacionalmente reconhecido para crianças e adolescentes com câncer em CP internadas no CTIPO de forma inédita, com o intuito de auxiliar na otimização e qualidade da assistência de enfermagem.

No ensino, o estudo traz a perspectiva da necessidade de conscientização dos graduandos, pós-graduandos e profissionais acerca da documentação do PE seja ela de forma padronizada ou não padronizada, pois, além de ser uma exigência a ser cumprida na prática profissional de enfermagem pelo COFEN, é comprovada cientificamente a sua eficácia quanto à melhora da qualidade da assistência de enfermagem.

Na pesquisa, o estudo espera servir como base a outros profissionais que pretendam contribuir para a melhoria da prática assistencial de enfermagem por meio da elaboração de tecnologias.

O estudo tem como limitação o fato de ter considerado para fins de coleta de dados apenas crianças e adolescentes que estavam FPCA ou CPE, apesar, de todas estarem em CP e o instrumento elaborado ser destinado a todos. Isso foi feito para que tivéssemos certeza que as

evoluções e anotações de enfermagem estavam sendo direcionados apenas ao controle de sintomas e não ao tratamento da doença, no entanto reduziu a amostra da pesquisa.

Sugerem-se, para estudos posteriores, a reprodução da metodologia de pesquisa em outros cenários e que o produto, Instrumento Assistencial de Enfermagem em CP para CTIPO, seja informatizado, por intermédio de um aplicativo ou *software*, facilitando, assim, a sua aplicação na prática assistencial e possa ser feita a validação clínica.

## **7- REFERENCIAS**

**1-** Brasil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Câmara dos deputados. Brasília, DF; 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)

**2-**Who.int [internet]. World Health Organization. Palliative care; 2017 [acesso em 01 de março de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>

**3-**Figueiredo NMA, Silva CRL, Silva RCL.CTI Atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2010.

**4-** Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a 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, e da outras providências. Brasília, DF; 2009.

**5-**Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva (Brasil). ABC do Câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer. INCA [periódicos da internet]. 2017 [acesso em 24 de outubro de 2017]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/livro\\_abc\\_3ed\\_8a\\_prova\\_final.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/livro_abc_3ed_8a_prova_final.pdf)

**6-**Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativas/2018: Incidência de câncer no Brasil. INCA [periódicos da internet]. 2018 [acesso em 01 março 2018]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>

**7-**Malagutti W. Oncologia Pediátrica: Uma abordagem Multiprofissional. São Paulo: Editora Martinari; 2011.

**8-**Melaragno R, Camargo B. Oncologia Pediátrica: Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Editora Atheneu; 2013.

**9-**Moritz RD. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu; 2013.

**10-**Pimenta EAG, Coletti N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: Concepção da enfermagem. Rev Esc Enferm USP [periódicos da internet]. 2009 [acesso em 21 de outubro de 2017]; 43(3). Disponível em: <file:///C:/Users/amand/Desktop/pastas/mestrado%20SAE/dimensão%20cuidadora%20da%20enfermagem%20e%20da%20família%20na%20assistência%20à%20criança.pdf>

**11-**Oliveira BRG, Collet N. Criança hospitalizada: Percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Rev. Latino-am. Enfermagem [periódicos da internet]. 1999 [acesso em 21 de outubro de 2017]; 7(5): 95-102. Disponível em: <file:///C:/Users/amand/Desktop/pastas/mestrado%20SAE/CRANÇA%20HOSPITALIZADA%20PERCEPÇÃO%20DAS%20MÃES%20SOBRE%20O%20VÍNCULO%20AFETIVO%20CRIANÇA-FAMÍLIA.pdf>

**12-**Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil). Manual de Cuidados Paliativos ANCP: ampliada e atualizada. ANCP [periódicos da internet]. 2012 [acesso em 01 de março de 2018]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>

**13-**Camargo B, Kurashima AY. Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: o cuidar além do curar. São Paulo: editora Lemar; 2007.

**14-** Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Fortes DN, Kretzer LP, Lago P, et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. Rev. Bras. Ter Intensiva [periódico da internet]. 2011 [acesso em 21 de outubro de 2017]; 23(1): 24-29. Disponível em: <file:///C:/Users/amand/Desktop/pastas/mestrado%20SAE/fórum%20de%20cuidados%20oalativos%20na%20UTI.pdf>

- 15-** Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2013.
- 16-** Pimentel FL. Qualidade de vida e Oncologia. Coimbra: Almedina; 2006.
- 17-** Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [periódico da internet]. 2013 [acesso em 29 de março de 2018]; 66(esp):134-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>
- 18-** Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Sistemas de Classificação de Enfermagem e sua Aplicação na Assistência: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaucha de Enfer [internet]. 2011 [acesso em 06 de junho de 2019]; 32(1):167-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a22v32n1.pdf>
- 19-** Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem\*. Acta Paul Enferm [internet].2005 [acesso em 09 de abril de 2018]; 18(1): 82-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a11v18n1.pdf>
- 20-** Silva MM, Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. Acta Paul Enferm [periódicos na internet]. 2011. [acesso em 16 maio 2017]; 24(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf>
- 21-** Galvão CM. Evidence Hierarchies. Acta Paulista de Enfermagem[internet]. 2006[cited 2018 fev 18]; 19(2):VI. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/en\\_a01v19n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/en_a01v19n2.pdf)
- 22-** Pearson HN. “You’ve Only Got One Chance to Get it Right”: Children’s câncer Nurses’ Experiences of Providing Palliative Care in the Acute Hospital Setting. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing[internet]. 2013[cited 2018 fev 18]; 36(3):188–211. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01460862.2013.797520?scroll=top&needAccess=true>

**23-**Monteiro ACM, Rodrigues BMRD, Pacheco STA, Pimenta LS. Nurses' work with children with cancer: palliative care. UERJ Nursing Journal [internet]. 2014 [cited 2018 fev 17]; 22(6):778-83. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15665/13478>

**24-**Batalha LMC, Mota AASC. Massage in children with cancer: effectiveness of a protocol. Jornal de Pediatria [internet]. 2013 [cited 2018 fev 17]; 89(6):595–600. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n6/en\\_v89n6a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n6/en_v89n6a13.pdf)

**25-**Mutti CF, Padoin SMM, Paula CC, Souza IEO, Terra MG, Quintana AM. Cuidado de Enfermagem à Criança que tem Doença oncológica Avançada: Ser-com no Cotidiano Assistencial. Ciência, Cuidado e Saúde [internet]. 2012 [cited 2018 fev 17]; 11(1):113-20. Available from: [file:///C:/Users/amand/Downloads/18867-76876-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/amand/Downloads/18867-76876-1-PB%20(1).pdf)

**26-**Çelebiog˘lu A, Gürol A, Yildirim ZK, Büyükavci M. Effects of massage therapy on pain and anxiety arising from intrathecal therapy or bone marrow aspiration in children with cancer. International Journal of Nursing Practice [internet]. 2014 [cited 2018 fev 17]; 23(6):708-12. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12298/abstract>

**27-**Yu L, Mo L, Tang Y, Huang X, Tan J. Effects of nursing intervention models on social adaptation capability development in preschool children with malignant tumors: a randomized control trial. Psycho-Oncology [internet]. 2014 [cited 2018 fev 20]; 23(6):708–12. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3572/abstract>

**28-**Tsai YL, Huang KL, Wong TT, Chiang IT. Efficacy of therapeutic play for pediatric brain tumor patients during external beam radiotherapy. Childs Nerv Syst [internet]. 2013 [cited 2018 fev 17]; 29(7):1123–29. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00381-013-2099-3>

**29-**Lafond DA, Patterson PK, Hinds OS, Sill A, Michael M. Establishing Feasibility of Early Palliative Care Consultation in Pediatric Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Journal of

Pediatric Oncology Nursing[internet]. 2015 [cited 2018 fev 17]; 32(5):265–77. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043454214563411>

**30-**Montgomery K, Sawin KJ, Hendricks-Ferguson VL. Experiences of Pediatric Oncology Patients and Their Parents at End of Life: A Systematic Review. Journal of Pediatric Oncology Nursing[internet]. 2015[cited 2018 fev 18]; 33(2):85-104. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043454215589715?journalCode=jpob>

**31-**Citak EA, Toruner EK, Gunes NB. Exploring Communication Difficulties in Pediatric Hematology: Oncology Nurses. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention[internet]. 2013 [cited 2018 fev 18]; 14(9):5477-82. Available from: [http://www.koreascience.or.kr/article/ArticleFullRecord.jsp?cn=POCPA9\\_2013\\_v14n9\\_5477](http://www.koreascience.or.kr/article/ArticleFullRecord.jsp?cn=POCPA9_2013_v14n9_5477)

**32-**Long EAT. Health-related quality of life and its association with self-esteem and fatigue among children diagnosed with cancer. Journal of Clinical Nursing[internet]. 2016[cited 2018 fev 20]; 25(21-21): 3391-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13467/abstract>

**33-**França JRFS, Costa SFG, Lopes MEL, Nóbrega MML, França ISX. The importance of communication in pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. Revista Latina -Americana de Enfermagem.[internet]. 2013[cited 2018 fev 18]; 21(3):780-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf>

**34-**Monteiro ACM, Pacheco STA, Rodrigues BMRD. O Enfermeiro e o Cuidado da criança com Câncer sem Possibilidade de Cura Atual. Escola Anna Nery [internet]. 2012[cited 2018 fev 18]; 16(4): 741-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/14.pdf>

**35-** Soares VA, Silva LF, Cursino EG, Goes FGB. The use of playing by the nursing staff on palliative care for children with cancer. Revista Gaúcha de Enfermagem[internet]. 2014[cited 2018 fev 2018]; 35(3):111-6. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v3\\_fev18/5n3/1983-1447-rgenf-35-03-00111.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v3_fev18/5n3/1983-1447-rgenf-35-03-00111.pdf)



**36-**Docherty S, Robb S, Salimi CP, Cherven B, Stegenga K, Hendricks-Ferguson V, Roll L, Stickler MD, Haase J. Parental Perspectives on a Behavioral Health Music Intervention for Adolescent/Young Adult Resilience During Cancer Treatment: Report From the Children's Oncology Group. *Journal of Adolescent Health*[internet]. 2013[cited 2018 fev 19]; 52(2):170-8. Available from: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(12\)00211-X/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(12)00211-X/fulltext)

**37-**Reis TLR, Paula CC, Potrich T, Padoin SMM, Bin A, Mutti CF, Bubadué RM. Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. *Aquichan*[internet]. 2014[cited 2018 fev 18]; 14(4):496-508. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n4/v14n4a05.pdf>

**38-**Li HCW, Williams PD, Lopez V, Chung JOK, Chiu SY. Relationships Among Therapy-Related Symptoms, Depressive Symptoms, and Quality of Life in Chinese Children Hospitalized with Cancer. *Cancer Nursing*[internet]. 2013[cited 2018 fev 21]; 36(5):346-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23059766>

**39-**Chang CW, Mu PF, Jou ST, Wong TT, Chen YC. Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Fatigue in Children and Adolescents with Cancer. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*[internet]. 2013[cited 2018 fev 18]; 10(4):208–17. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12007/abstract>

**40-** Polit DF, Beck CTB. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed; 2011.

**41-**Cordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES). Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Edital nº 27/2016: Apoio a Programas de Pós-graduação da área de enfermagem – modalidade mestrado profissional. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/05122016-Edital-27-Capes-COFEN.pdf>

**42-**Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*.

Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>

**43-**Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: Uma proposta de integração ensino-serviço. INCA [periódicos da internet]. 2008 [acesso em 24 de outubro de 2017]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>

**44-**Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Protocolo de Diagnóstico Precoce do Câncer Pediátrico. Ministério da Saúde [periódicos da internet]. 2017 [acesso em 24 de outubro de 2007]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/protocolo-de-diagnostico-precoce-do-cancer-pediatico.pdf>

**45-** Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N°874, de 16 de maio de 2013. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. [para estabelecimentos assistenciais de saúde]. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013, maio.

**46-**Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Incidência, Mortalidade e Morbidade hospitalar por Câncer em Crianças, Adolescentes e Adultos Jovens no Brasil: Informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. INCA [periódicos da internet]. 2016 [acesso 09 de abril de 2019]. Disponível em: <file:///C:/Users/amand/Desktop/pastas/mestrado%20SAE/manuais%20e%20artigos%20para%20disserta%C3%A7%C3%A3o/incidencia-mortalidade-morbidade-hospitalar-por-cancer%202016.pdf>

**47-** Lopes LF, Camargo B, Bianchi A. Os efeitos Tardios do Tratamento do Câncer Infantil. Rev. Ass. Med. [periódicos da internet]. 2000 [acesso em 25 de outubro de 2017]; 46(3): 277-84. Disponível em: <file:///C:/Users/amand/Desktop/pastas/mestrado%20SAE/manuais%20e%20artigos%20para%20dissertação/os%20efeitos%20tardios%20do%20tratamento%20do%20câncer%20infantil.pdf>

**48-**Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral do Sistema de Informação. Oncologia: manual de bases técnicas. Ministério da Saúde [periódicos da internet]. 2011 [acesso em 02 de março de 2018]. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_base\\_tecnicas\\_oncologia\\_13ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_base_tecnicas_oncologia_13ed.pdf)

**49-** Santos FS. Cuidados paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Artmed; 2009.

**50-**Inca.gov.br [internet]. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos; 2018 [acesso em 09 de abril de 2018]. Disponível em:

[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos)

**51-** Wagner D. Estado da Arte dos Cuidados Paliativos oncológicos: retrato da assistência no município de Juiz de Fora – MG. Juiz de Fora. Mestrado [Pós-Graduação em Saúde Pública] – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.

**52-**Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº3150, de 18 de dezembro de 2013. Habilita propostas a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) componentes Construção, Ampliação e Reforma; incentivo para construção dos Polos da Academia da Saúde e Aquisição de Equipamento e Material Permanente para estabelecimentos de saúde. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013, dezembro.

**53-** Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 23 nov 2018; seção 1.

**54-**Amib.org.br [internet]. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Florence Nightingale e a História da Medicina Intensiva; 2013 [acesso em 30 de março de 2018]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/florence-nightingale-e-a-historia-da-medicina-intensiva>

**55-**Hospitalinfantilsabara.org.br [internet]. Sabará Hospital Infantil. Primeira UTI pediátrica da Brasil; 2017 [acesso em 30 de março de 2018]. Disponível em: <http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/pesquisa-e-inovacao/primeira-uti-pediatica-do-brasil/>

**56-**Coelho CBT, Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva [internet]. 2017 [acesso em 30 de março de 2018]; 29(2): 222-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n2/0103-507X-rbti-29-02-0222.pdf>

**57-**Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, Et Al. Terminalidade e cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva [internet]. 2008 [acesso em 30 de março de 2018]; 20(4): 422-28. Disponível em: <file:///C:/Users/amand/Downloads/terminalidade%20e%20cuidados%20paliativos%20na%20uti.pdf>

**58-**Assunção Jr F, Kuczynski E. Qualidade de vida na infância e na Adolescência: orientação para pediatras e profissionais da saúde mental. Porto Alegre: Artimed; 2010.

**59-**Duarte MLC, Zanini LM, Nedel MNB. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. Rev Gaúcha Enferm [internet]. 2012 [acesso em 30 de março de 2018]; 33(3): 111-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/15.pdf>

**60-**Primio AOD, Schwartz E, Bielemann VLM, Burille A, Zillmer JGV, Feijó AM. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. Texto Contexto Enferm [internet]. 2010 [acesso em 30 de março de 2018]; 19(2): 334-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/15.pdf>

**61-**Alves DA, Silva LG, Delmondes GA, Lemos ICS, Kerntopf MR, Albuquerque GA. Cuidados de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismo de enfrentamento. Rev Cuid [internet]. 2016 [acesso em 30 de março de 2018]; 7(2): 1318-24. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a09.pdf>

**62-**Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

**63-**Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jesen R, Pimenta CAM. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN-SP [periódico da internet]. 2017 [acesso em 29 de março de 2018]; pag. 11. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>

**64-** Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da Anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. ReBen [internet]. 2010 [acesso em 10 de junho de 2019]; 64(2): 335-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>

**65-**Barros ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. Acta Paul Enferm [internet]. 2009 [acesso em 02 de abril de 2018]; 22(Especial-70 Anos): 864-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>

**66-** NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.

**67-**Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC Classificação das Intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

**68-**Seganfredo DH, Almeida MA. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2011 [acesso em 02 de abril de 2018]; 19(1): 08 telas. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_06.pdf)

**69-**Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC Classificação dos resultados de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

**70-**Garbin LM, Rodrigues CC, Ross LA, Carvalho EC. Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. Revista Gaúcha de

Enfermagem [internet]. 2009 [acesso em 08 de abril de 2018]; 30(3): 508-15. Disponível em: <file:///C:/Users/amand/Downloads/8216-39746-1-PB.pdf>

**71-** Contandriopoulos AP, Champgane F, Denis J-L, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In Hartz ZMA, org. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997 [acesso em 1 set 2017]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>

**72-**Júnior JAB, Matsuda LM. Construção e Validação de Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Revista Brasileira de Enfermagem [internet]. 2012 [acesso em 21 de maio de 2018]; 65(5): 751-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>

**73-**Silva VG, Cavalcante ACD. Protocolo de Cuidados de Enfermagem para Crianças com Cardiopatias Congênitas: uma proposta baseada em NANDA-NOC-NIC. Niterói [Dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense; 2012.

**74-**Zielstorff RD, Cimino C, Barnett OG, Hassan L, Blewett DR. Representation of nursing terminology in the UMLS Metathesaurus: a pilot study. Proceedings of the Sixteenth Annual Symposium in Computer Application in Medical Care. New York: McGraw-Hill; 1992 p.392-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1482904>

**75-**Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res 1986; 35(6):382-385.

**76-** Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência&SaúdeColetiva, 16(7):3061-3068, 2011.

**77-**Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart and Lung. 1987 nov; 625-9.

**78-**Medronho RA, Block KV, Luiz RR & Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu; 2009.

**79-**Triola MF. Introdução à Estatística. 10.a Edição. Rio de Janeiro: Editora LTC; 2008.

**80-**Favero LP, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

**81-**Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Homologado em 2012. [acesso em 18 de maio 2017]. Disponível em: [http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466\\_2012.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf)

**82-**Braga PE, Latorre MRDO, Curado MP. Câncer na Infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia ( Brasil) e outros países. Cad. Saúde Pública [periódico da internet]. 2002 jan-fev [acesso em 10 de abril de 2019]; 18(1):33-44. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8140.pdf>

**83-** Instituto Nacional do câncer [homepage na internet]. Sobre o INCA [acesso em 10 de abril de 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>

**84-**Portal Educação [homepage na internet]. Rede de Atenção Oncológica no Brasil [acesso em 11 de abril de 2019]. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/rede-de-atencao-oncologica-no-brasil/10212>

**85-** Alves DA, Silva LG, Delmondes GA, Lemos ICS, Kerntopf MR, Albuquerque GA. Cuidados de Criança com Câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. Rev. Cuidarte [periódico da internet]. 2016 maio [acesso em 10 de abril de 2019]; 7(2): 336. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a09.pdf>

- 86-** Souza RF. Religiosidade no Brasil. Rev. Estudos Avançados [periódico da internet]. 2013 [acesso em 10 de abril de 2019]; 27(79). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n79/v27n79a22.pdf>
- 87-** Santos MO. Incidência, Mortalidade e Morbidade Hospitalar por Câncer em crianças, Adolescentes e Adultos Jovens no Brasil: informações dos registros de Câncer e do Sistema de Mortalidade. Revista Brasileira de Cancerologia [periódico da internet]. 2018 [acesso em 11 de abril de 2019]; 64(3): 439-440. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index2.php>
- 88-** Rubio AV, Souza JL. Cuidado Paliativo pediátrico e Perinatal. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
- 89-** Genovesi FF, Ferrari RAP. Experiência materna frente ao tratamento de câncer do seu filho. Revista Uruguaya de Enfermería [internet]. 2015, mayo [acesso em 10 de junho de 2019]; 10 (1): 11 –21. Disponível em: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/3/2>
- 90-** Angelo M, Moreira PL, Rodrigues LMA. Incertezas diante do Câncer Infantil: compreendendo as necessidades da mãe. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico da internet]. 2010 abr-jun [acesso em 11 de abril de 2019]; 14(2): 301-308. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127713099013.pdf>
- 91-** Rodrigues KE, Camargo B. Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil: responsabilidade de todos. Rev Assoc Med Bras [periódico da internet]. 2003 [acesso em 11 de abril de 2019]; 49(1): 29-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15377.pdf>
- 92-** Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Diagnósticos de Enfermagem em Terapia Intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. Rev Bras Enferm [periódico da Internet]. 2016 [acesso em 11 de abril de 2019]; 69(2):307-15. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2670/267045808014/>
- 93-** Silva VG, Pereira JMV, Figueiredo LS, Guimarães TCF, Cavalcante ACD. Diagnósticos de Enfermagem em crianças com Cardiopatias congênitas: mapeamento cruzado. Acta Paul



Enferm. [periódico da internet]. 2015 [acesso em 11 de abril de 2019]; 28(6):524-30. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3070/307043975006/>

**94-** Torres WC. O adolescente com câncer: o morrer. Temas em Psicologia [internet]. 1994 [acesso em 10 de junho de 2019]; nº 2. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v2n2/v2n2a15.pdf>

**95-** Iamim SRS, Zagonel IPS. Estratégias de enfrentamento (coping) do adolescente com câncer. Psicol. Argum. [internet]. 2011 [acesso em 10 de junho de 2019]; 29 (67): 427-35. Disponível em: [periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20155](http://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20155)

**96-** Oliveira RAA, Moura TML, Pirelle JGA, Lopes MVO, Manguiera SO. Tensão do papel de cuidador principal diante do cuidado prestado a crianças com câncer. Revista Cubana de Enfermeria [internet]. 2015 [acesso em 10 de junho de 2019]; 31(2). Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192015000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)

**97-** Tarolla KR, Souza MC. Enfermagem pediátrica Oncológica: assistência na fase de terminalidade. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde [internet]. 2015 [acesso em 10 de junho de 2019]; 19(1):26-27. Disponível em: <http://revista.pgskroton.com.br/index.php/ensaioeciencia/article/view/3013/2959>

**98-** Garófolo A, Silva NS, Carvalho S. Perfil nutricional de crianças portadoras de tumores cerebrais com síndrome diencefálica ou síndrome de Russell recebendo dieta enteral. Revista Brasileira de Cancerologia [internet]. 2018 [acesso em 10 de junho de 2019]; 64(3):357-63. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/36>

**99-** Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e Tecnologia: aproximações através do modelo do cuidado. Rev. Bras. Enferm. [internet]. 2008 [acesso em 10 de junho de 2019]; 61(1):113-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf>

**100-** Souza ADA. Sintomas em Cuidados paliativos: da avaliação ao controle. Porto [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2012.

**101-** Tavares FMM, Tavares WS. Elaboração de Um Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem: relato de experiência. RECON [internet]. 2015 [acesso em 10 de junho de 2019]. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2015>

**102-** Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Ligações NANDA NOC-NIC: Condições clínicas suporte ao raciocínio e Assistência de Qualidade. São Paulo: ELSEVIER, 2013.

**103-** Koerich MS, Backs DS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferino MT, et al. Tecnologias de cuidados em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosofias. Texto e Contexto enferm. [internet]. 2006 [acesso em 10 de junho de 2019]; 15(esp):178-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22>

## 8- APÊNDICES

### 8.1- Instrumento de Coleta de Dados

<p><b>-ESTE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS É CONSTITUÍDO DE 4 ETAPAS.</b>  <b>-DEVERÁ SER UTILIZADO UM INSTRUMENTO PARA CADA PRONTUÁRIO ANALISADO.</b></p>	
<p><b>Primeira etapa</b></p>	
<p>Avaliar se a criança ou adolescente estava em cuidados paliativos exclusivos durante a internação no CTPO. Se a resposta for sim, responder a segunda, a terceira e quarta etapa do instrumento.</p>	
<p>Sim: (    )</p>	<p>Não (    )</p>
<p><b>Segunda etapa</b></p>	
<p><b>Características da criança/adolescente:</b></p>	
<p>Residência: _____</p>	
<p>Religião: _____</p>	
<p>Sexo: (F) (M)</p>	
<p>Idade: (    )</p>	
<p>Diagnóstico:-----</p>	
<p>Data de diagnóstico do câncer: (    /    /    )</p>	
<p>Data em que os Cuidados Paliativos passaram a ser exclusivos: (    /    /    )</p>	
<p>A criança/adolescente permaneceu com acompanhante durante a internação no CTIPO? Sim (    )                  Não (    )</p>	
<p>Qual a relação a relação familiar? Pai (    ) mãe (    ) outros (    ) Quem?</p>	
<p>Quantas vezes a criança/adolescente reinternou no CTIO? (    )</p>	
<p>Óbito: Sim (    ) Data: (    /    /    ) Não (    )</p>	
<p><b>Terceira etapa</b></p>	
<p>Ler as evoluções e anotações de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem), após as 24 de internação, ou, após a descrição no prontuário que a criança/adolescente entrou em cuidados paliativos exclusivos (podendo estar descrito: FPCA, FPTA, CP, CPE)*, quando isso ocorrer durante a internação no CTIPO*.</p>	
<p>Será feita leitura de 48 horas de evolução, onde deverá ser observado e anotado todos os termos encontrados.</p>	
<p><b>Quarta etapa</b></p>	
<p>Analisar dos termos encontrados cruzando-os com as características definidoras e fatores relacionados que estejam em consonância ou pareçam estar em consonância com os 13 domínios e suas respectivas classes da NANDA-I listados abaixo afim de mapear os diagnósticos mais prevalentes na unidade.</p>	
<p><b>DOMÍNIO (CLASSES) Exemplos</b></p>	<p><b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b></p>
<p><b>1-Promoção da Saúde</b> (percepção da saúde, controle da saúde)                  Ex: (apático, desanimado, não dorme direito, etc)</p>	
<p><b>2-Nutrição</b> (ingestão, digestão, absorção, metabolismo, hidratação)                  Ex (aceitação parcial da dieta, falta de apetite, diarreia, etc)</p>	

<p><b>3-Eliminação e troca</b> (função urinária, função gastrointestinal, função tegumentar, função respiratória) Ex: (bexiga neurogênica, dor ao urinar/disúria, vômito, constipação)</p>	
<p><b>4-Atividade/Repouso</b> (sono/repouso, atividade/exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares/pulmonares, autocuidado) Ex: (agitação, tremor, insônia, dor a mobilização, dispneia, etc)</p>	
<p><b>5-Percepção/cognição</b> (atenção, orientação, sensação/percepção, cognição, comunicação) Ex: (comportamento alterado, alucinação, apatia, esquecimento, etc)</p>	
<p><b>6-Autopercepção</b> (autoconceito, autoestima, imagem corporal) Ex: (preocupação com a perda dos cabelos, vergonha, amputações, etc)</p>	
<p><b>7-Papeis e Relacionamento</b> (papel do cuidador, Relações familiares, desempenho de papeis) Ex: (ausência de acompanhante, desemprego dos pais, comportamentos exacerbados dos pais, etc)</p>	
<p><b>8-Sexualidade</b> (identidade sexual, função sexual, reprodução) Ex: (desejo de ver a namorada/namorado, gravidez indesejada, etc)</p>	
<p><b>9-Enfrentamento/Tolerância ao estresse</b> (respostas pós-trauma, respostas de enfrentamento, estresse neuro-comportamental) Ex: (medo, raiva, negação, etc)</p>	
<p><b>10-Princípios da vida</b> (valores, crenças, coerência entre valores/crenças/atos) Ex: (liberação de visita religiosa, revolta, não aceita progressão da doença, etc)</p>	
<p><b>11-Segurança/Proteção</b> (lesão física, riscos ambientais, processos defensivos, termorregulação) Ex: (neutropenia, hiperemia de pele, febre, dispneia, coma, etc)</p>	
<p><b>12-Conforto</b> (conforto físico, conforto ambiental, conforto social) Ex: (choro, sofrimento, dor, isolamento, etc)</p>	
<p><b>13-Crescimento/desenvolvimento</b> (crescimento, desenvolvimento) Ex: (alteração cognitiva, desnutrição, infecção, etc)</p>	

**Descrição dos termos:** CTIPO-Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica, FPCA- Fora de Possibilidade curativa atual, FPTA- Fora de Possibilidade terapêutica Atual, CP- Cuidados Paliativos e CPE- Cuidados Paliativos Exclusivos.

## **8.2- SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Referência: **Instrumento Assistencial de Diagnósticos, Intervenções e Avaliações de Enfermagem para Cuidados Paliativos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica.**

Pesquisador Responsável: Amanda Danielle Resende Silva e Sousa

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense e do Instituto Nacional de Câncer:

Vimos por meio deste documento solicitar a dispensa de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado Instrumento Assistencial de Diagnósticos, Intervenções e Avaliações de Enfermagem para Cuidados Paliativos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica, no que concerne a utilização dos prontuários de crianças a adolescentes que estiveram internadas no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica do Hospital do Câncer I - José Alencar Gomes da Silva entre os anos de 2007 a 2017 proposto por Amanda Danielle Resende Silva e Sousa, Liliane Faria da Silva e Eny Doreia Paiva.

A dispensa do uso de TCLE se fundamenta: i) por ser um estudo metodológico que objetiva a construção de um instrumento assistencial de enfermagem, nos moldes do Processo de Enfermagem, retrospectivo, que empregará apenas informações de prontuários do paciente, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico; ii) porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; iii) porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, e iv) porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e consequentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos e por se tratar de prontuários de crianças e adolescentes cujos meios terapêuticos com propósito de cura, foram interrompidos, permanecendo apenas os cuidados paliativos exclusivos, e que por conseguinte no período de recorte da pesquisa (últimos dez anos), a maioria destas crianças e adolescentes já faleceram e um contato com esses familiares que estão em processo de recuperação parcial ou total do luto, remeteria novamente a lembrança e ao sofrimento.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS N° 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Rio de Janeiro, 28 de maio de 2018

-----  
Amanda Danielle Resende Silva e Sousa

RG: 207953050

### **8.3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES ESPECIALISTAS**

#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G. \_\_\_\_\_

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa porque atendeu aos critérios mínimos e, é considerado um especialista na área da pesquisa proposta. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

#### **PROPÓSITO DA PESQUISA**

Esta pesquisa tem por objetivo principal, elaborar um Instrumento com diagnóstico, intervenções e avaliações de enfermagem em Cuidados Paliativos às crianças e adolescentes com câncer internadas no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica baseado no Sistema de Linguagem Padronizada NANDA-I, NIC e NOC.

Almeja-se conseguir com este instrumento, padronizar a assistência de enfermagem, promovendo melhoria na qualidade de vida dessas crianças e adolescentes através da qualidade do serviço prestado, fomentando maior visibilidade para a profissão.

#### **PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

Serão encaminhados aos especialistas um documento com os diagnósticos da NANDA-I mais prevalentes encontrados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica, através, do mapeamento cruzado dos termos multiprofissionais encontrados nos prontuários com as características definidoras/fatores relacionados da NANDA-I, juntamente com a ligação das intervenções da NIC e os resultados da NOC, acompanhado de uma escala Likert contendo cinco opções para os participantes demonstrarem seu grau de concordância ou discordância como discriminado a seguir: 1 = muitíssimo pertinente; 2 = muito pertinente; 3 = pertinente; 4 = pouco pertinente e 5 = nada pertinente.

Após a devolução da escala pelos especialistas, as mesmas serão analisadas para confirmação estatística dos resultados.

#### **BENEFÍCIOS**

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar em participar da pesquisa do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, a padronização da assistência de enfermagem prestada a crianças e adolescentes com câncer em cuidados

paliativos internados em um centro de terapia intensiva pediátrica, seja reconhecido, proporcione melhoria da qualidade de vida desses pacientes e corrobore com crescimento da profissão enfermeiro(a).

### **RISCOS**

Por se tratar de um tema delicado e de alta prevalência no país, pode acontecer de você estar vivendo ou ter vivido situação semelhante em sua família, podendo sua participação trazer danos psicológicos. Se optar por participar da pesquisa e houver algum dano comprovado em decorrência da mesma, será oferecida uma indenização (os pesquisadores se responsabilizarão pelo custeio de quaisquer tratamentos que você possa vir a precisar).

### **CUSTOS**

Se você concordar em participar da pesquisa, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação.

Caso necessário você será reembolsado de quaisquer despesas que eventualmente possa ter.

### **CONFIDENCIALIDADE**

Se você optar por participar desta pesquisa, a sua identidade, os dados pessoais e as informações por você prestadas em detrimento das respostas da escala Likert, serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

### **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará nenhuma represália. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta das informações por você fornecidas, relativas à pesquisa será imediatamente descartada.

### **ACESSO AOS RESULTADOS DA PESQUISA**

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa.

Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

Para isso você deverá entrar em contato com a pesquisadora principal no telefone (21) 988285091 ou no e-mail [amanda.eliel@hotmail.com](mailto:amanda.eliel@hotmail.com), a resposta será encaminhada por e-mail em um prazo máximo de 60 dias.

### **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Amanda Danielle Resende Silva e Sousa no telefone (21) 988285091 de 13 às 17 horas, de segunda a sexta. Esta





#### 8.4- Lista de Termos encontrados nos prontuários

ABDOME ASCÍTICO	
ABDOME DISTENDIDO E TIMPÂNICO	40
ABDOME DOLOROSO	6
ABDOME EM TÁBOA MACISSO	1
ABDOME FLÁCIDO	54
ABDOME GLOBOSO	58
ABDOME PLANO	27
ABDOME RÍGIDO COMPREENÇA DE MASSA A PALPAÇÃO	29
ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA	8
ABSCESSO EM AMBAS AXILAS	4
ACEITANDO DIETA ORAL DE FORMA PARCIAL	6
ACESSO VENOSO PRUFUNDO POR DISSECÇÃO AXILAR	3
ACIANÓTICA	78
ACORDADA	30
ADOLESCENTE ACOMPANHADO DA TIA	1
ADOLESCENTE ACOMPANHADO PELA MÃE	28
ADOLESCENTE GRAVE	12
ADOLESECENTE ACOMPANHADO PELOS PAIS	4
AFEBRIL	82
AGITAÇÃO PSICOMOTORA	8
ANASARCA	16
ANICTÉRICA	49
ANISOCÓRICA	1
ANÚRICO	11
ÂNUS DILATADO	1
ASSIMETRIA FACIL	1
ATIVO E REATIVO	12
AUSCULTA CARDÍACA COM PRESENÇA DE SOPRO	1
AUSCULTA CARDÍACA COM PRESENÇA DE TRÊS BULHAS	1
AUSCULTA CARDÍACA: BNF 2 TEMPOS	37
AUSCULTA PULMONAR - ESTERTORES DIFUSOS	4
AUSCULTA PULMONAR: MVUA	49
AUSCULTA PULMONAR: RONCOS DIFUSOS	28
AUSCULTA PULMONAR COM PRESENÇA DE SIBILOS	4
AUSCULTA PULMONAR MVUA DIMINUÍDOS	24
AUSCULTA PULMONAR: MVUA ABOLIDOS EM HEMETÓRAX D	1
AUSENCIA DE DOR	2
BATIMENTO DE ASA DE NARIZ	1
BEXIGOMA	1
BOA PERFUSÃO	24
BOA SATURAÇÃO	48
BRADICARDICA	4
BRADIPNEICO	1
CABECEIRA 30°	4
CATETER CENTRAL SEM REFLUXO	1
CATETER DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA	18
CATETER PERIDURAL	1
CATETER VENOSO CENTRAL - JUGULAR	57
CATETER VENOSO CENTRAL - SUBCLAVIA	3
CATETER VENOSO CENTRAL - TOTALMENTE IMPLANTADO	34
CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERSÃO PERIFÉRICA- PICC	18
CATETER VENOSO CENTRAL FEMORAL	46
CATETER VENOSO CENTRAL SEMI-IMPLANTADO	36
CATETER VENOSO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS	1
CAVIDADE ORAL COM SUJIDADE	1
CAVIDADE ORAL FERIDA PELO TOT	9
CAVIDADE ORAL ÍNTEGRA	17
CIANOSE CENTRAL	2
CIRCULAÇÃO COLATERAL EM PAREDE ABDOMINAL	1

COLOSTOMIZADO	3	
COMATOSA	32	
CONFORTÁVEL	1	
CONTIDO NO LEITO	4	
CONVERSO COM A EQUIPE SOBRE NECESSIDADE DE AMPARO PSICOLÓGICO		1
CONVERSO COM A MÃE SOBRE MEDIDAS DE CONFORTO	3	
CORADA	5	
CRIANÇA ACAMADA	5	
CRIANÇA ACOMPANHADA DA AVÓ	7	
CRIANÇA ACOMPANHADA DA MÃE	42	
CRIANÇA ACOMPANHADA DO PAI	11	
CRIANÇA ACOMPANHADA DOS PAIS	5	
CRIANÇA ACOMPANHADA PELA TIA	4	
CRIANÇA CHOROSA AO MANUSEIO	17	
CRIANÇA DESANIMADA	3	
CRIANÇA DORMINDO	4	
CRIANÇA GRAVE	11	
CRIANÇA SONOLENTA	18	
CRIANÇA TRANQUILA	12	
CRISE CONVULSIVA	4	
CROSTA DE HERPES ZOSTER	1	
CUMUNICATIVA	3	
CURATIVO CIRÚRGICO	1	
CURATIVO DE CATETER COM PRESENÇA DE SECREÇÃO		1
CURATIVO DE CATETER ÍNTEGRO	4	
CURATIVO DE FERIDA LIMPO E SECO/ SEM FLOGOSE		8
DEFICIENTE AUDITIVO	1	
DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA	4	
DERIVAÇÃO VENTRICULAR PERITONEAL EXTERNA	6	
DERMATITE EM GENITÁLIA	3	
DESARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR	4	
DESATURANDO	5	
DESCENCIA DE SUTURA/ SECREÇÃO AMARELADA		1
DESIDRATADO	3	
DESORIENTADO	2	
DIETA EM SEIO MATERNO LIVRE DEMANDA	1	
DIETA ENTERAL	80	
DIETA ORAL	16	
DIETA ZERO	57	
DISPNEICO	4	
DIURESE ESCURA	1	
DIURESE ESPONTÂNEA	38	
DIURESE POR CISTOSTOMIA	4	
DIURESE POR CVD	122	
DIURESE POR NEFROSTOMIA	4	
DOR A MANIPULAÇÃO	1	
DRENAGEM GÁSTRICA ESVERDEADA		1
DRENAGEM GÁSTRICA PURULENTA	1	
DRENAGEM LIQUÓRICA - SERO-SANGUINOLENTA		2
DRENAGEM TORÁXICA HEMÁTICA	3	
DRENAGEM TORÁXICA SERO-HEMÁTICA		2
DRENO DE BLAKE	13	
DRENO DE HEMOVAC	1	
DRENO DE TÓRAX	33	
EDEMA CERVICAL	2	
EDEMA CONJUNTIVAL	1	
EDEMA DE BOLSA ESCROTAL	8	
EDEMA DE GENITÁLIA	19	
EDEMA DE MEMBROS SUPERIORES	4	
EDEMA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES		37

EDEMA DE MMII	20	
EDEMA FACIAL	10	
EDEME DE ÓRBITA OCULAR	5	
EDEME DE PELVE	2	
EMAGRECIDO	9	
EPSÓDIO EMÉTICO	2	
ESFORÇO RESPIRATÓRIO	3	
EUPNEICO	33	
EVACUAÇÃO AUSENTE	72	
EVACUAÇÃO COM FECALOMA	1	
EVACUAÇÃO LÍQUIDA	9	
EVACUAÇÃO MUCOSA	2	
EVACUAÇÃO PATOSA (POUCA QUANTIDADE)	2	
EVACUAÇÃO PRESENTE	16	
EVACUAÇÃO SEMI-LÍQUIDA	2	
EXTREMIDADES AQUECIDAS	12	
EXTREMIDADES FRIAS	9	
EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	2	
FACE CUSHINGÓIDE	1	
FACE DE DOR	6	
FACE RUBORIZADA	1	
FALTA DE AR	2	
FAZENDO HEMODIÁLISE	6	
FEBRIL	14	
FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS	1	
FLICTEMA EM COXE	1	
FORA DE POSSIBILIDADE CURATPIVAS ATUAIS	12	
GASTROSTOMIZADO	11	
GEMENTE	2	
GENITÁLIA ÍNTEGRA	22	
GLOBO OCULAR	1	
GLOBO OCULAR COM EQUIMOSE	3	
GRADES ELEVADAS	2	
HEMATOMA EM OLHO E	3	
HEMATOMA EM REGIÃO INGUINAL	1	
HEMIPLEGIA	1	
HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL	2	
HIDRATADA	72	
HIDROCEFALIA	2	
HIPEREMIA DE FERIDA OPERATÓRIA	1	
HIPEREMIA OCULAR	2	
HIPERPERISTALTICO	1	
HIPERTENSÃO INTRACRANIANA	1	
HIPERTENSO	2	
HIPOATIVO	3	
HIPOCORADA	128	
HIPOTENSA	23	
HIPOTERMICA	8	
ICTÉRICO	2	
INSTABILIDADE HEMODINÂMICA	3	
INTUBADO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA	82	
ISOLAMENTO DE CONTATO	5	
LÁBIOS RESSECADOS	4	
LESÃO DE PELE	1	
LESÃO DE SÉPTO NASAL	1	
LESÃO EM LÁBIO	4	
LESÃO EM PANTURRILHA	1	
LESÃO EM SÍTIO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA	1	
LESÃO POR PRESSÃO EM COTOVELO	2	
LESÃO POR PRESSÃO EM LOMBAR	2	

LESÃO POR PRESSÃO GRAU I - CALCANEIO	4	
LESÃO POR PRESSÃO GRAU I - OCCIPITAL	10	
LESÃO POR PRESSÃO GRAU II - INTERGLUTEA		11
LESÃO POR PRESSÃO GRAU II - SACRA	2	
LESÃO POR PRESSÃO GRAU III - SACRA	5	
LESÃO POR UMIDADE EM REGIÃO PERINEAL		2
LESÃO TUMORAL EM REGIÃO FRONTAL	2	
LESÃO TUMORAL EM REGIÃO INGUINAL	3	
LESÃO VULVAR	3	
LESÕES FÚNGICAS NA PELE	6	
LÚCIDA	6	
MÃE CIENTE DE PROGRESSÃO RÁPIDA DA DOENÇA	1	
MÃE ENCONTRA-SE MUITO ENTRISTECIDA	1	
MAL DISTRIBUÍDA	9	
MEMBRANA OCULAR OPACA	1	
MEMBROS HIPERTÔNICOS	1	
MENSURANDO PRESSÃO VENOSA CENTRAL	1	
MONITORIZADO	36	
MUCOSA HIDRATADA	1	
MUCOSA HIPOCORADA	1	
MUCOSITE EM CAVIDADE ORAL	1	
NÃO APRESENTA ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA		4
NÃO RESPONDE AS SOLICITAÇÕES	1	
NÃO TEM RESPOSTA MOTORA	3	
NÃO VERBALIZA	1	
NÓDULOS PALPAVEIS EM REGIÃO OCCIPITAL		1
NORMOCARDICA	30	
NORMOCORADA	5	
NORMOTENSA	47	
ÓBITO	1	
OBSERVADO QRS ALARGADO	1	
OBSTRUÇÃO DE CATETER	1	
OLHO ENUCLEADO	6	
OLIGÚRIA	16	
ORIENTADA	4	
PANTURRILHA EMPASTADA	1	
PANTURRILHAS LIVRES	2	
PAREZIA EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	2	
PARESTESIA DIREITA	4	
PELE COM HEMATOMAS	1	
PELE COM PETÉQUIAS	1	
PELE FRIÁVEL	2	
PELE ÍNTEGRA	1	
PELE RESSECADA E DESCAMATIVA	1	
PERFUSÃO CAPILAR DIMINUÍDA	3	
PERFUSÃO LENTIFICADA	3	
PERFUSÃO RUIM	5	
PERFUSÃO SATISFATÓRIA	1	
PERISTALSE AUSENTE	4	
PERISTALSE PRESENTE	68	
PERISTALSE REDUZIDA	14	
PLAQUETOPENICA	1	
POLIÚRIA	2	
PORTADOR DE LEUCEMIA	2	
PÓS-OPERATÓRIO DE CRANIOTOMIA	1	
POUCO COMUNICATIVA	1	
PRESENÇA DE FLATOS	1	
PRESENÇA DE MONILÍASE GENITAL	1	
PRESENÇA DE MONILÍASE ORAL	1	
PROGRESSÃO DE DOENÇA EM OLHO	1	

PROSTRAÇÃO	1		
PROTUSÃO OCULAR	4		
PULSO FILIFORME	4		
PULSOS AMPLOS	12		
PUPILAS ANISOCÓRICAS	10		
PUPILAS ISOCÓRICAS S/ FOTORREAÇÃO	5		
PUPILAS MIDRIÁTICAS	5		
PUPILAS MIDRIÁTICAS S/ FOTORREAÇÃO	8		
PUPULAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES	27		
QUAIXANDO-SE DE DOR EM MIE	1		
QUEDA DE SATURAÇÃO	1		
QUEIXANDO-SE DE DOR	25		
REAÇÃO LENTIFICADA A ESTÍMULOS	1		
REALIZADO CLISTER	1		
REALIZADO CUIDADOS DE FIM DE VIDA	2		
REALIZADO CUIDADOS PALIATIVOS	3		
REALIZADO MEDIDAS DE CONFORTO	10		
REALIZADO ORIENTAÇÕES A MÃE SOBRE CONDIÇÕES DA CRIANÇA	3		
REALIZOU TOMOCRAFIA DE CRÂNIO	1		
REATIVA	3		
REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	1		
RECEBENDO ANTIFÚNGICOS	1		
RECEBENDO INFUSÃO DE LASIX	3		
RECEBENDO INFUSÃO DE SEDATIVOS	86		
RECEBENDO INFUSÃO DE VASOATIVOS	34		
RECEBENDO MORFINA	20		
RECEBENDO NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL	6		
RECEBENDO QUIMIOTERAPIA PALIATIVA	1		
RECEBEU CRIOPRECIPITADO	1		
RECEBEU HEMÁCIA	2		
RECEBEU PLAQUETAS	2		
RECEBEU PLASMA	2		
REFLEXO DE TOSSE	1		
RESÍDUO GÁSTRICO AUSENTE	1		
RESPIRANDO COM AUXILIO DE BIPAP	16		
RESPIRANDO COM AUXILIO DE MÁCARA DE VENTURY	7		
RESPIRANDO COM CATETER DE OXIGÊNIO 5 LITROS <sup>2</sup>			
RESPIRANDO EM AR AMBIENTE	17		
RESPIRANDO EM MACRONEBILIZAÇÃO	18		
RESPONDENDO AOS ESTÍMULOS	5		
RESPONDENDO AS SOLICITAÇÕES VERBAIS	4		
RESTRITO AO LEITO	17		
RETENDO DIETA POR Sonda NASOENTERAL	1		
RETRAÇÃO DE FÚRCULA	2		
SANGRAMENTO ATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO SACRA	1		
SANGRAMENTO EM CAVIDADE ORAL	5		
SANGRAMENTO NASAL	4		
SATURAÇÃO REGULAR	1		
SECREÇÃO DE DRENO SANGUINOLENTO	6		
SECREÇÃO DE LESÃO ESVERDEADA	2		
SECREÇÃO DE ORIFARINGE ESPESSA	2		
SECREÇÃO DE OROFARINGE HEMÁTICA	2		
SECREÇÃO DE OROFARINGE PURULENTO	5		
SECREÇÃO EM ÓSTEO DE GASTROSTOMIA	1		
SECREÇÃO GÁSTRICA ACASTANGADA	6		
SECREÇÃO PENIANA SANGUINOLENTO	3		
SECREÇÃO TRAQUEAL AMARELADA	9		
SECREÇÃO TRAQUEAL COM PRESENÇA DE SANGUE	4		
SECREÇÃO TRAQUEAL ESPESSA	15		
SECREÇÃO TRAQUEAL POUCA	5		

SECREÇÃO TRAQUEL CLARA	28
SECREÇÃO TRAQUEL PURULENTA	2
SECREÇÃO TRAQUELA AUSENTE	2
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE	17
SEGUE EM CUIDADOS PALIATIVOS	6
SEGUE EM OBSERVAÇÃO	4
SEM AMINAS	2
SEM QUEIXA DE DOR	1
SEM REAÇÃO AO MANUSEIO	2
SEM REFLEXO CÓRNEO-PALPEBRAL	2
SEM REFLEXO DE DOR	3
SEM REFLEXO DE TOSSE	6
SEM REFLEXOS DE TRONCO	3
SEM SEDAÇÃO <sup>2</sup>	
SIALORRÉIA	6
SONDA NASOENTERAL	97
SONDA NASOGÁSTRICA EM SIFINAGEM	31
SUDOREICO	1
TAMPONAMENTO NASAL PARA CONTER SANGRAMENTO	2
TAQUICARDICA	27
TAQUIDISPNEICA	16
TETRAPLEGICO	3
TÓRAX ABAULADO	1
TORPOROSO	5
TRAQUEOSTOMIZADA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA	51
TRAQUEOSTOMIZADO SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA	3
TRATAMENTO RADIOTERÁPICO PALIATIVO	1
TUMORAÇÃO EXTERNA EM REGIÃO TORAXICA	1
UTILIZA PRÓTESE OCULAR	4
UTILIZANDO MANTA TÉRMICA	3
VEIA PERIFÉRICA	43
VERBALIZANDO	6
VISÃO REDUZIDA	1

### 8.5– Instrumento de validação dos diagnósticos pelos juízes

#### INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS MAPEADOS PELOS JUÍZES ESPECIALISTAS

Para que você seja considerado um especialista na área de Processo de Enfermagem ou Cuidados Paliativos, você precisa alcançar pelo menos 5 pontos na tabela abaixo.

Por favor marque um X ao lado da sua especialidade e de cada pontuações que você possui, caso alcance 5 pontos você é considerado um especialista na área e pode atuar como juiz nesta pesquisa.

		CUIDADOS PALIATIVOS	
		PROCESSO DE ENFERMAGEM	
Qualificação dos juízes		Pontuação	
Título de doutor		4 pontos	
Título de mestre		3 pontos	
Publicação em periódico indexado sobre a temática de interesse do estudo		2 pontos	
Especialização na área de interesse do estudo		2 pontos	
Prática clínica de no mínimo cinco anos na área de interesse do estudo		2 pontos	

	Participação em evento científico nos últimos dois anos sobre a temática de interesse do estudo.	1 ponto					
<b>Orientações de preenchimento:</b>							
<p>- A tarja cinza contém os domínios onde os diagnósticos foram encontrados no livro da NANDA-I (2018-2020).</p> <p>- A tarja azul contém cada diagnóstico mapeado pelos pesquisadores e suas respectivas definições.</p> <p>- A tarja laranja esquerda contém os itens mapeados retirados das características definidoras (CD), fatores relacionados (FR) e condições associadas (CA) relacionados a cada diagnóstico específico contidos na NANDA-I (2018-2020).</p> <p>- A tarja laranja direita contém os termos encontrados nas evoluções e anotações de enfermagem entre os anos de 2008/2018, dos prontuários pertencentes a crianças e adolescentes em cuidados paliativos exclusivos durante a internação no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica.</p> <p>- Lateral a cada diagnóstico de enfermagem mapeado, possui uma numeração de um a cinco, onde os juízes deverão marcar, avaliando assim em que grau concordam ou discordam do mapeamento realizado.</p> <p>- Para isso os juízes deverão considerar:  <b>1 = muitíssimo pertinente; 2 = muito pertinente; 3 = pertinente; 4 = pouco pertinente e 5 = nada pertinente</b></p>							
<b>DOMÍNIO 1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>			<b>AVALIAÇÃO DOS JUÍZES</b>				
<b>DIAGNÓSTICO – PROTEÇÃO INEFICAZ</b>			1	2	3	4	5
Diminuição na capacidade de se proteger de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.			SUGESTÕES ABAIXO				
CD, FR ou CA da NANDA-I		<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>					
Desorientação		Desorientado (3)					
Dispneia		Dispneico (4)					
Imobilidade		Restrito ao leito (17)					
Lesão por pressão		Recebendo infusão de sedativos (86)					
Nutrição inadequada		Lesão por pressão em cotovelo (2)					
Câncer		Lesão por pressão em calcâneo (4)					
		Aceitando dieta oral de forma parcial (6)					
		Dieta zero (57)					
<b>DOMÍNIO 2 – NUTRIÇÃO</b>							
<b>DIAGNÓSTICO- NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MENOR DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS</b>			1	2	3	4	5
Ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas.			SUGESTÕES ABAIXO				
CD, FR ou CA da NANDA-I		<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>					
Cavidade oral ferida		Cavidade oral ferida pelo TOT (9)					
Diarreia		Lesão em lábio (4)					
Dor abdominal		Evacuação líquida (9)					
Ingestão de alimentos menor do que a ingestão diária recomendada		Evacuação semilíquida (2)					
Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal		Abdome doloroso (6)					
Ruídos intestinais hiperativos		Dieta zero (57)					
Ingesta alimentar insuficiente		Aceitando dieta de forma parcial (6)					
		Emagrecido (9)					
		Hiperperistáltico (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE FUNÇÃO HEPÁTICA PREJUDICADA</b>			1	2	3	4	5
Suscetibilidade à diminuição na função hepática que pode comprometer a saúde.			SUGESTÕES ABAIXO				
CD, FR ou CA da NANDA-I		<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>					
Abuso de substâncias		Recebendo antifúngicos (1)					
Agente farmacêutico		Recebendo infusão de lasix (3)					
		Recebendo infusão de sedativos (86)					
		Recebendo infusão de vasoativos (34)					
		Recebendo morfina (20)					
		Recebendo nutrição parenteral total (6)					
		Recebendo quimioterapia paliativa (1)					

<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL</b> Suscetibilidade à variação dos níveis séricos de glicose em relação à faixa normal que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Ingestão alimentar insuficiente Perda excessiva de peso	Dieta zero (57) Emagrecido (9) Recebendo nutrição parenteral total (6)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO</b> Suscetibilidade a mudanças nos níveis de eletrólitos séricos que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Diarreia Vômito	Evacuação líquida (9) Episódio emético (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE</b> Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração do estado mental Aumento da frequência mental Aumento da frequência cardíaca Diminuição da pressão de pulso Aumento da temperatura corporal Diminuição da pressão arterial Diminuição do débito urinário	Desorientado (2) Criança sonolenta (18) Taquicárdica (27) Pulso filiforme (4) Febril (14) Hipotenso (23) Oligúria (16)					
<b>DIAGNÓSTICO – VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO</b> Entrada excessiva e/ou retenção de líquidos.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração na pressão arterial Alteração no estado mental Alteração no padrão respiratório Anasarca Dispneia Edema Hematócrito diminuído Oligúria Presença de 3º bulha cardíaca Ruídos adventícios respiratórios	Hipotenso (23) Hipertenso (2) Desorientado (2) Esforço respiratório (3) Anasarca (16) Dispneico (4) Edema de membros superiores e inferiores (37) Oligúria (16) Ausculta cardíaca com presença de três bulhas (1) Ausculta pulmonar: roncos difusos (28) Ausculta pulmonar: estertores difusos (4)					
<b>DOMÍNIO 3 – ELIMINAÇÃO E TROCA</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA</b> Disfunção da eliminação urinária.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Retenção urinária Dano sensorio motor	Bexigoma (1) Comatoso (32) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplégico (3)					
<b>DIAGNÓSTICO – RETENÇÃO URINÁRIA</b> Incapacidade de esvaziar completamente a bexiga.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Ausência de eliminação urinária Eliminação urinária em pequena quantidade	Bexigoma (1) Oligúrico (16)					



<b>DIAGNÓSTICO – CONSTIPAÇÃO</b>		1	2	3	4	5
Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.						
<b>CD, FR ou CA da NANDA-I</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	<b>SUGESTÕES ABAIXO</b>				
Abdome distendido Dor abdominal Fezes formadas endurecidas Massa abdominal palpável Ruídos intestinais hipoativos Vômito Alteração nos hábitos alimentares Desidratação Prejuízo neurológico	Abdome distendido (40) Abdome globoso (58) Abdome doloroso (6) Evacuação com fecaloma (1) Abdome rígido com presença de massa a palpação (29) Peristalse reduzida (14) Episódio emético (2) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Desidratado (3) Desorientado (2) Comatoso (32)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE CONSTIPAÇÃO</b>		1	2	3	4	5
Suscetibilidade à diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes, que pode comprometer a saúde.						
<b>CD, FR ou CA da NANDA-I</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	<b>SUGESTÕES ABAIXO</b>				
Desidratação Confusão Alteração nos hábitos alimentares Ingesta de fibras insuficiente Motilidade gastrointestinal diminuída Prejuízo neurológico	Desidratado (3) Desorientado (2) Dieta zero (57) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Peristalse reduzida (14) Comatoso (32)					
<b>DIAGNÓSTICO – CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL CRÔNICA</b>		1	2	3	4	5
Evacuação de fezes infrequente ou difícil, presente há pelo menos 3 dos 12 meses anteriores.						
<b>CD, FR ou CA da NANDA-I</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	<b>SUGESTÕES ABAIXO</b>				
Abdome distendido Impactação fecal Massa abdominal palpável Desidratação Baixa ingestão calórica	Abdome distendido (40) Abdome globoso (58) Evacuação com fecaloma (1) Abdome rígido com presença de massa palpação (29) Desidratado (3) Dieta zero (57) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Recebendo morfina (20) Realizado clister (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL CRÔNICA</b>		1	2	3	4	5
Suscetibilidade à evacuação de fezes infrequente ou difícil, presente em quase 3 dos 12 meses anteriores, que pode comprometer a saúde.						
<b>CD, FR ou CA da NANDA-I</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	<b>SUGESTÕES ABAIXO</b>				
Baixa ingestão calórica Desidratação Ingestão alimentar insuficiente Ingestão alimentar reduzida Mobilidade prejudicada	Dieta zero (57) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Desidratado (3) Tetraplégico (3) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Restrito ao leito (17)					
<b>DIAGNÓSTICO – DIARRÉIA</b>		1	2	3	4	5
Eliminação de fezes soltas e não formadas.						
<b>CD, FR ou CA da NANDA-I</b>	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	<b>SUGESTÕES ABAIXO</b>				
Dor abdominal	Abdome doloroso (6)					

Evacuação de fezes líquidas Ruídos intestinais hipoativos Abuso de substâncias	Evacuação líquida (9) Peristalse reduzida (14) Peristalse ausente (4) Dieta enteral (80)					
<b>DIAGNÓSTICO – MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL</b> Atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Abdome distendido Diarreia Dor abdominal Fezes formadas endurecidas Mudança nos ruídos intestinais Vômito Alteração dos hábitos alimentares Imobilidade	Abdome distendido (40) Abdome globoso (58) Evacuação líquida (9) Abdome doloroso (6) Evacuação com fecaloma (1) Peristalse reduzida (14) Peristalse ausente (4) Dieta zero (57) Dieta enteral (80) Episódio emético (2) Restrito ao leito (17) Tetraplégico (3)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL</b> Suscetibilidade a atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal, a qual pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração dos hábitos alimentares Estressores Imobilidade	Dieta zero (57) Dieta enteral (80) Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Falta de ar (2) Queixando-se de dor (25) Tetraplégico (3)					
<b>DIAGNÓSTICO – TROCA DE GASES PREJUDICADA</b> Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Batimento de asa de nariz Confusão Cor da pele anormal Dispneia Gasometria arterial anormal Hipoxemia Hipóxia Inquietação Padrão respiratório anormal Sonolência Taquicardia	Batimento de asa de nariz (1) Desorientado (2) Hipocorada (128) Dispneico (4) Desaturando (5) Cianose central (2) Esforço respiratório (3) Criança sonolenta (18) Taquicardico (27) Gemente (2)					
<b>DOMÍNIO 4 – ATIVIDADE/REPOUSO</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – PRIVAÇÃO DO SONO</b> Períodos prolongados de tempo sem suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa que proporciona o descanso.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Agitação Confusão Estado de sonolência Irritabilidade Desconforto prolongado	Agitação psicomotora (8) Criança chorosa ao manuseio (17) Desorientado (2) Criança sonolenta (18) Respirando com auxílio de BIPAP (16) Retração de fúrcula (2)					

	Gemente (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – CAPACIDADE DE TRANSFERÊNCIA PREJUDICADA</b> Limitação de movimento independente entre duas superfícies próximas.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Capacidade prejudicada de transferir-se entre a cama e a cadeira Capacidade prejudicada de transferir-se entre a cama e a posição em pé Dor Equilíbrio prejudicado Força muscular insuficiente Alteração da função cognitiva Prejuízo neuromuscular	Restrito ao leito (17) Queixando-se de dor (25) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplégico (3) Rebaixamento do nível de consciência (1) Hemiplegia (1)					
<b>DIAGNÓSTICO - MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</b> Limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Dispneia Redução da amplitude dos movimentos Redução das habilidades motoras Controle muscular diminuídos Dor Força muscular diminuída Rigidez articular	Dispneico (4) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplegia (3) Queixando-se de dor (25) Desarticulação de membro inferior (4) Hemiplegia (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA</b> Limitação de movimento independente de uma posição para outra no leito.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro Capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama Dor Força muscular insuficiente	Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplegia (3) Queixando-se de dor (25) Recebendo infusão de sedativos (86) Hemiplegia (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – SENTAR-SE PREJUDICADO</b> Limitação da capacidade para, de maneira independente e intencional, atingir e/ou manter uma posição de descanso apoiada pelas nádegas e coxas, e com o torso ereto.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Capacidade prejudicada de manter o torso em posição equilibrada Dor Energia insuficiente Força muscular insuficiente	Paresia em membros superiores e inferiores (2) Parestesia direita (4) Tetraplegia (3) Queixando-se de dor (25) Esforço respiratório (3) Retração de fúrcula (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO</b> Suscetibilidade à deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Dor Paralisia	Queixando de dor (25) Queixando-se de dor no membro esquerdo (1) Tetraplegia (3)					

<b>DIAGNÓSTICO – DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO</b> Volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Frequência cardíaca alterada Edema Sopro cardíaco Alteração da pressão arterial Dispneia Oligúria Pulso diminuído Presença de 3º bulha	Taquicardico (27) Bradicardico (4) Ausculta cardíaca com presença de três bulhas (1) Ausculta cardíaca com presença de sopro (1) Dispneico (4) Oligúrico (16) Pulso filiforme (4)					
<b>DIAGNÓSTICO – PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</b> Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Batimento de asa de nariz Bradipnéia Taquipneia Uso da musculatura acessória para respirar Dor Deformidade na parede do tórax	Batimento de asa de nariz (1) Bradicardica (4) Bradipneico (1) Retração de fúrcula (2) Queixando-se de dor (25) Tórax abaulado (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CARDÍACA DIMINUÍDA</b> Susceptibilidade a uma redução na circulação cardíaca (coronariana) que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Abuso de substância Hipertensão Hipóxia Hipoxemia	Recebendo infusão de vasoativos (34) Hipertenso (2) Desaturando (5) Cianose central (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ</b> Susceptibilidade a uma redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Hipertensão Coagulopatia Lesão encefálica	Hipertenso (2) Recebeu plaquetas (2) Recebeu crioprecipitado (1) Plaquetopenica (1) Portador de leucemia (2) Pele com petéquias (1) Crise convulsiva (4)					
<b>DIAGNÓSTICO – PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ</b> Redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Edema Parestesia Pulsos diminuídos Hipertensão Alteração da função motora Dor em extremidades	Edema de membros superiores e inferiores (37) Edema de membros inferiores (20) Pulso filiforme (4) Hipertenso (2) Paresia de membros superiores e inferiores (2) Queixando-se de dor em membros inferiores (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO</b> Incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico que interrompe e prolonga o processo de desmame.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Desconforto respiratório	Esforço respiratório (3)					

Cor da pele anormal Agitação Aumento da frequência cardíaca Aumento da frequência respiratória Ruídos adventícios respiratórios Uso da musculatura acessória respiratória Dor Nutrição inadequada	Hipocorada (128) Agitação psicomotora (8) Taquicardia (27) Taquidispneica (16) Ausculta pulmonar: estertores difusos (4) Ausculta pulmonar com presença de sibilos (4) Queixando-se de dor (25) Dieta zero (57)					
<b>DIAGNÓSTICO – VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA</b> Incapacidade de iniciar e/ou manter respiração independente que seja adequada para sustentação da vida.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Diminuição da saturação de oxigênio Dispneia Inquietação Uso aumentado da musculatura acessória Aumento da frequência cardíaca	Desaturando (5) Dispneico (4) Criança chorosa (17) Retração de fúrcula (2) Taquicardica (27) Respirando em macronebulização (18)					
<b>DIAGNÓSTICO – DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO</b> Incapacidade de alimentar-se de forma independente.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira Capacidade prejudicada de manusear os utensílios Dor Alteração da junção cognitiva Prejuízo musculoesquelético	Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Hemiplegia (1) Paresia de membros superiores e inferiores (2) Queixando-se de dor (25) Rebaixamento do nível de consciência (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO</b> Incapacidade de completar as atividades de limpeza do corpo de forma independente.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Capacidade prejudicada de acessar o banheiro Dor Alteração da função cognitiva Prejuízo neuromuscular Capacidade prejudicada de perceber uma parte do corpo	Paresia de membros superiores e inferiores (2) Queixando-se de dor (25) Rebaixamento do nível de consciência (1) Hemiplegian(1)					
<b>DIAGNÓSTICO – DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA</b> Incapacidade de realizar tarefas associadas à eliminação vesical e intestinal de forma independente.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Capacidade prejudicada de realizar higiene íntima Dor Mobilidade prejudicada Prejuízo neuromuscular Alteração da função cognitiva	Recebendo infusão de sedativos (86) Tetraplégico (3) Comatoso (32) Queixando-se de dor (25) Desorientado (2)					
<b>DOMÍNIO 5 – PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – CONFUSÃO AGUDA</b> Distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve, com duração inferior a 3 meses.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Agitação Alteração da função psicomotora Alteração da função cognitiva	Agitação psicomotora (8) Desorientado (2) Rebaixamento do nível de consciência (1)					

Alteração do nível de consciência Abuso de substâncias Desidratação Dor Mobilidade prejudicada Retenção urinária infecção	Recebendo morfina (20) Recebendo infusão de sedativos (86) Desidratado (1) Queixando-se de dor (25) Hemiplégia (1) Bexigoma (1) Secreção traqueal purulenta (5)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE CONFUSÃO AGUDA</b>		1	2	3	4	5
Suscetibilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve e que podem comprometer a saúde.						
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Abuso de substâncias Desidratação Dor Mobilidade prejudicada Retenção urinária	Recebendo morfina (20) Recebendo infusão de sedativos (86) Queixando-se de dor (25) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Bexigoma (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – MEMÓRIA PREJUDICADA</b>		1	2	3	4	5
Incapacidade persistente de recordar ou recuperar partes de informações ou habilidades.						
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração no volume de líquidos Hipóxia Prejuízo cognitivo leve Anemia Lesão encefálica	Edema de membros superiores e inferiores (37) Anasarca (16) Desidratação (3) Cianose central (2) Recebeu hemácia (2) Recebendo morfina (20) Pupilas anisocóricas (10)					
<b>DIAGNÓSTICO – COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA</b>		1	2	3	4	5
Capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos.						
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Desorientado no espaço e no tempo Dificuldade em manter a comunicação Dispneia Regime de tratamento	Desorientado (2) Não verbaliza (1) Não responde às solicitações (1) Dispneico (4) Intubado em ventilação mecânica (82)					
<b>DOMÍNIO 6 - AUTOPERCEPÇÃO</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL</b>		1	2	3	4	5
Suscetibilidade ao desenvolvimento de uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual que pode comprometer a saúde.						
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração da imagem corporal Doença física	Desarticulação de membro inferior (4) Lesões fúngicas na pele (6) Olho enucleado (6) Portador de leucemia (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – DISTÚRBIO NA IMAGEM CORPORAL</b>		1	2	3	4	5
Confusão na imagem mental do eu físico						
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração na estrutura corporal Alteração na função corporal Alteração da função cognitiva Lesão	Desarticulação de membro inferior (4) Olho enucleado (6) Lesões fúngicas na pele (6) Tetraplégico (3) Desorientado (2)					
<b>DOMÍNIO 7 – PAPÉIS E RELACIONAMENTOS</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOS</b>		1	2	3	4	5



Suscetibilidade a dificuldade para atender a responsabilidade, expectativas e/ou comportamentos de cuidados relacionados a família ou a pessoas significativas que pode comprometer a saúde.						
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Aumento da necessidade de cuidados Condição de saúde instável Complexidade das atividades de cuidado Doença crônica Gravidade da doença	Tumoração externa em região torácica (1) Traqueostomizado sem ventilação mecânica (3) Comatoso (32) Tetraplégico (3) Portador de leucemia (2) Fora de possibilidades curativas atuais (12)					
<b>DIMÍNIO 9 – ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – ANSIEDADE</b> Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Diarreia Excitação cardiovascular Pupilas dilatadas Diminuição da pressão arterial Dor abdominal Ameaça de morte	Evacuação líquida (9) Taquicardica (27) Pupilar midriática (5) Hipotensa (23) Abdome doloroso (58) Fora de possibilidade curativas atuais (12)					
<b>DIAGNÓSTICO – ANSIEDADE RELACIONADA A MORTE</b> Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor gerado por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Doença terminal Medo do processo de morrer	Fora de possibilidade curativas atuais (12) Converso com a equipe sobre necessidade de amparo psicológico (1) Converso com a mãe sobre medidas de conforto (3) Realizado cuidados de fim de vida (2) Realizado cuidados paliativos (3) Realizado medidas de conforto (10)					
<b>DIAGNÓSTICO – MEDO</b> Resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como perigo.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Estado de agitação Palidez Pupilas dilatadas Vômito Diarreia Dispneia Déficit sensorial	Agitação psicomotora (8) Criança chorosa ao manuseio (17) Hipocorada (128) Episódio emético (2) Evacuação líquida (9) Dispneico (4) Rebaixamento do nível de consciência (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – REGULAÇÃO DI HUMOR PREJUDICADA</b> Estado mental caracterizado por mudanças no humor ou no afeto e que abarca uma série de manifestações afetivas, cognitivas, somáticas e/ou fisiológicas, variando de leves a graves.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Agitação psicomotora Irritabilidade Mudança no comportamento verbal Alteração do apetite Dor Mudança no peso	Agitação psicomotora (8) Criança chorosa ao manuseio (17) Criança desanimada (3) Não verbaliza (1) Queixando-se de dor (25) Emagrecido (9)					

Doença crônica	Portador de leucemia (2) Mãe encontra-se muito entristecida (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA</b> Os mecanismos da dinâmica dos fluidos intracranianos que normalmente compensam os aumentos nos volumes intracranianos estão comprometidos, resultando em repetidos aumentos desproporcionais na pressão intracraniana (PIC) em resposta a uma variedade de estímulos nocivos e não nocivos.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Aumento desproporcional da pressão intracraniana Lesão encefálica	Hidrocefalia (2) Derivação ventricular externa (4) Derivação ventricular peritoneal externa (6) Pupilas anisocóricas (10)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE DISREFLEXIA AUTÔNOMICA</b> Susceptibilidade a uma resposta não inibida do sistema nervoso simpático, que representa uma ameaça a vida, pós-choque medular, em indivíduos com lesão de medula espinhal ou lesão na sexta vértebra torácica (T6) ou acima (foi demonstrada em pacientes com lesão da sétima vértebra torácica [T8]), que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Constipação Distensão intestinal Enemas Impactação fecal Cateterização urinária	Evacuação ausente (72) Abdome distendido e timpânica (40) Abdome globoso (58) Evacuação com fecaloma (1) Diurese por CVD (122)					
<b>DOMÍNIO 10 – PRINCÍPIOS DA VIDA</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE RELIGIOSIDADE PREJUDICADA</b> Susceptibilidade de capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou participar de rituais de alguma fé religiosa, o que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Dor Crises do estágio final da vida Hospitalização Doença	Queixando-se dor (25) Fora de possibilidade curativas atuais (12) Mãe encontra-se muito entristecida (1) Mãe ciente da progressão rápida da doença Portador de leucemia (2)					
<b>DOMÍNIO 11 – SEGURANÇA/PROTEÇÃO</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE INFECÇÃO</b> Susceptibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração da integridade da pele Alteração do peristaltismo Procedimento invasivo Doença crônica	Pele ressecada e descamativa (1) Pele friável (2) Peristalse reduzida (14) Peristalse ausente (4) Cateter venoso central – femoral (46) Traqueostomizado em ventilação mecânica (51) Portador de leucemia (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE ASPIRAÇÃO</b> Susceptibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Motilidade gastrintestinal diminuída Alimentação enteral Esvaziamento gástrico retardado Nível de consciência diminuído Presença de sonda nasal	Peristalse reduzida (14) Dieta enteral (80) Retendo dieta por sonda nasoenteral (1) Rebaixamento do nível de consciência (1) Sonda nasoenteral (97)					



Trauma oral	Sangramento em cavidade oral (5)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE BOCA SECA</b> Suscetibilidade a desconforto ou dano à mucosa oral devido à quantidade reduzida ou à qualidade da saliva para hidratar a mucosa que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Desidratação Oxigenioterapia Quimioterapia Incapacidade de alimentar-se por via oral	Desidratada (3) Respirando em macronebulização (18) Recebendo quimioterapia paliativa (1) Intubado em ventilação mecânica (82) Recebendo nutrição parenteral total (6)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE CHOQUE</b> Suscetibilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos do corpo, que pode levar a disfunção celular que ameaça a vida, que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Hipotensão Hipoxemia Hipóxia Infecção Hipovolemia	Hipotenso (23) Cianose central (2) Desaturando (5) Perfusão ruim (5) Secreção traqueal purulenta (2) Abscesso em ambas as axilas (4) Curativo de cateter com presença de secreção (1) Desidratado (3)					
<b>DIAGNÓSTICO – DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS</b> Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração da frequência respiratória Alteração do padrão respiratório Cianose Dispneia Sons respiratórios diminuídos Ausência de tosse Ruídos adventícios respiratórios Corpo estranho na via aérea Exsudato nos alvéolos	Taquidispneica (16) Esforço respiratório (3) Cianose central (2) Dispneica (4) Ausculta pulmonar com MVUA diminuídos (24) Ausculta pulmonar MVUA abolidos em hemetórax D (1) Ausculta pulmonar com presença de sibilos (4) Sem reflexo de tosse (6) Tamponamento nasal para conter sangramento (2) Secreção traqueal espessa (15)					
<b>DIAGNÓSTICO – INTEGRIDADE DA MEMBRANA MUCOSA ORAL PREJUDICADA</b> Lesão em lábio, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Lesão oral Sangramento Desidratação Higiene oral inadequada Nutrição inadequada Exsudatos oronasais purulentos Quimioterapia	Cavidade oral ferida pelo TOT (9) Mucosite em cavidade oral (1) Sangramento em cavidade oral (5) Cavidade oral com sujidade (1) Desidratado (3) Dieta zero (57) Secreção de orofaringe purulenta (5) Recebendo quimioterapia paliativa (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE INTEGRIDADE DA MEMBRANA ORAL PREJUDICADA</b> Suscetibilidade a lesão em lábios, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Agente químico lesivo Barreira ao autocuidado oral	Recebendo quimioterapia paliativa (1) Criança sonolenta (18)					

Desidratação Higiene oral inadequada Regime de tratamento Redução das plaquetas	Desidratado (3) Cavidade oral com sujidade (1) Intubado em ventilação mecânica (82) Recebeu plaquetas (2)					
<b>DIAGNÓSTICO- INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b> Epiderme e/ou derme alterada.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Dor Hematoma Sangramento Alteração na integridade da pele Hipotermia Nutrição inadequada Vermelhidão Excreções Secreções	Queixando-se de dor (25) Hematoma em região inguinal (1) Pele com hematomas (1) Sangramento ativo em lesão por pressão sacra (1) Pele friável (2) Hipotérmica (8) Dieta zero (57) Secreção de lesão esverdeada (2) Secreção em óstio de gastrostomia (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b> Suscetibilidade a alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Excreções Hipotermia Alteração no volume de líquidos Nutrição inadequada Punção arterial	Evacuações líquidas (9) Hipotérmico (8) Desidratado (3) Anasarca (16) Dieta zero (57) Cateter de pressão arterial invasiva (18)					
<b>DIAGNÓSTICO – INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</b> Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Dano tecidual Dor aguda Hematoma Sangramento Tecido destruído Volume de líquido deficiente Volume de líquidos excessivo Mobilidade prejudicada	Lesão de septo nasal (1) Lesão de panturrilha (1) Face de dor (6) Hematoma em olho esquerdo (3) Secreção peniana sanguinolenta (3) Desidratado (3) Anasarca (16) Tetraplégico (3)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</b> Suscetibilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Estado nutricional desequilibrado Volume de líquido excessivo Volume de líquido deficiente Alteração de sensibilidade Mobilidade prejudicada Punção arterial	Emagrecido (9) Pele ressecada e descamativa (1) Anasarca (16) Desidratado (3) Parestesia direita (4) Paresia em membros superiores e inferiores (2) Cateter de pressão arterial invasiva (18)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE LESÃO</b> Suscetibilidade a lesão física por condições ambientais que interagem com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração da função cognitiva Alteração da função psicomotora	Desorientado (2) Agitação psicomotora (8)					

Hipóxia tissular Perfil sanguínea anormal Exposição a patógenos	Cianose central (2) Plaquetopenica (1) Recebeu hemácias (2) Isolamento de contato (5)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE LESÃO DO TRATO URINÁRIO</b> Suscetibilidade a dano às estruturas do trato urinário em decorrência de uso de cateteres que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Confusão Uso prolongado de cateter urinário Variação anatômica em órgãos pélvicos	Desorientação (2) Agitação psicomotora (8) Diurese por cateter vesical de demora (122) Edema de genitália (19)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE LESÃO NA CÓRNEA</b> Suscetibilidade a infecção ou lesão inflamatória no tecido da córnea que pode afetar camadas superficiais ou profundas e que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Edema periorbital Intubação Oxigenioterapia Traqueostomia Ventilação mecânica	Edema de órbita ocular (5) Edema conjuntival (1) Intubado em ventilação mecânica (82) Traqueostomizado em ventilação mecânica (51) Respirando em macronebulização (18) Respirando com auxílio de máscara de ventury (7) Respirando com auxílio de BIPAP (16)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO</b> Suscetibilidade a lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento (NPUAP, 2007).		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Desidratação Hipertermia Nutrição inadequada Redução da mobilidade Alteração da função cognitiva Anemia Edema Redução na perfusão tissular Redução da oxigenação tissular	Desidratado (3) Febril (14) Dieta zero (57) Restrito ao leito (17) Tetraplégico (3) Desorientado (2) Anasarca (16) Perfusão ruim (5) Cianose central (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE QUEDAS</b> Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Diarreia Mobilidade prejudicada Alteração na função cognitiva Anemia Neoplasia Prejuízo da audição Visão prejudicada	Evacuação líquida (9) Parestesia direita (4) Desorientado (2) Recebeu hemácia (2) Portador de leucemia (2) Deficiente auditivo (1) Olho enucleado (6)					
<b>DIAGNÓSTICO – RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA</b> Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividade que mantém a vida, a saúde e o bem-estar.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Evidência de interrupção da cicatrização da área cirúrgica Dor	Deiscência de sutura/ secreção amarelada (1) Lesão em sítio de derivação ventricular externa (1)					

Contaminação do sítio cirúrgico Mobilidade prejudicada	Hiperemia de ferida operatória (1) Queixando-se de dor (25) Restrito ao leito (17)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE RESSECAMENTO OCULAR</b> Suscetibilidade a desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido a quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Dano da superfície ocular Lesão neurológica por perda de reflexo sensorial ou motor Regime de tratamento Ventilação mecânica	Hiperemia ocular (2) Hematoma em olho E (3) Globo ocular com equimose (3) Sem reflexo córneo-palpebral (2) Recebendo infusão de sedativos (86) Intubado em ventilação mecânica (82)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE SANGRAMENTO</b> Suscetibilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Coagulopatia inerente	Plaquetopênico (1) Portador de leucemia (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO</b> Suscetibilidade ao desenvolvimento de coágulos sanguíneos em veia profunda, geralmente na coxa, panturrilha ou extremidade superior, que pode se romper e alojar-se em outro vaso, o que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Desidratação Mobilidade prejudicada Comorbidade médica significativa Diagnóstico atual de câncer	Desidratado (3) Tetraplégico (3) Hipertensão intracraniana (1) Portador de leucemia (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE SUICÍDIO</b> Suscetibilidade a lesão autoinfligida que ameaça a vida.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Doença física Doença terminal Transtorno psiquiátrico	Olho enucleado (6) Desarticulação de membro inferior (4) Fora de possibilidade curativas atuais (12) Agitação psicomotora (8)					
<b>DIAGNÓSTICO – CONTAMINAÇÃO</b> Exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Efeitos dermatológicos a exposição de agentes biológicos Efeitos pulmonares da exposição a agentes biológicos Exposição a radiação	Lesões fúngicas na pele (6) Isolamento de contato (5) Secreção traqueal purulenta (2) Tratamento radioterápico paliativo (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE REAÇÃO ALÉRGICA</b> Suscetibilidade a uma reação ou resposta imunológica exagerada a substâncias que pode comprometer a saúde		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Exposição a substância química tóxica Exposição a alérgeno	Recebendo quimioterapia paliativa (1) Recebeu hemácia (1)					

<b>DIAGNÓSTICO – HIPERTERMIA</b> Temperatura corporal central acima dos parâmetros diurnos normais devido a falha na termorregulação.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Coma Convulsão Hipotensão Taquicardia Taquipneia Desidratação Isquemia	Comatosa (32) Crise convulsiva (4) Hipotenso (23) Taquicardico (27) Taquidispneico (16) Desidratado (3) Cianose central (2)					
<b>DIAGNÓSTICO – HIPOTERMIA</b> Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais devido a falha na termorregulação.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Bradycardia Hipertensão Hipóxia Pele fria Baixa temperatura Radioterapia	Bradycardica (4) Hipertenso (23) Cianose central (2) Perfusão ruim (5) Extremidades frias (9) Hipotérmica (8) Tratamento radioterápico paliativo (1)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE HIPOTERMIA</b> Suscetibilidade a uma queda inadvertida na temperatura corporal central abaixo de 36°C, que ocorre no período entre 1 hora antes até 24 horas após cirurgia, que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Inatividade Radioterapia Dano ao hipotálamo Controle vascular ineficaz	Não tem resposta motora (3) Tratamento radioterápico paliativo (1) Sem reflexo córneo-palpebral (2) Sem reflexo de tronco (3) Sem reflexo de tosse (6) Hipotenso (23) Perfusão ruim (5)					
<b>DIAGNÓSTICO – TERMOREGULAÇÃO INEFICAZ</b> Oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Aumento da frequência respiratória Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais Convulsão Hipertensão Palidez Pele fria Taquicardia Desidratação Lesão cefálica Sedação	Taquidispneico (16) Febril (14) Crise convulsiva (4) Hipertenso (2) Hipocorada (128) Extremidades frias (9) Taquicardico (27) Desidratado (3) Sem reflexo córneo-palpebral (2) Recebendo infusão de sedativos (86)					
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE TERMOREGULAÇÃO INEFICAZ</b> Suscetibilidade à oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia que pode comprometer a saúde.		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	<b>TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS</b>	SUGESTÕES ABAIXO				
Desidratação Inatividade Lesão cefálica	Desidratado (3) Restrito ao leito (17) Sem reflexo córneo-palpebral (2)					

sedação	Sem reflexo de tronco (3) Recebendo sedativos (86)					
<b>DOMÍNIO 12 – CONFORTO</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – CONFORTO PREJUDICADO</b>						
Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.						
		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Choro Regime de tratamento Sintomas relacionados a doença	Criança chorosa ao manuseio (17) Respirando com auxílio de BIPAP (16) Esforço respiratório (3)					
<b>DIAGNÓSTICO – DOR AGUDA</b>						
Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.						
		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Alteração no apetite Autorrelato de dor Expressão facial de dor Pupilas dilatadas Agente físico lesivo	Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Queixando-se de dor (25) Face de dor (6) Pupilas midriáticas (5) Dreno de tórax (33)					
<b>DIAGNÓSTICO – DOR CRÔNICA</b>						
Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses.						
		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Autorrelato de dor Expressão facial de dor Massa corporal Condição musculoesquelético crônico Dano do sistema nervoso	Queixando-se de dor (25) Face de dor (6) Abdome rígido com presença de massa a palpação (29) Membros hipertônicos (1) Pupilas anisocóricas (10)					
<b>DIAGNÓSTICO – NÁUSEA</b>						
Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago que pode ou não resultar em vômito.						
		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Salivação aumentada Ânsia de vômito Pressão intracraniana elevada Regime de tratamento Tumores intra-abdominais	Sialorreia (6) Episódio emético (2) Hipertensão intracraniana (1) Recebendo quimioterapia paliativa (1) Abdome rígido com presença de massa a palpação (29)					
<b>DOMÍNIO 13 – CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO</b>						
<b>DIAGNÓSTICO – RISCO DE DESENVOLVIMENTO ATRASADO</b>						
Susceptibilidade a atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou autorregulador, ou em habilidades cognitivas, de linguagem e motoras grossas ou finas, que pode comprometer a saúde.						
		1	2	3	4	5
CD, FR ou CA da NANDA-I	TERMOS ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SUGESTÕES ABAIXO				
Nutrição inadequada Distúrbio convulsivo Doença crônica	Aceitando dieta oral de forma parcial (6) Crise convulsiva (4) Portador de leucemia (2)					

Lesão cefálica	Pupilas anisocóricas (10)	
Prejuízo da audição	Deficiente auditivo (1)	
Visão prejudicada	Visão reduzida (1)	
Regime de tratamento	Recebendo quimioterapia paliativa (1)	