



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Elaine Garcia de Oliveira

Cuidado Integral á saúde da criança e sua família:
tecnologia de apoio ao planejamento da alta
hospitalar

Orientadora: Profa. Dr. Vera Lucia Panplona Tonete

BOTUCATU

2019

ELAINE GARCIA DE OLIVEIRA

**Cuidado integral à saúde da criança e sua família:
tecnologia de apoio ao planejamento da alta hospitalar.**

Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção do título de mestre em enfermagem junto ao
programa de Pós-graduação em enfermagem -
Curso de Mestrado Profissional da Faculdade de
Medicina de Botucatu da Universidade Estadual
Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Oliveira, Elaine Garcia de.

Cuidado integral à saúde da criança e sua família: tecnologia de apoio ao planejamento da alta hospitalar/Elaine Garcia de Oliveira. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Vera Lucia Pamplona Tonete

Capes: 40406008

1. Criança. 2. Alta Hospitalar. 3. Enfermagem. 4. Integralidade em Saúde.

Palavras-chave: Criança; Alta Hospitalar; Enfermagem. Integralidade em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete
Universidade Estadual Paulista

Prof^a. Dra. Marli Teresinha CassamassimoDuarte
Universidade Estadual Paulista

Prof^a. Dra. Fernanda Cristina Manzini Sleutjes
UniversidadeSudoeste Paulista

BOTUCATU

2019

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram a concluí-lo.

*Dedico a mim por ser perseverante em mais essa conquista.
Aos meus filhos Guilherme e Izabela que muito me incentivaram para chegar aqui, razão do
meu viver.*

A minha família pela estrutura e fortaleza.

*A minha orientadora Vera Lúcia Pamplona Tonete pelo carinho e dedicação que me conduziu
por esse caminho e me ensinou os passos a chegar aqui, através de muita sabedoria e
conhecimento.*

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, por me guiar e abençoar em todos os momentos da minha vida, sempre me conduzindo pelo melhor caminho, sem Ele eu nada seria.

Ao meu marido Ricardo, pela compreensão e entendimento.

Aos meus irmãos Edilene e Edio Wilson por sempre acreditarem na minha capacidade e sempre me incentivando a buscar essa conquista.

A minha família pela estrutura e fortaleza.

As minhas colegas de trabalho por me ajudarem nos plantões.
Aos meus colegas enfermeiros Wellington Rodrigo de Souza e Lílían de Lima pela colaboração.

Ao Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual Bauru por acreditarem na competência e capacidade.

Às minhas colegas de mestrado que conheci em um momento tão especial da minha vida.

Aos docentes e corpo técnico-administrativo do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Curso Mestrado Profissional pelas contribuições para minha formação.

A minha orientadora Vera Lúcia Pamplona Tonete, quanta gratidão por acreditar em mim e dividir os seus conhecimentos comigo. De pegar na minha mão e ensinar a escrever o correto, as palavras certas, no momento certo. Obrigada por ter feito parte da minha vida e caminhado junto comigo.

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que por meio do Acordo Capes/Cofen Edital nº 27/2016 - Apoio a Programas de Pós-graduação da Área de Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional contemplou, com recursos financeiros, o projeto “Tecnologias de apoio à sistematização da assistência de enfermagem: contribuições de curso de mestrado profissional da região centro-sul paulista”, do qual o presente estudo faz parte.

RESUMO

Introdução: esta pesquisa volta-se à temática da sistematização da assistência de enfermagem, destacando como objeto de estudo, estratégias facilitadoras do planejamento da alta hospitalar pediátrica para a promoção do cuidado integral em saúde. **Objetivo:** elaborar tecnologia informatizada de apoio ao planejamento de alta pelo enfermeiro visando promover o cuidado integral em saúde. **Método:** esta pesquisa foi realizada em uma unidade de internação pediátrica hospitalar e foram desenvolvidos três estudos: revisão integrativa da literatura científica sobre estratégias voltadas ao planejamento da alta hospitalar pediátrica pelo enfermeiro para promover o cuidado integral em saúde da criança e sua família; estudo de abordagem qualitativa sobre a perspectiva de enfermeiros atuantes em unidade de internação pediátrica, através de dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados segundo técnicas de Análise de Conteúdo Temática; e estudo transversal dos registros da sistematização da assistência de enfermagem e do processo de enfermagem contidos em prontuários eletrônicos de amostra probabilística de crianças menores de dois anos internadas de janeiro a dezembro de 2017, utilizando questionário estruturado e empregando-se estatística descritiva na sua análise. **Resultados:** foram identificados dez artigos que preencheram os critérios de inclusão na revisão de literatura, cuja análise integrada revelou que para se realizar o planejamento da alta hospitalar com vistas ao cuidado integral em saúde da criança, é importante a implementação de ações educativas durante a internação, valorizando a abordagem centrada na criança, o estabelecimento de vínculo com a família desde a admissão hospitalar e a sua participação nesse processo. Foi constatada incipiência de referências sobre estratégias de articulação entre a atenção hospitalar e a primária em saúde. Dos depoimentos das enfermeiras emergiram três categorias temáticas: Propósitos da sistematização da assistência de enfermagem; Implementação da sistematização da assistência de enfermagem na unidade pediátrica; Planejamento de alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem pediátrica. Os achados dos estudos realizados, subsidiaram a elaboração de documento técnico contendo: fluxograma da alta hospitalar pediátrica, com as respectivas ações de enfermagem; formulário de prescrições de enfermagem para o cuidado integral no domicílio e formulário eletrônico do plano de enfermagem para

alta hospitalar pediátrica.**Considerações finais:**o documento técnico elaborado apresenta a proposta de tecnologia informatizada de apoio ao planejamento de alta pelo enfermeiro, contemplando aspectos fundamentais a serem considerados para a promoção do cuidado integral em saúde da criança.Dentre esses aspectos, destaca-se recomendação de se assegurar, no processo de alta hospitalar pediátrica,o envolvimento ativo da família, a articulação do hospital com os serviços de atenção primária à saúde e o investimento institucional na qualificação do processo de trabalho do enfermeiro, valorizando suas potenciais contribuições para a viabilização da alta hospitalar pediátrica segura e responsável.

Palavras chaves: Criança; Alta Hospitalar; Enfermagem; Integralidade em Saúde

ABSTRACT

Introduction: the theme of this research is the systematization of nursing assistance, which highlights the enabling strategies of pediatric hospital discharge and also the promotion of integral health care. **Objective:** elaborate computerized technology which offers support for the hospital discharge, when made by the nursing team, aiming to promote integral health care. **Methodology:** this research was carried out in an admission's pediatric hospital unit and three studies were conducted: Integrative scientific literature review of strategies surrounding pediatric hospital discharge by the nursing team to promote integral care for children and their families; Qualitative approach about the perspectives of working nurses of the pediatric admissions unit through data collection in semi structured interviews and its analysis in accordance with the content analysis technique; and cross sectional observational study of the nursing team's systematization records and the nursing process which were in the electronic patient's record with probability samples from children under the age of two who were admitted from January to December of 2017, using structured questionnaire and applying descriptive statistics in its analysis. **Results:** ten articles that fit the criteria were identified for the literature review and in which the integrated analysis revealed that, in order to make the hospital discharge planning, keeping children's integral care in mind, it is important to introduce educational activities during the admission, valuing children's centralized approach, establishing connection with the children's family since the moment of admission and their participation in this process. It was noted the incipience of references about the articulation strategies between the hospital's attention and the primary health. From the nursing team's statements three themed categories were found: 1- Purposes of the nursing assistance's systematization; 2- Introduction of the nursing assistance's systematization in children's unit; 3- Planning hospital discharge in the context of the children's nursing assistance's systematization. Based on what was found in this study, a technical document was elaborated, containing the following nursing actions, prescription form with detailed information about the integral health care at home and the electronic form of nursing team's hospital discharge. **Final considerations:** the technical document created presents the proposal of computerized technology supporting the hospital discharge planning made by the nursing team, contemplating fundamental aspects to be considered for the promotion of integral health care in children's health care. Among these aspects, it can be highlighted the family's involvement, the communication between primary health services and the institutional investment in qualifying the

nursing team's work, valuing their potential contributions to make feasible safe and responsible pediatric hospital discharge.

Key words: Children; Hospital Discharge; Nursing; Integral Health care.

APRESENTAÇÃO

Há 29 anos tive meu primeiro contato com a Enfermagem, quando realizei o curso de atendente. Porém, não me satisfiz em somente lavar seringas e trocar os pacientes. Então, realizei os cursos de auxiliar e técnico de enfermagem para me aproximar do paciente, cuidar pessoalmente, preparar e administrar seus medicamentos. Desse momento em diante, percebi que poderia fazer muito mais além disso: queria organizar o cuidado, entender tudo o que estava acontecendo com aquele de quem eu estava cuidando. Sabia que o paciente tinha prioridades, necessidades que precisavam ser priorizadas. Daí pensei: Vou ser enfermeira!

Hoje estou aqui, enfermeira especialista pelas Faculdades Pequeno Príncipe de Curitiba em UTI Neonatal e Pediátrica e Pediatria e em Enfermagem do Trabalho. Tenho experiência em UTI Pediátrica e Neonatal, Sala de Parto e Pronto Socorro Pediátrico. Trabalho há 16 anos com Pediatria e, atualmente, sou funcionária do Hospital Estadual de Bauru na Clínica Pediátrica, como Enfermeira Assistencial.

Analizando minha trajetória posso perceber que sempre quis me aprofundar meus conhecimentos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e aplicá-los na minha prática profissional. A minha inserção no Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Curso Mestrado Profissional, pelo Edital CAPES/COFEn, abriu essa possibilidade, mostrando-me que adotar essa temática como foco de estudo não é simples coincidência, mas sim prova da sua relevância para a Enfermagem, como tenho percebido em toda minha história profissional.

Intrinsicamente ligado ao tema da Sistematização da Assistência de Enfermagem, como o objeto do presente estudo, elegi o planejamento de alta hospitalar pediátrica pelo enfermeiro. Esta escolha se deu, pois a minha longa experiência, junto a crianças internadas em unidades pediátricas e a suas famílias, vem mostrando que pouco se tem feito para viabilizar essa prática nesse contexto, deixando a dúvida perene sobre a continuidade do cuidado realizado até então, bem como o sentimento de que poderia haver estratégias para promover o cuidado integral de enfermagem aos egressos da internação hospitalar, promovendo a saúde dos mesmos, reforçando os cuidados necessários a serem realizados por suas famílias, evitando reinternações e qualificando a comunicação da enfermagem hospitalar e entre níveis de atenção, assim valorizando o trabalho do enfermeiro.

Espero que o produto desta pesquisa possa se configurar em uma dessas estratégias.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de fluxo da pesquisa de revisão segundo PRISMA-2009.....	30
Figura 2 - Fluxograma da alta hospitalar pediátrica: papel do enfermeiro.....	70

QUADROS

Quadro 1 - Artigos conforme ano de publicação, título, idiomas disponíveis, nome e país do primeiro autor.....	31
Quadro 2 - Artigos conforme objetivo, tipo de estudo e estratégias relativas ao planejamento da alta hospitalar pediátrica para o cuidado integral.....	32
Quadro 3 - Categorias temáticas e unidades de contexto. Bauru, 2018.....	49

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das crianças quanto ao sexo e idade e outras características das internações na UP. Bauru, 2017.....	62
Tabela 2 - Registros de enfermagem sobre a coleta de dados na admissão na unidade de internação pediátrica. Bauru, 2017.....	63
Tabela 3 – Registros de diagnósticos de enfermagem na admissão e na alta da UP. Bauru, 2017.....	64
Tabela 4 - Registros sobre intervenções de enfermagem na admissão e de orientações na alta da UP. Bauru, 2017.....	65

LISTA DE SIGLAS

AEAssistência de Enfermagem

BDENFBase de Dados de Enfermagem

COFEnConselho Federal de Enfermagem

COREnConselho Regional de Enfermagem

DRSVIDepartamento Regional de Saúde VI

ESFEstratégia Saúde da Família

LILACSLiteratura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINEMedicalLiterature Analysis and Retrieval System Online

PEProcesso de Enfermagem

PNAISCPolítica Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNHOSP Política Nacional de Atenção Hospitalar

RAS Rede de Atenção Saúde

SAESistematização do Atendimento de Enfermagem

SCOPUSSciVerse Scopus

SUS Sistema Único de Saúde

UPUnidadePediátrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 Abordagens de enfermagem nos cuidados à criança hospitalizada	08
1.2 Sistematização da assistência de enfermagem em unidades de internação pediátrica	11
1.3 Cuidado integral em saúde: importância da sistematização dos planos de alta hospitalar pediátrica pelo enfermeiro	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 MÉTODO	19
3.1 Tipo de estudo	19
3.2 Local da pesquisa	19
3.3 Participantes, método de coleta e análise dos dados da pesquisa	20
3.4 Proposta de tecnologia informatizada de apoio ao planejamento de alta pelo enfermeiro para promover o cuidado integral em saúde da criança	24
3.5 Aspectos éticos	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 Artigo 1 - Planejamento de alta hospitalar: contribuições para o cuidado integral em saúde da criança e sua família	26
4.2 Artigo 2 - Perspectivas de enfermeiras sobre o planejamento da alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem pediátrica	45
4.3 Artigo 3 –Registros eletrônicos do processo de enfermagem: enfoque no plano da alta hospitalar pediátrica	57
4.4 Proposta de tecnologia informatizada de apoio ao planejamento de alta pelo enfermeiro para promover o cuidado integral em saúde da criança e sua família	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	91
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa volta-se à temática da sistematização da assistência de enfermagem pediátrica, destacando como objeto de estudo, estratégias facilitadoras do planejamento da alta hospitalar pediátrica para a promoção do cuidado integral em saúde.

1.1 Abordagens de enfermagem nos cuidados à criança hospitalizada

As crianças são seres biopsicossociais em processo de crescimento e desenvolvimento e devem ser atendidas em toda a sua individualidade, nas suas necessidades básicas, como nutrição, educação, socialização e afetividade. Contudo, durante esse processo, elas estão sujeitas a apresentar afecções patológicas, que demandam a hospitalização (Torquato, Collet, Dantas et al., 2013).

Historicamente, existem três perspectivas diferentes que norteiam a atenção hospitalar pediátrica, que, mesmo não estando explicitadas em regimentos e manuais dessa área, podem ser facilmente identificadas na rotina diária das unidades de internação.

As abordagens utilizadas na assistência à criança podem ser divididas em:

- **Abordagem centrada na patologia:** caracteriza-se por ter, como foco, a criança com determinada doença ou agravo, sinal e/ou sintoma que necessitam de cuidados profissionais. Nesse caso, a equipe de enfermagem centra seus esforços para obter dados que se relacionam com os problemas de saúde da criança, com o diagnóstico da doença/agravo e com a instalação das medidas terapêuticas voltadas ao reestabelecimento do estado de saúde infantil. As intervenções de enfermagem, enquanto procedimentos técnicos são os pontos altos do cuidado. Na unidade, as crianças são geralmente agrupadas nas enfermarias, conforme o diagnóstico médico. A área física, em geral, existe para atender às necessidades dos profissionais e o ambiente é pobre ou desprovido de caracterizações infantis. A comunicação entre equipe, criança e família é formal, cabendo ao profissional de saúde informar à família, quando e o que julgar necessário. A interação da equipe de enfermagem com a família resume-se a alguns momentos

como: admissão, comunicação de mudanças básicas no tratamento, agravamento do estado geral e alta hospitalar. Por todas essas características, nesse tipo de abordagem, a tomada de decisão é centrada no profissional médico (Pacheco et al., 2013).

- **Abordagem centrada na criança:** o foco do cuidado passa a ser a criança em sua unidade biopsicossocial. O objetivo principal dos cuidados é de amenizar as repercussões psicológicas provenientes da hospitalização. Dá-se ênfase às necessidades de crescimento e desenvolvimento e às necessidades clínicas da criança, havendo também incentivo maior à participação da criança e da família nos cuidados, principalmente naqueles mais gerais como: higiene e alimentação. Quanto à área física, destinam-se locais para atender às necessidades de recreação e bem-estar da criança, junto do acompanhante. A unidade passa também a ter caracterizações infantis. A tomada de decisões torna-se mais democrática e a família, embora não participe dela, é mantida sempre informada e atualizada sobre a evolução do estado da criança, discutindo com os profissionais os resultados esperados (Pacheco et al., 2013, Santos et al., 2016).
- **Abordagem centrada na criança e na família:** os cuidados são concebidos como resultantes do atendimento das necessidades resultantes da interação de fatores biopsíquicos, socioculturais e ecológicos na determinação do processo saúde e doença. Nessa abordagem, visa-se recuperar a saúde da criança, promovendo as condições para evitar as intercorrências hospitalares e estender as ações a outros espaços da convivência infantil, de modo a assegurar a promoção de sua saúde. A área física é considerada como um local para estimulação da criança e para o convívio família-criança-equipe. O ambiente possui caracterizações infantis, condizentes com o objetivo de propiciar bom estado de ânimo da criança, da família e da equipe. A família cumpre papel central, participando ativamente do planejamento, execução e avaliação do atendimento. Assim, os profissionais compartilham com ela, a identificação dos problemas, os recursos disponíveis e elaboram em conjunto o plano de cuidados. Diferente das outras abordagens, essa última é dinâmica, participativa e democrática.

As decisões são tomadas por todos os membros e a responsabilidade é assumida de maneira igualitária pela equipe e a família(Cruz et al., 2011, Pacheco et al., 2013).

Assim, envolver plenamente as famílias nos cuidados de enfermagem prestados às crianças internadas requer considerar suas necessidades e diferenças, com atenção às diversidades sociais, econômicas e culturais entre elas, bem como os sentimentos e as expectativas envolvidos durante a internação hospitalar e as suas repercussões futuras (Rumoretal.,2013).

A permanência da família no hospital leva a construir uma rede de apoio que compreende as outras famílias presentes naquele cenário como também os membros da equipe de saúde. Estudos destacam a importância da equipe de saúde estar contribuindo para que a família usufrua desta rede de apoio fornecida pela instituição, fazendo com que o hospital se torne cada vez mais um ambiente saudável (Pacheco et al., 2013).

De outro modo, há evidências de que, ao se adotar os cuidados de enfermagem junto à equipe de saúde, a abordagem que valorize as necessidades da criança, em uma conduta profissional integrada e corresponsável que contemple a participação ativa da família nesse processo, melhores serão os resultados para todos os envolvidos, especialmente para as crianças (Santos et al., 2016).

Emerge assim, a pertinência da Enfermagem, na teoria e na prática, incorporando tais princípios, quando novas responsabilidades passam a ser assumidas pela equipe de enfermagem, dando ênfase ao aperfeiçoamento de métodos, técnicas, normas e rotinas, com a finalidade de proporcionar o bem estar da criança, sua reabilitação em tempo mais breve possível e a promoção de sua saúde, buscando-se a satisfação de suas necessidades em uma perspectiva ampliada (Pacheco et al., 2013).

Neste sentido, considera-se que, para se obter a qualidade dos cuidados prestados, são indispensáveis: a sistematização dos processos de trabalho e a capacitação da equipe de saúde, para tal.

1.2 Sistematização da assistência de enfermagem em unidades de internação pediátrica

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como um método para organizar e sistematizar os cuidados a serem prestados, com base em princípios científicos. Tem-se por objetivos identificar tanto as situações e necessidades de saúde quanto os cuidados necessários para atendê-las, subsidiando as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (Marinelli et al., 2015). A responsabilidade pela aplicação desse método é privativa e intrinsecamente ligada ao processo de trabalho do enfermeiro, que além de organizar, possibilita o desenvolvimento de ações que modifiquem o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos (COFEn, 2009).

Portanto, a SAE permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável, a sua implementação proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem, oportunizando avanços na qualidade dos cuidados prestados, o que impulsiona a prática clínica desse profissional (Pacheco et al., 2013).

Atrelado à SAE, encontra-se o Processo de Enfermagem (PE), por sua vez considerado como ferramenta metodológica utilizada para orientar a prática clínica do enfermeiro voltada ao indivíduo, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo saúde e doença (COREn, 2015, Silva et al., 2015).

Ao se utilizar tal ferramenta, a referida prática e os cuidados prestados pela equipe de enfermagem passam a ser organizados em fases inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, possibilitando a promoção de sua qualidade e o seu devido registro. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) propõe que o PE seja composto por cinco fases:

- **Coleta de dados de enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)** – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;

- **Diagnóstico de Enfermagem** – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;
- **Planejamento de Enfermagem** – determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem;
- **Implementação de Enfermagem** – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem e;
- **Avaliação de Enfermagem** – p
- processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana e num dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE (COFEn, 2009).

Como prática clínica, alguns elementos são inerentes ao PE: as ações da enfermagem (intervenções de enfermagem) que são realizadas em função de certas necessidades dos usuários (diagnósticos de enfermagem), visando algum resultado (resultados de enfermagem). Esses elementos possibilitam a criação de sistemas de classificação de termos que fazem parte da linguagem desses profissionais e que colaboram na criação de uma linguagem comum para a Enfermagem. As linguagens padronizadas vêm sendo desenvolvidas para ajudar a tornar visível o que os enfermeiros identificam, fazem e avaliam em clientes, famílias e comunidades. (Silva et al., 2015). Existem disponíveis na literatura, diversos sistemas de classificação de enfermagem, dentre elas: Classificação de Diagnósticos de Enfermagem - NANDA Internacional (NANDA I), Classificação das Intervenções de Enfermagem – Nursing Interventions Classification (NIC);

Classificação de Resultados de Enfermagem–Nursing Outcomes Classification (NOC) (Nóbrega et al., 2010, COREn, 2015).

Cabe ressaltar que, nos diversos contextos coletivos do trabalho em saúde, o PE configura-se como um trabalho profissional que envolve a equipe de enfermagem, por sua vez constituída por diferentes categorias (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), cada uma delas com reconhecidas atribuições durante a execução do processo de cuidar (Dell'acqua, 2015, Garcia, 2016).

Assim, coerentemente às disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, ao enfermeiro é destinada a liderança na execução e avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas. Ao técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, cabe participar da execução do PE, dentro de sua competência, sob a supervisão e orientação do enfermeiro (COFEN, 2009).

Em específico, a equipe de enfermagem, em virtude da sua proximidade e atuação direta ao binômio mãe-filho, além de desenvolver a SAE/PE com base em princípios técnicos, científicos, éticos e humanísticos, deve envolver vínculo, aconselhamento, interação e apoio ao familiar e/ou responsável durante todo o processo de internação (Xavier et al., 2013), inclusive potencializando a capacidade desses últimos em participar no cuidado necessário, possibilitando o desenvolvimento de habilidades nessa prática (Cruz et al., 2017).

Considerando o contexto de internação hospitalar pediátrica, além das diretrizes propostas nos documentos oficiais internos à profissão, para a implementação da SAE/PE, a Enfermagem brasileira deve se pautar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que reúne um conjunto de ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida. Essa política contempla as iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança (Brasil, 2018).

Em seu parágrafo único, PNAISC define prioridade de atendimento pediátrico no âmbito do SUS a crianças de até 10 anos de idade, englobando sete eixos de atenção estratégica: Atenção humanizada à gestação, parto-nascimento e ao recém-nascido; Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; desenvolvimento integral da primeira infância; Crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas; Prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz; Criança com deficiências ou em situações de vulnerabilidade e a Prevenção do óbito infantil e fetal (Brasil, 2018).

De modo geral, essa política mostra-se como incentivo para que as instituições de saúde institucionalizem a SAE/PE como forma de promoção da qualidade e articulação de serviços de saúde, uma vez que orienta o acesso universal e o cuidado integral das crianças e de suas famílias, em todos os cenários do SUS, considerando trabalho em redes de atenção à saúde (RAS).

1.3 Cuidado integral em saúde: importância da sistematização dos planos de alta hospitalar pediátrica pelo enfermeiro

Tem-se que a abordagem de enfermagem pediátrica a ser adotada no contexto hospitalar deva estar focada tanto na criança quanto em sua família, na perspectiva integralidade da atenção e do cuidado integral em saúde, para que todos enfrentem a hospitalização da melhor forma possível, preparando-os para a alta hospitalar (Lima et al., 2014).

Oficialmente, integralidade da atenção em saúde é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema, contando-se para essa articulação com a organização dos serviços em RAS, além dos conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e das políticas governamentais que valorizem a participação da população nesse processo (Brasil, 2017, Sousa et al., 2017). Entende-se por cuidado integral, aquele que se dá como resultado dos vários cuidados prestados pela equipe de saúde, incluído a da enfermagem, para o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo, por sua vez submetido a diversas situações de vida (Sousa et al., 2017).

O trabalho do enfermeiro tem como característica gerencial marcante a coordenação dos cuidados de enfermagem, que ao ser colocada em prática tem potencial para promover direta ou indiretamente a consecução do cuidado integral por toda a equipe multiprofissional, incluindo ações de integração entre os serviços de saúde e de outros setores para promover, ao mesmo tempo, a integralidade da atenção em saúde (Sousa et al., 2017).

Nesse sentido, como comumente o enfermeiro desempenha o papel de coordenador do processo de alta, espera-se que esse profissional tenha competência, compromisso e cooperação para promover, junto à equipe multiprofissional, a integralidade da atenção em saúde, prevendo as condições necessárias para a continuidade do cuidado integral, após a alta hospitalar (COREn-SP, 2010, Facioetal., 2013).

É importante ressaltar que o planejamento da alta deva estar respaldado em evidências científicas, que garantam a segurança do paciente, com base em protocolos institucionais (COREn-SP, 2010).

Postula-se que o plano de alta, através da SAE, possa aperfeiçoar, integralizar a adesão ao tratamento após alta, com a indicação de se adotar referenciais teóricos e metodológicos, que contemplem as etapas necessárias para levantar as necessidades afetadas, bem como para elaborar as avaliações diagnósticas e propostas para a continuidade dos cuidados adequados a serem realizados no domicílio, após a alta hospitalar (COFEn, 2009).

Existem evidências de que, no momento da alta, devem ser fornecidas orientações aos pais/responsáveis para viabilizar medidas de prevenção de reincidência dos problemas que levaram à internação e, de modo ampliado, ações de promoção da saúde. Dessa maneira, espera-se também haver a articulação entre o hospital e o serviço de atenção primária para dar continuidade e promover a integralidade da atenção à saúde da criança (Vieira, Whitaker, 2016).

Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) a ser implementada no âmbito do SUS foi publicada em 2013, estabelecendo diretrizes para a organização do componente hospitalar das RAS. Dentre essas diretrizes destaca-se a alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, devendo ser realizada por meio de: orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia dos

ujeito, proporcionando o autocuidado; a articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (Brasil,2013).

Estudo que objetivou identificar as percepções de enfermeiros da região sul do Brasil, acerca dos limites e potencialidades do trabalho para a integralidade da atenção hospitalar e básica, no processo de alta hospitalar da criança, revelou por um lado, ausência de comunicação entre as duas esferas e, por outro, alta cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) na região. Os autores concluíram pela necessidade de um repensar dos profissionais envolvidos nessa prática, afim de modificar aquele cenário (Silva, Ramos,2011).

Outro estudo realizado por esses mesmos autores e na mesma região, objetivando conhecer a atuação do enfermeiro após a alta hospitalar pediátrica, constatou lacunas no processo de trabalho de enfermagem, por praticamente não existir a articulação da atenção hospitalar e básica. Nesse estudo, verificou-se que os enfermeiros da atenção básica dificilmente conseguiam identificar a criança em alta hospitalar, dificultando o agir integral de cada um, ficando restrito ao seu espaço de trabalho, sendo reconhecida por esses profissionais a necessidade de reorganização do seu processo de trabalho (Silva, Ramos, 2011).

Em uma unidade pediátrica de um hospital-escolado interior do estado de São Paulo, foi realizado um estudo que objetivou conhecer como acontece a continuidade do cuidado, após a hospitalização, na perspectiva dos pais ou responsáveis revelou que a percepção dos pais está relacionada aos valores atribuídos à necessidade de acompanhamento, potencializada pela influência das orientações recebidas no momento da alta. Esse estudo indicou que os profissionais de saúde devem ampliar o diálogo com familiares/cuidadores para enfatizar que crianças necessitam de cuidado integral após a hospitalização evidenciando que o enfermeiro deve ser o responsável e mediador do preparo da alta, uma vez que assume a função de gestor do cuidado (Vieira, Whitaker, 2016).

A presente pesquisa foi proposta com base no exposto e levando em conta a importância da sistematização do planejamento da alta hospitalar pediátrica

pelo enfermeiro para a continuidade, após a alta, do cuidado integral. Espera-se que seus achados e produto possam contribuir para a qualificação dos cuidados de enfermagem a essas crianças e a suas famílias, tanto nos domicílios quanto na rede de atenção à saúde das mesmas, bem como para a prevenção de novas ocorrências. Subsidiariamente, pretende-se também contribuir com a formação de enfermeiros no que a prática em foco.

2OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar tecnologia informatizada de apoio ao planejamento de alta pelo enfermeiro visando promover o cuidado integral em saúde.

2.2Objetivos específicos

- Identificar estratégias propostas pela literatura científica, voltadas ao planejamento da alta hospitalar pediátrica pelo enfermeiro para promover o cuidado integral à criança e sua família.
- Apreender concepções e experiências dos enfermeiros de unidade de internação pediátrica sobre o planejamento da alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem.
- Analisar os registros eletrônicos do processo de enfermagem em uma unidade de internação pediátrica, com enfoque no planejamento da alta hospitalar.
- Formular a proposta pretendida, quanto aos aspectos de conteúdo, forma e de recursos informatizados.

3MÉTODO

3.1 Tipos de estudo

Esta pesquisa foi composta por três estudos: revisão integrativa da literatura (RIL) científica sobre estratégias propostas voltadas ao planejamento da alta hospitalar pediátrica pelo enfermeiro para promover o cuidado integral à criança e sua família; estudo exploratório de abordagem qualitativa sobre a perspectiva de enfermeiros atuantes em unidade de internação pediátrica quanto ao planejamento da alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem; estudo observacional e transversal dos registros do processo de enfermagem, enfocando o planejamento da alta hospitalar pediátrica. Posteriormente, com base nos achados dos estudos anteriores, foi elaborada a proposta de tecnologia informatizada de apoio ao planejamento de alta pelo enfermeiro visando promover o cuidado integral em saúde da criança e sua família.

3.2 Local da pesquisa

O contexto institucional desta pesquisa foi a unidade de internação pediátrica (UP) do Hospital Estadual de Bauru (HEB) da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, localizado no município de Bauru.

O HEB, inaugurado em 2002, é referência na prestação de serviços exclusivos aos usuários do SUS, para uma população que compõem os 68 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI) e não realiza prestação de serviços conveniados. Essa instituição tem capacidade operacional de 318 leitos, oferecendo serviços diagnósticos e terapêuticos, centro cirúrgico ambulatorial, centro cirúrgico, unidades de internação geral (adultos e pediátrica), urgências referenciadas, unidades de terapia intensiva geral, pediátrica, coronária e queimados, unidade ambulatorial e centro de terapia renal substitutiva. Presta atendimento referenciado, ou seja, seus pacientes vêm encaminhados pela rede básica pública de saúde. A UP é composta por 34 leitos, sendo três de isolamento, 18 leitos de cama e 13 leitos de berço. Recebe pacientes de zero a 17 anos 11 meses e 29 dias, para tratamento clínico, cirúrgico e oncológico e conta com uma equipe médica, de

enfermeiros e técnicos de enfermagem. A unidade de terapia intensiva pediátrica é composta por 11 leitos (HEB/SES-SP,2019).

Segundo o responsável técnico pela SAE nessa instituição, o formulário de registro da SAE e do PE na UP do HEB encontra-se disponibilizado sob forma eletrônica, sendo acessado nos terminais localizados em oito pontos na referida unidade, por meio do sistema *e-Pront* implantado na instituição, Desde 2004. Esse formulário eletrônico contempla as cinco etapas propostas pelo COFEN (2009), sendo preenchido por *checklist*, nas etapas de coleta de dados, diagnóstico e planejamento de enfermagem nas etapas de implementação e avaliação os registros são feitos de forma descritiva. Especificamente sobre os registros realizados na UP do HEB, conforme referido pela responsável técnica dessa unidade, o preenchimento das etapas citadas é realizado diariamente pelos enfermeiros da UP, que se subdividem por turnos (manhã, tarde e noite) para se responsabilizar por determinado grupo de crianças internadas. Após o preenchimento do formulário de registro do PE, o conteúdo referente aos diagnósticos, às intervenções e às prescrições de enfermagem é impresso para que os técnicos possam prestar o cuidado e registrar o que, como e quando foi realizado. Os dados como sinais vitais, peso, resultados de exames como glicemia capilar, características sobre eliminações fisiológicas e outros ficam somente anotados no impresso citado anteriormente e não no sistema eletrônico. Assim, esse documento é anexado no prontuário físico da criança.

3.3 Participantes, método de coleta e análise dos dados da pesquisa

Sobre o estudo de RIL, buscaram-se artigos originais, disponíveis integralmente, publicados em português, inglês ou espanhol em periódicos nacionais e internacionais, entre janeiro de 2013 a junho de 2018 e contidos nas bases de dados eletrônicas: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica, que é a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (US National Library of Medicine's - NLM); BDENF (Base de Dados de Enfermagem) que é uma base de dados bibliográficas especializada na área de enfermagem, desenvolvida desde 1988 pela Biblioteca J. Baeta Vianna, do Campus da Saúde/UFMG, LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da

Saúde) que é um índice e repositório bibliográfico da produção científica e técnica em Ciências da Saúde publicada na América Latina e no Caribe e SCOPUS (SciVerse Scopus) que é um banco de dados de resumos e citações de artigos para jornais/revistas acadêmicos.

A busca das publicações, foi realizada nos meses de abril a julho de 2018, sendo foram utilizados os descritores controlados (DeCS/MeSH) e combinados: “Criança/Child OR “Crianças”/”Children” AND “Família/Family” AND “Alta do Paciente”/Discharge AND “Planejamento de Assistência ao Paciente”/”Discharge Planning” AND “Enfermagem”/”Nursing” AND “Integralidade” e suas respectivas versões em inglês e espanhol. Empregou-se a estratégia PICopara pesquisas não clínicas na construção da pergunta da pesquisa, sendo P = População/Paciente/ou Problema – Crianças e suas famílias; I = Interesse –Estratégias de planejamento da alta hospitalar para promover o cuidado integral após a alta; Co = Contexto – Internação hospitalar pediátrica. Dessa forma, a referida questão consistiu em: *Quais estratégias contidas nos planos de alta hospitalar promovem cuidado integral em saúde da criança e sua família?*

Quanto ao estudo qualitativo, os participantes foram selecionados intencionalmente entre as 10 enfermeiras sendo uma gerente e nove assistenciais envolvidas com os cuidados de enfermagem pediátrica na UP do HEB, com sete incluídas neste estudo, sendo excluídas duas enfermeiras assistenciais envolvidas com a realização da presente pesquisa.

Os dados qualitativos foram coletados no mês de dezembro de 2018 e janeiro de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, composta por questões de caracterização sociodemográfica e profissional dos entrevistados e pelas questões norteadoras sobre o objeto em estudo (Apêndice 1).

As entrevistas foram aplicadas pela pesquisadora, enfermeira, sob supervisão da orientadora que possui experiência prévia neste tipo de coleta de dados. As entrevistas foram agendadas previamente para ocorrer em locais indicados pelos próprios entrevistados. Após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa aos enfermeiros, os depoimentos foram audiogravados, sendo seu conteúdo apresentado ao final para cada participante, de modo a obter sua anuência sobre o mesmo.

Na sequência, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, deletadas. O conteúdo transcrito foi analisado segundo técnicas de Análise de

Conteúdo, na vertente Temática, cumprindo as três etapas previstas: na primeira etapa - pré-análise - foi realizada a leitura flutuante das entrevistas transcritas, buscando levantar hipóteses sobre o objeto em estudo; na segunda etapa - exploração do material - houve a definição das categorias temáticas e a identificação das unidades de registro correspondentes aos recortes de conteúdo das entrevistas. Nessa etapa houve também a definição das unidades de contexto, núcleos de sentido, que serviram para codificar as unidades de registro, a fim de compreender as suas significações exatas; por fim, na terceira etapa - tratamento dos dados e interpretação - por meio de intuição, análise reflexiva e crítica, realizou-se a interpretação inferencial, buscando o conteúdo latente do material obtido (Minayo, 2014).

A população estudada, referente ao estudo quantitativo, foi composta por amostra probabilística de crianças de zero a 24 meses de idade internadas na UP do HEB, pela primeira vez, entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017, excluindo-se as crianças com anomalia congênita/malformação e aquelas com diagnóstico médico de neoplasia, por suas especificidades de acompanhamento após a alta.

Seguindo esses critérios tais critérios, foram selecionadas 410 crianças. Para o cálculo do tamanho amostral foi considerada a prevalência de 50% com 95% de intervalo de confiança, obtendo-se o número amostral de 199 crianças, corrigido pela população finita. Na sequência, foi realizado um sorteio das crianças a serem incluídas no estudo pelo programa R, versão 2,101. Para o sorteio, as 410 crianças foram alinhadas em ordem cronológica de internação hospitalar.

Os dados de cunho quantitativo foram coletados diretamente dos prontuários de crianças amostradas, com base em questionário estruturado (Apêndice 2), empregando-se estatística descritiva na sua análise. As variáveis estudadas foram:

A– Dados relacionados a criança:

- 1 Idade (meses e dias):
- 2 Sexo: (feminino/masculino)
- 3 Acompanhante admissão: (mãe/pai/outro) Se outro, qual:
- 4 Acompanhante alta: (mãe/pai/outro) Se outro, qual?

B– Dados relacionados à primeira internação da criança em 2017 na UP:

5 Data da internação:

6 Data da alta hospitalar:

7 Número de dias de internação:

8 Diagnóstico médico de internação:

9 Diagnóstico médico de alta hospitalar:

C – Dados relacionados à SAE e o PE na admissão na UP

10 Anamnese: (não/sim)

() Sim: cuidador principal

() Sim: alimentação

() Sim: hidratação

() Sim: sono e repouso

() Sim: estimulação/recreação

() Sim: uso de objetos significativos

() Sim: hábitos de higiene corporal

() Sim: hábitos de higiene bucal

() Sim: estrutura familiar

() Sim: vínculo a serviço de puericultura

() Sim: vínculo à instituição de educação infantil

() Sim: imunização

() Sim: uso de medicações/suplementos alimentares

() Sim: exames laboratoriais/imagem realizados desde a última consulta clínica

() Sim: antecedentes mórbidos

() Sim: utilização de ambulatório especializado

() Sim: internação hospitalar prévia em outro serviço

() Sim: utilização de outros equipamentos sociais

() Sim: problemas com a criança

() Sim: dúvidas maternas

() Sim: outras questões

11 Exame físico: (não/sim)

() Sim: peso (quilos e gramas)

() Sim: estatura (cm)

() Sim: sinais vitais – problemas levantados:

() Sim: segmentos corporais – problemas levantados:

12 Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor: (não/sim) Se sim, qual(is) problemas levantados:

13 Diagnóstico(s) de Enfermagem (não/sim) Se sim, qual(is):

14 Intervenções de Enfermagem: (não/sim) Se sim, qual(is):

15 Resultados de Enfermagem: (não/sim) Se sim, qual(is):

D – Dados relacionados à SAE e ao PE na alta da UP

16 Diagnóstico(s) de Enfermagem (não/sim) Se sim, qual(is):

17 Intervenções de Enfermagem: (não/sim) Se sim, qual(is):

18 Prescrições de Enfermagem (não/sim) Se sim, qual(is):

19 Resultados de Enfermagem: (não/sim) Se sim, qual(is):

E – Outros dados/observações importantes para estabelecer plano de alta hospitalar

3.4 Proposta de tecnologia informatizada de apoio ao planejamento de alta pelo enfermeiro para promover o cuidado integral em saúde da criança e sua família.

Com base nos achados dos estudos anteriores, em documentos legais e técnicos sobre a temática disponibilizados virtualmente e com assessoria técnica no campo da informática, foi formulada uma proposta de tecnologia para apoiar o planejamento de alta pelo enfermeiro, com vistas ao estabelecimento do cuidado integral em saúde da criança, contemplando ativamente as famílias nesse cuidado.

3.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação da instituição onde foi realizada, obtendo anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, conforme Parecer (CAAE): 96279518.4.0000.5411 (Anexo 1).

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3).

Destaca-se que para a obtenção dos dados nos prontuários das crianças, foi solicitada a dispensa da assinatura do TCLE, devido ao tempo transcorrido entre o registro das informações e a época da coleta dos dados desta pesquisa, o que dificultaria a localização desses indivíduos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atender os objetivos propostos nesta dissertação, os resultados e discussões serão apresentados sob forma de artigos e de descrição do instrumento informatizado elaborado.

4.1 Artigo 1 - Planejamento de alta hospitalar: contribuições para o cuidado integral em saúde da criança e sua família

RESUMO

Objetivo: identificar estratégias propostas pela literatura científica, voltadas ao planejamento da alta hospitalar pediátrica pelo enfermeiro para promover o cuidado integral à criança e sua família. **Método:** realizou-se revisão integrativa de literatura, buscando artigos originais, disponíveis integralmente, publicados em português, inglês ou espanhol em periódicos nacionais e internacionais, entre janeiro de 2013 a junho de 2018 e contidos nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, LILACS, BEDENF e SCOPUS. Para a busca das publicações, realizada nos meses de abril a julho de 2018, foram utilizados descritores controlados (DeCS/MeSH) e combinados: “Criança” OR “Crianças” AND “Família” AND “Alta do Paciente” AND “Planejamento de Assistência ao Paciente” AND “Enfermagem” AND “Integralidade” e suas respectivas versões em inglês e espanhol. Empregou-se a estratégia PICO para pesquisas não clínicas na construção da pergunta da pesquisa. **Resultados:** dez artigos foram revisados e sua análise integrada revelou que para promover o cuidado integral após a alta hospitalar pediátrica, principalmente, propõe-se a implementação de ações educativas durante a internação, valorizando a abordagem centrada nas necessidades da criança, o estabelecimento de vínculo com a família desde a admissão hospitalar e a sua participação ativa nesse processo, por meio de métodos ativos de ensino-aprendizagem. Foi constatada incipiência de referências sobre estratégias de articulação entre a atenção hospitalar e a primária em saúde para garantir a integralidade da atenção à saúde infantil. **Conclusões:** as estratégias educativas voltadas ao cuidado integral após a alta hospitalar, propostas pela literatura revisada, destacam a preocupação em viabilizar, nos domicílios, a continuidade do tratamento iniciado no hospital para o restabelecimento, prevenção de complicações, bem como para promover a saúde infantil, transferindo a maior parte dessa responsabilidade à família, com poucas indicações de contribuições dos serviços de saúde para tais finalidades.

Descritores: Criança; Família; Alta Hospitalar; Integralidade em Saúde; Enfermagem

Introdução

A equipe de enfermagem, em virtude da sua proximidade e atuação direta ao binômio mãe-filho, além de desenvolver os cuidados de enfermagem à criança com base em princípios técnicos, científicos, éticos e humanísticos, deve envolver vínculo, aconselhamento, interação e apoio ao familiar e/ou responsável durante todo o processo de internação (Xavier et al., 2013), inclusive potencializando a capacidade desses últimos em participar no cuidado necessário, possibilitando o desenvolvimento de habilidades nessa prática (Cruz et al., 2017).

Envolver as famílias nos cuidados de enfermagem prestados às crianças internadas requer considerar suas necessidades e diferenças, com atenção às diversidades sociais, econômicas e culturais entre elas, bem como os sentimentos e as expectativas envolvidos durante a internação hospitalar (Rumor et al., 2013).

Assim, a abordagem de enfermagem pediátrica a ser realizada no contexto hospitalar deve estar focada tanto na criança quanto em sua família, para que todos enfrentem a hospitalização da melhor forma possível, preparando-se para a alta hospitalar, na perspectiva do cuidado integral (Lima et al., 2014).

Para a realização deste estudo, adotou-se a definição de cuidado integral como aquele que se dá em consequência dos vários cuidados prestados pela equipe de saúde, incluído a da enfermagem, para o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo, consequentes a diferentes determinantes do processo saúde-doença (Vieira, Whitaker, 2016, Sousa et al., 2017). E, também a definição oficial de integralidade da atenção em saúde, como conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema, contando-se para essa articulação com a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais, incluindo a participação da população (Brasil, 2017).

Em seu papel de coordenador dos cuidados de saúde, nos diferentes momentos da internação hospitalar, o enfermeiro deve considerar, nesse processo, a importância da competência, compromisso e cooperação da equipe de enfermagem e dos demais profissionais em assegurar a integralidade da atenção em saúde durante a internação e após a alta hospitalar (COREn-SP, 2010, Facio et al., 2013, Sousa et al., 2017).

É importante ressaltar que o planejamento da alta hospitalar deve ter respaldo em evidências científicas para promover a segurança do paciente, com base em protocolos institucionais, que se pautem pela alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, devendo ser realizada por meio de: orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; a articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em particular a Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2013, COREn-SP, 2015).

Existem evidências de que, no momento da alta, devem ser fornecidas orientações aos pais/responsáveis para viabilizar medidas de prevenção de reincidência dos problemas que levaram à internação e, de modo ampliado, ações de promoção da saúde (Vieira, Whitaker, 2016).

As percepções dos enfermeiros, de acordo com os limites e potencialidades para realizar o trabalho gerando a integralidade da atenção em saúde no processo de alta hospitalar da criança, mostrou que há ausência de comunicação entre o hospital e a atenção primária. Então os autores concluíram que há necessidade de um repensar dos profissionais que estão envolvidos nessa prática, com a finalidade de implantar uma modificação naquele cenário (Silva, Ramos, 2011).

Esses autores, através de estudos com o objetivo de conhecer a atuação do enfermeiro após a alta hospitalar pediátrica, puderam constatar que no processo de trabalho de enfermagem ocorreram lacunas e, praticamente, não existiam articulações entre esses diferentes níveis de atenção. Verificou-se também que os enfermeiros da atenção básica possuíam dificuldades para identificar a criança em alta hospitalar, assim dificultando o agir integral com cada uma (Silva, Ramos, 2011).

Para conhecer a atuação do enfermeiro após a alta hospitalar pediátrica e como acontecia a continuidade desse cuidado, um estudo revelou que a percepção dos pais estavam relacionadas aos valores atribuídos à necessidade de acompanhamento, sendo influenciadas pelas orientações recebidas no momento da alta. Sabe-se que os profissionais de saúde devem ampliar o diálogo com familiares/cuidadores enfatizando que as crianças necessitam desses cuidados integrais após a hospitalização, e que o enfermeiro é o responsável mediador do preparo da alta, assumindo a função de gestor do cuidado (Vieira, Whitaker, 2016).

Considerando o exposto, propôs-se a presente pesquisa, objetivando identificar estratégias propostas pela literatura científica, voltadas ao planejamento da alta hospitalar pediátrica pelo enfermeiro para promover o cuidado integral em saúde da criança e sua família.

Método

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura (RIL), considerada como aquela que permite análise e síntese da produção científica, com base na questão de interesse de estudo, mostrando novos métodos e conceitos, além de identificar as lacunas do conhecimento. Propõe-se que a revisão integrativa seja elaborada cumprindo os seguintes passos: identificação do tema/questionamento para elaboração da pesquisa; definição dos critérios para inclusão e exclusão de estudos da literatura; definição de informações a serem utilizadas dos estudos; análise dos estudos; interpretação dos resultados e a apresentação da síntese de conhecimento (Soares et al., 2014).

A questão a ser respondida por este estudo foi elaborada com base na estratégia PICO, para pesquisas não clínicas: Quais estratégias contidas nos planos de alta hospitalar promovem cuidado integral à criança e sua família?

As buscas foram realizadas nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, LILACS, BEDENF e SCOPUS. Essas foram escolhidas pela amplitude de varredura que elas possibilitam, incluindo produções especializadas e multidisciplinares.

Os descritores controlados (DeCS/MeSH) e combinados foram: utilizados na busca dos artigos e seus respectivos operadores booleanos foram: “Criança” OR “Crianças” AND “Família” AND “Alta do Paciente” OR “Planejamento de Assistência ao Paciente” AND “Enfermagem” AND “Integralidade” e suas respectivas versões em inglês e espanhol. A busca se deu nos meses de abril a julho de 2018.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos originais, disponíveis integralmente, publicados em português, inglês ou espanhol em periódicos nacionais e internacionais, entre janeiro de 2013 a junho de 2018 e que apresentavam conteúdo para responder à questão de estudo definida previamente, excluindo-se as repetições entre as diferentes bases de dados utilizadas (Figura 1).

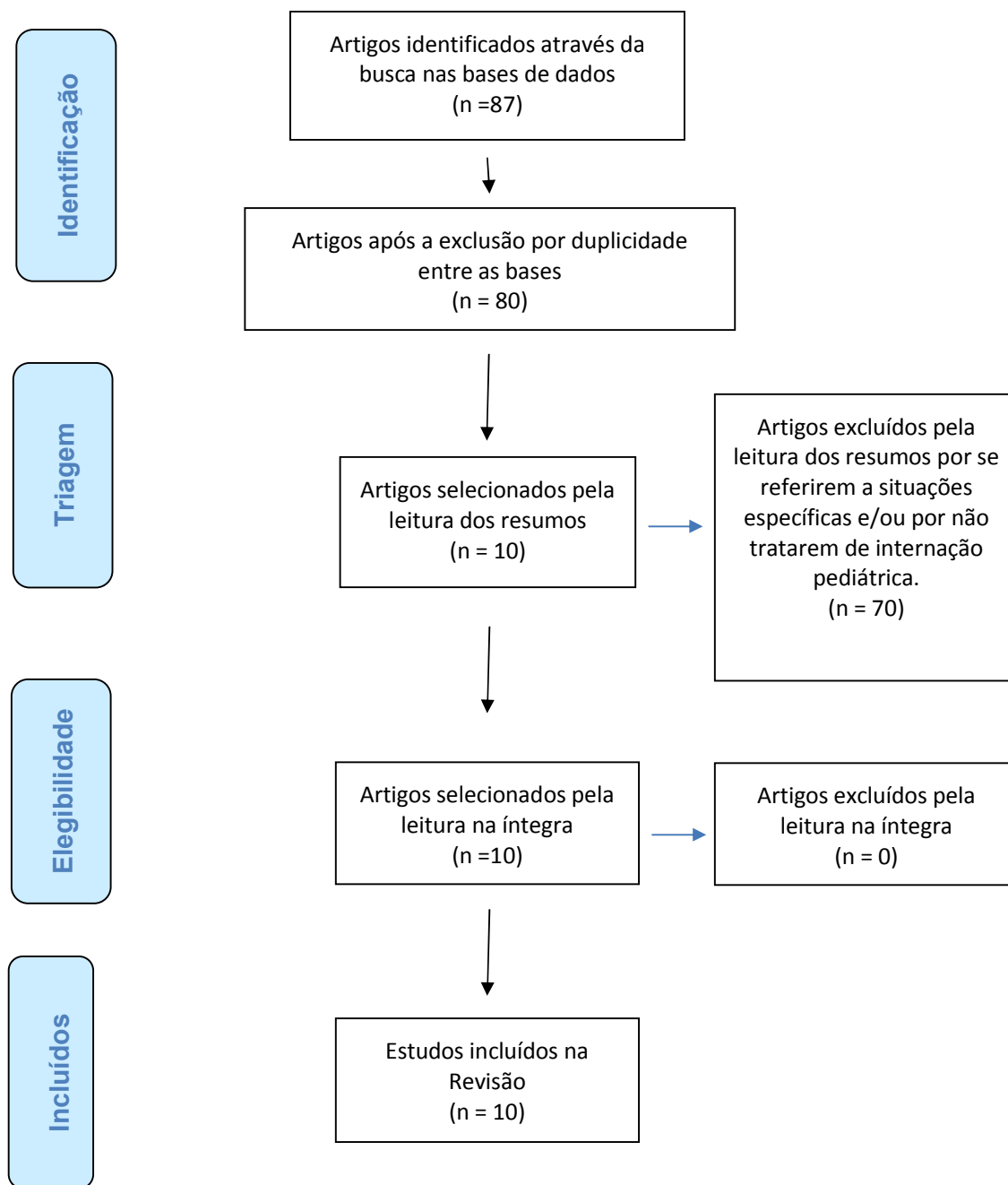


Figura 1 – Diagrama de fluxo da pesquisa de revisão segundo PRISMA-2009.

Resultados e Discussão

Dentre os estudos incluídos, todos foram desenvolvidos em universidades e foram publicados na língua inglesa, três também na língua espanhola e dois na língua portuguesa, sendo seis dos EUA, dois do Brasil, um da Colômbia e um da Argentina, totalizando 10 artigos. Houve maior número de publicações no ano de 2017. (Quadro 1).

Quadro 1 – Artigos conforme ano de publicação, título, idiomas disponíveis, nome e país do primeiro autor.

N	Ano	Título	Idioma	1º Autor	País
1	2013	The nurse and the ostomized child in the household: a case study.	Inglês, Português	Vilar AMA	Brasil
2	2013	Using “Teach-Back” to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process.	Inglês	Kornburger C	EUA
3	2014	The involvement of parents in the health care provided to hospitalized children.	Espanhol, Inglês, Português	Melo EMOP	Brasil
4	2015	Families' concerns about the care of children with technology-dependent special health care needs.	Espanhol, Inglês	Esteves JS	Colômbia
5	2016	A quality improvement collaborative to improve the discharge process for hospitalized children.	Inglês	Wu S	EUA
6	2017	Instrument to assess educational programs for parents of children with congenital heart disease undergoing cardiac surgery.	Espanhol	Armijo PP	Argentina
7	2017	Pediatric Nurses' perspectives on medication teaching in a children's hospital.	Inglês	Gibson CA	EUA
8	2017	Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children.	Inglês	Weiss ME	EUA
9	2017	Development of a self-management theory-guided discharge intervention for parents of hospitalized children.	Inglês	Sawin KJQ	EUA
10	2018	Hospital to home: a quality improvement initiative to implement high-fidelity simulation training for caregivers of children requiring long-term mechanical ventilation	Inglês	Thrasher J	EUA

O Quadro 2 apresenta os objetivos dos estudos revisados, aspectos sobre os tipos de estudo realizados, bem como as estratégias de intervenção identificadas nesses estudos, que se voltaram a integralidade do cuidado à criança e sua família no planejamento da alta hospitalar.

Quadro 2 – Artigos conforme objetivo, tipo de estudo e estratégias relativas ao planejamento da alta hospitalar pediátrica para a integralidade dos cuidados.

N	Objetivo	Tipo de estudo	Estratégias
1	Descrever como os enfermeiros atuam em suas práticas cotidianas com cuidadores/familiares de crianças com estomias em relação ao autocuidado e procedimentos para alta hospitalar; identificando quando os enfermeiros iniciam a orientação para alta hospitalar.	Abordagem qualitativa Estudo descritivo	Abordagem centrada na criança Estabelecimento de vínculo Enfermeiro/Família Levantamento sobre as necessidades da família para cuidar da criança Inserção da família nos cuidados a serem realizados após a alta Ações educativas durante a internação Incentivo ao trabalho multidisciplinar e multiprofissional
2	Projetar e implementar uma intervenção educativa para enfermeiros no "Teach-Back" para encorajar enfermeiros a verificar, antes da alta, a compreensão dos pacientes e dos cuidadores quanto às instruções de alta.	Abordagem quantitativa Estudo metodológico	Abordagem centrada na criança Estabelecimento de vínculo Enfermeiro/Família Inserção da família nos cuidados a serem realizados após a alta Ações educativas durante a internação Uso do "Teach-Back"
3	Analisar respostas de pais e profissionais de saúde sobre o envolvimento dos pais no cuidado da criança hospitalizada.	Abordagem qualitativa Estudo exploratório	Abordagem centrada na criança e na família Estabelecimento de vínculo Enfermeiro/Família Levantamento sobre as necessidades da família para cuidar da criança Inserção da família nos cuidados a serem realizados após a alta Ações educativas durante a internação Realização de visita domiciliar para integração família/hospital/centros de saúde
4	Identificar as preocupações de familiares de crianças com necessidades especiais de saúde (CSHCN) em relação ao uso de tecnologias nos cuidados e discutir o desempenho do enfermeiro diante dessas preocupações.**	Abordagem qualitativa Estudo descritivo	Abordagem centrada na criança e família Estabelecimento de vínculo Enfermeiro/Família Levantamento sobre as necessidades da família para cuidar da criança Inserção da família no planejamento da alta Ações educativas durante a internação
5	Avaliar o impacto da melhoria da qualidade colaborativa entre sites hospitalares para a qualidade e eficiência da alta pediátrica	Abordagem quantitativa Estudo descritivo multicêntrico	Abordagem centrada na criança Comprometimento das instituições na melhoria da qualidade das altas Avaliação das estratégias empregadas nas altas e de seu impacto nas taxas de reinternação hospitalar

Quadro 2 – Artigos conforme objetivo, tipo de estudo e estratégias relativas ao planejamento da alta hospitalar pediátrica para a integralidade dos cuidados (Continuação).

6	Conceber e validar um instrumento para avaliar a relevância de programas educativos para pais de crianças com cardiopatia congênita submetidas à cirurgia cardíaca.	Abordagem quantitativa Estudo metodológico	Abordagem centrada na criança e família Estabelecimento de vínculo Enfermeiro/Família Ações educativas na alta Validação das informações recebidas pelos familiares
7	Explorar as atuais experiências e perspectivas dos enfermeiros pediátricos em internação sobre o ensino de medicamentos	Abordagem qualitativa Estudo descritivo	Abordagem centrada na criança e família Estabelecimento de vínculo Enfermeiro/Família Levantamento sobre as necessidades da família para cuidar da criança Ações educativas durante a internação Arranjos institucionais para a qualificação do planejamento da alta
8	Explorar as relações sequenciais das percepções dos pais sobre a qualidade do ensino de alta e as percepções da prontidão de alta e pós-alta para os resultados pós-alta (dificuldade de enfrentamento dos pais após a alta, readmissão e visitas ao departamento de emergência).	Abordagem quantitativa Estudo analítico longitudinal	Abordagem centrada na criança e família Estabelecimento de vínculo Enfermeiro/Família Ações educativas durante a internação Avaliação do impacto das estratégias empregadas no planejamento da alta Uso de escalas de avaliação: Escala de Qualidade de Aprendizagem, Escala de Prontidão Hospitalar e Escala de Dificuldade de Enfrentamento Pós-Alta
9	Desenvolver um guia de conversação baseado em teoria para otimizar o preparo dos pais para a alta e o autogerenciamento de seus filhos em casa após a hospitalização.	Abordagem quantitativa Estudo de validação	Abordagem centrada na criança e na família Estabelecimento de vínculo Enfermeiro/Família Ações educativas na internação Uso do “Teach-Back” Validação das informações recebidas pelos familiares
10	Criar um currículo multimodal de preparação para alta, incorporando treinamento de simulação de alta fidelidade, para preparar os cuidadores familiares de crianças com condições médicas complexas que exigem ventilação mecânica a longo prazo.	Abordagem qualitativa Estudo metodológico	Abordagem centrada na criança Ações educativas durante a internação Utilização de currículo multimodal e desimulação de alta fidelidade para o preparo da alta

Em relação aos objetivos dos artigos analisados, foi possível agrupá-los naqueles que se propuseram a estudar instrumentos e métodos para subsidiar a alta

hospitalar pediátrica (2, 5, 6, 9 e 10); nos que se voltaram ao estudo dos processos de alta hospitalar estabelecidos por enfermeiros (1 e 7) e nos que se voltaram aos estudos das experiências dos familiares quanto ao preparo para a alta hospitalar (3, 4 e 8).

Metodologicamente, cinco estudos adotaram a abordagem qualitativa de pesquisa, sendo que desses, três foram do tipo exploratório (1, 3, 4 e 7), um do tipo exploratório (3) e um do tipo metodológico (10). A abordagem quantitativa foi adotada nos cinco outros estudos, sendo que dois foram do tipo metodológico (2 e 6), um descritivo (5), um analítico (8) e um de validação (9).

Pela análise integrada dos 10 artigos incluídos nesta RIL, as estratégias identificadas que se mostraram promotoras do cuidado integral à saúde da criança e sua família, puderam ser categorizadas em cinco aspectos, que compreenderam as respectivas subcategorias: 1- Foco da abordagem a ser adotada no planejamento da alta: 1.1 Abordagem centrada na criança (1, 2, 5 e 10), 1.2 Abordagem centrada na criança e na família (3, 4, 6, 7, 8 e 9); 2- Estratégias propostas para o planejamento da alta: 2.1 Estabelecimento de vínculo enfermeiro/família, inserindo-a no cuidado e no planejamento da alta hospitalar (1 a 9); 2.2 Levantamento sobre as necessidades da família para cuidar da criança (1, 3, 4, 6 e 7); 2.3 Realização de ações educativas (1 a 4 e 6 a 10); 3- Utilização de instrumentos de apoio às estratégias educativas para o planejamento da alta: 3.1 “Teach-Back” (2 e 9), 3.2 Escalas de avaliação de Qualidade de Aprendizagem, de Prontidão Hospitalar e de Dificuldade de Enfrentamento Pós-Alta (8), 3.3 Currículo multimodal e de simulação de alta fidelidade para o preparo da alta, 4- Avaliação do impacto das estratégias empregadas no planejamento da alta: 4.1 Validação das informações recebidas pela família (3, 6, 8 e 9), 4.2 Avaliação da qualidade e o impacto do planejamento das altas, pela análise das taxas de reinternação hospitalar e por contato telefônico com famílias (5); 5- Arranjos institucionais para a qualificação do planejamento da alta: 5.1 Apoio institucional ao enfermeiro (7), 5.2 Realização de visita domiciliar para integração família/hospital/centros de saúde (3), 5.3 Incentivo ao trabalho multidisciplinar e multiprofissional (1).

1- Foco da abordagem a ser adotada no planejamento da alta

1.1 Abordagem centrada na criança

De acordo com a análise realizada, o foco da abordagem centrada na criança se faz necessário para preparar a família para o cuidar após alta hospitalar (Vilar et al.,2013). O preparo da família para a alta hospitalar pediátrica é considerado uma intervenção complexa, devendo se dar em um processo dinâmico para atender as necessidades da criança, em um contexto que não contará mais com o apoio da equipe de saúde hospitalar, sendo necessário o encorajamento para o aprendizado para desenvolver os cuidados adequadamente (Kornburger et al., 2013).

Nesse sentido,(Thrasher et al.;2018) retratam a importância da orientação e treinamento da família para uma alta segura, principalmente, se forem crianças dependentes de cuidados em saúde mais complexos.

1.2 Abordagem centrada na criança e na família

Em uma perspectiva mais ampla de inclusão da família no processo de cuidar da saúde da criança, por meio do cuidado centrado na criança e na família, (Melo et al.,2014) reforçam a importância da apropriação de conhecimentos específicos pela Enfermagem para envolver a participação ativa da mesma, conforme as necessidades da criança, considerando suas necessidades também, de modo a compartilhar o saber, promover saúde e dispensar o cuidado humanizado e de qualidade.

Como sugerido por (Sawin et al.,2017),para que os objetivos do cuidado sejam alcançados e a obtenção de resultados seja positiva, se faz necessário considerar a complexidade da condição da criança, o ambiente físico e social em que ela vive, especialmente dando ênfase aos fatores familiares que implicam em sua saúde e se refletem no meio familiar.

Também, (Esteves et al.,2015),(Gibson et al.,2017) e (Armijo et al.,2017) valorizam as perspectivas da família, considerando seus interesses e capacidades no processo de alta hospitalar. (Wu S et al.,2016) e (Weiss et al.,2017) alertam que a inclusão das famílias nos cuidados com as crianças hospitalizadas, visando o preparo para alta hospitalar requer que haja avaliação e identificação daquelas que apresentem riscos de insucessos, devendo-se implementar a avaliação do pais como prática-padrão realizada pelo enfermeiro, durante a internação, para

identificação dessas famílias.

(Weiss et al.,2017) complementam que, formalizando essa avaliação, podem ser providenciadas ações preventivas para o apoio familiar durante a transição para os cuidados domiciliares.

2- Estratégias propostas para o planejamento da alta

2.1 Estabelecimento de vínculo enfermeiro/família, inserindo-a no cuidado e no planejamento da alta hospitalar

Independentemente do foco de abordagem adotado, somente um artigo (Thrasher et al., 2018) não indicou a importância do estabelecimento de vínculo pelo enfermeiro com a família, inserindo-a no cuidado e no planejamento da alta hospitalar pediátrica.

Os demais autores convergiram em indicar que o processo de alta durante a internação hospitalar pediátrica precisa se dar por meio do estabelecimento de vínculo, confiança e comunicação com a família, compartilhando informações adequadas e precisas para ela, de modo a estimular sua participação efetiva (Vilar et al., 2013), (Kornburger et al., 2013), (Melo et al.,2014), (Sawin et al., 2017), (Gibson et al., 2017), (Armijo et al., 2017) , (Weiss ME et al., 2017), (Esteves et al., 2015).

(Sawin et al.,2017) inclusive ressaltam que propiciar o vínculo entre o enfermeiro e a criança/família resulta na interação facilitadora do aprendizado e o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para gerir as situações futuras, facilitando a construção das orientações durante a alta hospitalar.

2.2 Levantamento sobre as necessidades da família para cuidar da criança

Mantendo coerência com a subcategoria anterior, alguns dos estudos apontaram a pertinência de se considerar as necessidades da família, no que se refere ao desenvolvimento dos cuidados em saúde da criança após a alta hospitalar.

Para(Vilar et al.,2013), (Melo et al.,2014) e (Armijo et al.,2017) ressaltam a importância de se conhecer e atender as necessidades da família no período da internação. Para esses autores, a sistematização e individualização do cuidado permitem esse reconhecimento, favorecendo o envolvimento da família para o cuidado apropriado após a alta hospitalar. (Gibson et al.,2017) concordam que no

momento do encontro entre criança/família e o enfermeiro deverá acontecer o reconhecimento de alguns elementos (necessidades, desejos, interesses) da família que servirão de base para o preparo da alta. (Esteves et al., 2015) recomendam para uma boa elaboração de qualquer plano voltado para o cuidado após alta hospitalar, o enfermeiro deve ouvir as famílias para que elas possam expressar suas necessidades e preocupações relacionadas aos cuidados a serem dispensados às crianças, sendo essas informações que sustentarão o plano de alta.

2.3 Realização de ações educativas

Todos os estudos incluídos nesta RIL, exceto o de Wu et al. (2017), falaram sobre a realização de ações educativas durante a hospitalização pediátrica, como estratégias para preparar a família para os cuidados a serem realizados no domicílio, após a alta hospitalar.

Kornburger et al. (2013) chamam a atenção que a capacidade de entendimento da família e como ela obtém as informações podem interferir negativamente ou positivamente no cuidado da criança, exigindo investimento maior do enfermeiro para o aumento na assimilação dos conhecimentos sobre tratamento e cuidado infantil.

Vilar et al. (2013) referem que não há um momento mais adequado ou o ideal para a realização das ações educativas, devendo-se analisar qual será o melhor momento para iniciar esse processo, seja diariamente (Esteves et al., 2015) ou perto da alta hospitalar (Armijo et al., 2017), isso dependerá das necessidades de cada criança/família, cabendo ao enfermeiro apoiar, orientar e realizar a educação em saúde, promovendo o autocuidado. Gibson et al. (2017) e (Weiss et al., (2017) concordam que o processo de trabalho do enfermeiro voltado à alta hospitalar deve estar centrado na prática educativa durante a internação, buscando a qualidade do ensino/aprendizado da criança/família, a assistência e o resultado, para fortalecer o cuidado após alta, melhorando assim os resultados do tratamento e reduzindo os custos desses cuidados prestados.

Segundo Melo et al. (2014) o processo de aprendizagem de cuidados de saúde durante a hospitalização é valorizado pelos pais para a continuidade dos cuidados da criança no domicílio, enfatizando a dimensão da comunicação para a resolução de dificuldades.

Nesse sentido, Sawin et al. (2017) informam que, apesar das iniciativas

aparecerem como grandes avanços na área da pediatria, a reinternação ainda é preocupante, onde muitas são consideradas evitáveis, despontando como alternativa para essa situação, o preparo da família para a alta hospitalar através da educação.

Thrasher et al. (2017) ressaltam o preparo da família para a alta de crianças que necessitam de cuidados complexos nos domicílios, lembrando que é preciso considerar que ela necessitará de recursos educacionais mais intensos. A rotina da alta requer maior complexidade e a atuação do enfermeiro mais precisa para que a alta seja eficaz, visto que essas crianças requerem acessibilidade aos cuidados de saúde, serviços médicos e tecnologia médica para apoiar as funções. Reportam que, nem sempre a interação da família é eficaz, sendo importante a adaptação para o cuidado, com a intervenção do enfermeiro nesse momento. Portanto, proporcionar aos cuidadores a oportunidade de vivenciar as situações emergentes com o estado geral de saúde dessa população é de extrema importância.

3- Utilização de instrumentos de apoio às estratégias educativas para o planejamento da alta

3.1 “Teach-Back”

O uso do “Teach-Back” no preparo para a alta hospitalar pediátrica foi referido por Sawin et al.(2017) e Kornburger et al. (2013), sendo considerado uma estratégia abrangente e interdisciplinar que se baseia em evidências para capacitar a equipe de enfermagem verificando a compreensão, corrigindo informações imprecisas e reforçando o ensinamento de novas habilidades com pacientes/familiares.

Sawin et al. (2017) salientam que o método *Teach-Back* aborda a capacidade de um indivíduo obter e compreender informações de saúde, estabelecendo objetivos de melhorar a compreensão dos pacientes sobre sua condição e sua capacidade de adquirir conhecimento, pois os pacientes são solicitados a dizer de volta em suas próprias palavras ou “mostrar”, através da demonstração, o conhecimento e as habilidades que eles aprenderam.

Kornburger et al. (2013) orientam que, para mudar o foco da preparação da alta da transferência de informação para um processo mais interativo, é fundamental incluir esse método, possibilitando, assim, construir e apoiar a capacidade de

autogerenciamento da alta pela família, melhorado a capacidade dos pais/criança em obter resultados após a alta.

Melo et al. (2014), Sawin et al. (2017), Armijo et al.(2017) e Weiss et al. (2017) chamam a atenção quanto a considerar que a transição e a recuperação após alta se tornam problemas quando as crianças hospitalizadas e suas famílias não foram preparadas adequadamente durante a hospitalização. A sobrecarga de possíveis cuidados a serem viabilizados no domicílio e o despreparo dos familiares/responsáveis em lidar com os mesmos podem levar ao aparecimento de situações preocupantes como: necessidade de novo atendimento médico, procura por unidades de emergências e reinternações, sendo necessário avaliar o preparo recebido.

3.2 Escalas de avaliação de Qualidade de Aprendizagem, de Prontidão para Alta Hospitalar e de Dificuldade de Enfrentamento Pós-Alta

Weiss et al. (2017) apresentaram uma escala de avaliação denominada Escala de Ensino de Alta Qualidade que mede a percepção dos pais em relação à qualidade do ensino de alta. Essa ferramenta avalia a qualidade do ensino ministrado pelos enfermeiros ao final da hospitalização que enfoca a quantidade de conteúdo de educação de alta recebido pela mãe: informações sobre o cuidado da criança em casa; conhecimento sobre tratamentos de cuidados médicos e medicamentos; conhecimento sobre quando ligar para o serviço de saúde; emoções esperadas e necessidades de aprendizagem de outros membros da família. A subescala qualidade de ensino mede a percepção dos pais sobre as habilidades dos enfermeiros da criança como educadores, e inclui itens sobre como ouviram e responderam a perguntas e preocupações específicas, se foram sensíveis a crenças e valores pessoais, se ensinaram de uma forma que os pais puderam entender, fornecendo informações consistentes, se promoveram a confiança na capacidade dos pais de cuidar da criança e saber o que fazer em uma emergência, diminuindo a ansiedade dos pais em voltar para casa e fornecendo momentos bons para pais e familiares. Esses mesmos autores apresentaram a escala de avaliação de Prontidão para Alta Hospitalar que é composta por status pessoal, conhecimento, capacidade de enfrentamento e suporte esperado. (Weiss et al. 2017) e também apresentaram a Escala de Dificuldade de Enfrentamento Pós-Alta que mede o grau de dificuldade dos pais no enfrentamento do estresse, recuperação,

autogerenciamento familiar, apoio, confiança e ajustamento da criança após a alta hospitalar.

3.3 Currículo multimodal e desimulação de alta fidelidade para o preparo da alta

Para Thrasher et al.(2017), a simulação auxilia na aprendizagem, no trabalho da equipe e na resolução de problemas. Com o emprego da simulação de alta fidelidade, oportunidades para cuidadores e familiares de ensaiar no ambiente hospitalar, antes da alta, atitudes a serem tomadas frente a possíveis problemas de ocorrência domiciliar. O currículo multimodal inclui vídeos instrutivos, folhetos impressos e treinamentos. Por meio dessa estratégia, os aprendizes podem auto avaliar suas percepções e o impacto em sua preparação para a alta aumentando sua confiança como cuidador.

3.4 Avaliação por pesquisas do impacto das estratégias empregadas no planejamento da alta

Wu et al.(2016) indicaram a realização de pesquisas para avaliar a qualidade e o impacto do planejamento da alta, considerando taxas de reinternação hospitalar e investigação por telefone junto às famílias.

4- Arranjos institucionais para a qualificação do planejamento da alta

4.1 Apoio institucional ao enfermeiro

Gibson et al.(2017) ressaltam que o enfermeiro é o principal ator no planejamento da alta, sendo assim imprescindível a importância dada pela instituição em relação ao papel do enfermeiro na administração do serviço de saúde, para que a qualificação do planejamento da alta seja segura, e que o preparo adequado da família para os cuidados após a alta seja eficiente.

4.2 Realização de visita domiciliar para integração família/hospital/centros de saúde

Melo et al.(2014) apontam a visita domiciliar por enfermeiros de unidades de internação pediátrica, como estratégia relevante para estabelecer interfaces entre a família da criança egressa do hospital, o hospital e os centros de saúde.

4.3 Incentivo ao trabalho multidisciplinar e multiprofissional

Vilar et al. (2013) recomendam a participação sistematizada não apenas dos enfermeiros, mas de uma equipe multiprofissional, nas ações voltadas ao preparo da família para a alta hospitalar pediátrica.

Considerações Finais

Segundo a literatura analisada, durante todo período de internação, o vínculo estabelecido entre a enfermagem, criança e a família são de extrema importância para que essa última possa dar a continuidade do tratamento após alta, estando subsidiada com conhecimentos teóricos e práticos sobre os cuidados que foram fornecidos e os que terão que ser desenvolvidos no futuro, no contexto domiciliar.

Assim, o planejamento da alta pelo enfermeiro constitui medida a ser iniciada desde o momento da admissão hospitalar, de forma integralizada ao desenvolvimento da SAE, devendo-se contemplar aspectos situacionais pregressos e futuros da internação hospitalar. Como parte desse planejamento, o preparo dos familiares quanto aos cuidados necessários à recuperação e à promoção da saúde da criança egressa de internação hospitalar, revelou-se como estratégia fundamental da segurança infantil, devendo estar baseado em evidências científicas e referenciais teóricos e metodológicos pertinentes, evitando assim riscos e danos à criança. Destaca-se que, nesta revisão, foi encontrado somente um estudo que abordou a integração de serviços de saúde como possibilidade para otimizar a promoção da continuidade dos cuidados infantis, após a alta hospitalar. Esse achado revela a importância de se realizar novas pesquisas que tomem essa dimensão da integralidade em saúde, apoiada no trabalho em rede de atenção à saúde de crianças e suas famílias.

Referências

Brasil. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet] 2017 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.

Brasil. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar [Internet]. Brasília; 2013 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP-CAT 023/2010 [Internet]. São Paulo: CONREN; 2010 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf. Atualizar.

Cruz CT, Zamberlan KC, Silveira A, Buboltz FL, Silva JH, Neves ET. Atenção à criança com necessidades especiais de cuidados contínuos e complexos: percepção da enfermagem. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2017 [citado 21 Jun 2018];21:e1005. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170015>.

Lima KYN, Barros AG, Costa TD, Santos VEP, Vitor AF, Lira ALBC. Atividade lúdica como ferramenta para o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizadas. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2014 [citado 21 Jun 2018];18(3):741-746. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/959>.

Rumor PCF, BoehsAE. O impacto da hospitalização infantil nas rotinas das famílias monoparentais. RevEletrônEnferm [Internet]. 2013 [citado 21 Jun 2018];15(4):10071015.

Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a19.pdf>

Silva RVGO, Ramos FRS. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011b [citado 21 Jun 2018];32(2):309-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200014>.

Silva RVGO, Ramos FRS. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011a [citado 21 Jun 2018];20(2):247-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200005>.

Soares CBS, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(2):335-45.

Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, Peres AM, Lacerda MR. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2017;70(3):504-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>.

Vieira MM, Whitaker MCO. O cuidado à criança após a alta hospitalar. *RevBras Saúde Func.* 2016;1(3):1-11.

Xavier DM, Gomes GC, Barlem ELD, Erdmann AL. A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança. *RevBrasEnferm.* 2013;66(6):866-72.

Referências dos artigos incluídos na revisão integrativa

Amijo PP, Magistera LMR, Rodríguez CC. Instrument to assess educational programs for parents of children with congenital heart disease undergoing cardiac surgery. *ArchArgentPediater.* 2017;115(5):439-45. doi: 10.5546/aap.2017.eng.439.

Esteves JS, Silva LF, Conceição DS, Paiva ED. Families' concerns about the care of children with technology-dependent special health care needs. *InvestEducEnferm* [Internet]. 2015 [citado 21 Jun 2018];33(3):547-55. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a19>.

Gibson CA, Stelter AJ, Haglund KA, Lerret SM. Pediatric nurses' perspectives on medication teaching in a children's hospital. *JPediatrNurs.* 2017;36:225-31. doi: 10.1016/j.pedn.2017.07.002.

Kornburger C, Gibson C, Sadowski S, Maletta K, Klingbeil C. Using “teach-back” to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process. *J PediatrNurs.* 2013;28(3):282-91. doi: 10.1016/j.pedn.2012.10.007.

Melo EMOP, Ferreira PL, Lima RAG, Mello DF. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *RevLatAm Enfermagem* [Internet]. 2014 [citado 21 Jun 2018];22(3):432-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434>.

Vilar AMA, Andrade M. The nurse and the ostomized child in the household: a case study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013 [citado 21 Jun 2018]; 12 Suppl: 584-86. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4462>.

Sawin KJ, Weiss ME, Johnson N, Gralton K, Malin S, Klingbeil C, et al. Development of a Self-2 management theory-guided discharge intervention for parents of hospitalized children. *J NursScholarsh.* 2017;49(2):202-213. doi: 10.1111/jnu.12284.

Thrasher J, Baker J, Ventre KM, Martin SE, Dawson J, Cox R, et al. Hospital to home: a quality improvement initiative to implement high-fidelity simulation training for caregivers of children requiring long-term mechanical ventilation. *J PediatrNurs*

[Internet]. 2018 [citado 15 Maio 2019];38:114-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.08.028>.

Weiss ME, Sawin KJ, Gralton K, Johnson N, Klingbeil C, Lerret S, et al. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *J PediatrNurs*. 2017;34:58-64. doi: 10.1016/j.pedn.2016.12.021.

Wu S, Tyler A, Logsdon T, Holmes NM, Balkian A, Brittan M, Hoover LV, et al. Improve the discharge process for hospitalized children. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20143604.

4.2 Artigo 2 – Perspectivas de enfermeiras sobre o plano de alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem pediátrica

RESUMO

Objetivo: apreender concepções e experiências dos enfermeiras de uma unidade de internação pediátrica sobre o planejamento da alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem. **Método:** estudo exploratório, com análise qualitativa de dados, contextualizado em hospital geral, público e de referência regional do interior paulista. Foram entrevistadas sete enfermeiras cujos depoimentos foram analisados segundo técnicas de Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** dos depoimentos emergiram três categorias temáticas e respectivas unidades de contexto: 1-Objetivos da sistematização da assistência de enfermagem: Instrumento que contém dados para conhecer e acompanhar a criança e os cuidados prestados, Permite fazer diagnósticos sobre a criança, planejar e prescrever os cuidados, implementá-los e realizar sua avaliação, Padroniza a linguagem e o registro dos cuidados de enfermagem, Possibilita orientar a criança e sua família sobre os cuidados a serem realizados, facilita o atendimento das necessidades da criança; 2-Implementação da sistematização da assistência de enfermagem na unidade pediátrica: Tem sido aplicada sem problemas; Existem dificuldades institucionais e de preparo para adotar integralmente; 3-Planejamento de alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem pediátrica: Precisa ser adotado em todos os setores de internação hospitalar; Deve considerar informações sobre a criança e orientações sobre os cuidados realizados, desde a admissão até a alta hospitalar e a realizar em casa, Serve para promover a continuidade do cuidado da criança em outros serviços de saúde, Muitas vezes, o enfermeiro faz o papel do médico na alta hospitalar. **Considerações finais:** as concepções apreendidas estiveram permeadas pelas premissas do cuidado integral infantil e das diretrizes oficiais e científicas propostas para o planejamento da alta hospitalar responsável e segura. Contudo, as experiências retratadas apontaram desafios institucionais a serem transpostos para contemplar, na sistematização da assistência de enfermagem, o planejamento em foco, com destaque à valorização e à qualificação do processo de trabalho do enfermeiro e à adoção de estratégias de apoio baseadas em evidências científicas para esse fim.

Descritores: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Plano de Alta Hospitalar; Criança.

Introdução

Nos diversos cenários de prática em saúde infantil, o enfermeiro junto com a equipe multiprofissional, deverá definir quais serão as estratégias utilizadas no cuidado, buscando sempre a interação com a família, para suprir as necessidades da criança e promover a corresponsabilização para tal. Na teoria e na prática, os princípios de se adotar o cuidado integral vem sendo aperfeiçoado, podendo assim melhorar normas, métodos, técnicas e rotinas com a finalidade de atingir o objetivo pretendido, segundo o princípio da integralidade, para que todos enfrentem a hospitalização da melhor forma possível e se preparem para a alta hospitalar (Lima et al.,2014).

Para que a qualidade dos cuidados prestados seja eficaz e duradoura é necessário sistematizar o trabalho e capacitar a equipe através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) (Dell'acqua, 2015)

Neste contexto, a SAE deve estar pautada em diretrizes de políticas públicas, é uma metodologia que organiza e sistematiza o cuidado baseado em princípios do método científico identificando as situações saúde-doença, as necessidades de cuidados de enfermagem e subsidia as intervenções de promoção, prevenção, recuperação da saúde, do indivíduo, da família e da comunidade. Assim, o enfermeiro tem na SAE, um instrumento que norteia o processo de trabalho em situações decisórias,regenciandoa equipe, permitindo avanços na qualidade do atendimento prestado, individualizando cuidados e propiciando a integralidade dos mesmos(COFEN, 2009).(Brasil,2018).

Devido ao elevado número de internações pediátricas anuais, o cuidado a essa população tem se mostrado como um grande desafio, principalmente, para o enfermeiro, sendo a implementação da SAE recomendada para promover o cuidado integral e qualificado (Xavier et al., 2013).

Nesta perspectiva, a preocupação com a qualidade do atendimento na alta hospitalar resulta da necessidade de melhorar os resultados do tratamento e reduzir os custos dos cuidados a serem prestados, pois apesar das iniciativas aparecerem com grandes avanços na área da pediatria, as reinternações ainda são preocupantes, sendo muitas delas consideradas evitáveis (Weiss et al., 2017).

Considerando o exposto, objetivou-se apreender concepções e experiências dos enfermeiros de uma unidade de internação pediátrica sobre o planejamento

da alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem.

Método

Esta pesquisa se configura como estudo exploratório de abordagem qualitativa sobre a perspectiva de enfermeiros em relação a sistematização da assistência de enfermagem e planos de alta hospitalar pediátrica, que foi desenvolvido em uma unidade de internação pediátrica (UP) de um hospital geral, público e de ensino, localizado no município sede de uma região administrativa de saúde do estado de São Paulo. Essa unidade possui 34 leitos, sendo três de isolamento, 18 leitos de cama e 13 leitos de berço. Recebe pacientes de zero a 17 anos 11 meses e 29 dias, para tratamento clínico, cirúrgico e oncológico e conta, dentre outros profissionais, com equipe de enfermagem composta por nove enfermeiras sendo oito assistenciais e uma gerencial (HEB/SES-SP, 2019).

Dessas enfermeiras, sete participaram do presente estudo, excluindo-se duas diretamente envolvidas com o mesmo.

Os dados foram coletados no mês de dezembro de 2018 e janeiro de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, composta por questões de caracterização sociodemográfica e profissional dos entrevistados e pelas questões norteadoras sobre o objeto em estudo. As entrevistas foram aplicadas por uma das pesquisadoras, enfermeira, com experiência anterior nesse tipo de coleta de dados. Foram agendadas em locais indicados pelas próprias entrevistadas. Após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa às enfermeiras, os depoimentos foram audiogravados, sendo seu conteúdo apresentado ao final para cada participante, de modo a obter sua anuência sobre o mesmo. Na sequência, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente deletadas.

O conteúdo transcrito foi analisado segundo técnicas de Análise de Conteúdo, na vertente Temática, cumprindo as três etapas previstas: na primeira etapa - pré-análise - foi realizada a leitura flutuante das entrevistas transcritas, buscando levantar hipóteses sobre o objeto em estudo; na segunda etapa - exploração do material - houve a definição das categorias temáticas e a identificação das unidades de registro correspondentes aos recortes de conteúdo das entrevistas. Nessa etapa houve também a definição das unidades de contexto, núcleos de sentido, que serviram para codificar as unidades de registro, a fim de compreender as suas

significações exatas; por fim, na terceira etapa - tratamento dos dados e interpretação - por meio de intuição, análise reflexiva e crítica, realizou-se a interpretação inferencial, buscando o conteúdo latente do material obtido (Minayo, 2014).

Destaca-se que para a realização deste estudo foram seguidos os 32 itens de *checklist* presentes no Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ) (Tong, Sainsbury, Craig, 2007), bem como as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação da instituição onde foi realizada, obtendo anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (CAAE: 96279518.4.0000.5411).

Resultados

Caracterização sócio demográfica e profissional das enfermeiras

Do total de nove enfermeiras, o grupo participante desta pesquisa contou com sete, caracterizando-se por ser todas do sexo feminino, na faixa etária entre 23 e 51 anos, com tempo da graduação em enfermagem variando entre 3 anos e 14 anos, sendo que todas se formaram em instituição de ensino particular. Em relação a pós graduação, cinco tinham cursado especialização em diferentes áreas da Enfermagem, sendo que, somente uma especificamente voltada a saúde da criança, todas em instituição de ensino particular. Quanto ao tempo do grupo no trabalho em enfermagem pediátrica hospitalar, houve uma variação de 45 dias a 13 anos. Sobre oportunidades prévias na sistematização da assistência de enfermagem, por meio da aplicação do processo de enfermagem, somente duas enfermeiras relataram ter durante a graduação em enfermagem e outra durante o curso de especialização realizado. Não foram reportadas oportunidades de educação continua/permanente sobre sistematização da assistência de enfermagem, na atual instituição de trabalho.

Concepções e experiências de enfermeiras sobre sistematização da assistência de enfermagem e plano de alta hospitalar pediátrica

A seguir estão apresentadas as concepções e experiências das enfermeiras participantes sobre a temática em estudo. Inicialmente, encontra-se um quadro síntese das categorias temáticas e suas respectivas unidades de contexto. Na sequência, essas são detalhadamente apresentadas, com exemplos de unidades de

registros acompanhadas pela letra E os respectivo número de ordem das entrevistas realizadas (E1 a E7).

Cabe considerar que às enfermeiras foram feitas perguntas sobre SAE, em uma perspectiva mais ampla, contudo os depoimentos obtidos, com frequência se referiram ao PE, demonstrando a utilização desses termos como sinônimos.

Quadro 3 – Categorias temáticas e unidades de contexto. Bauru, 2018.

Temas	Unidades de Contexto
Propósitos da sistematização da assistência de enfermagem	Instrumento que contém dados para conhecer e acompanhar a criança e os cuidados prestados
	Permite fazer diagnósticos sobre a criança, planejar e prescrever os cuidados, implementá-los e realizar sua avaliação
	Padroniza a linguagem e o registro dos cuidados de enfermagem
	Possibilita orientar a criança e sua família sobre os cuidados a serem realizados
	Facilita o atendimento das necessidades da criança
Implementação da sistematização da assistência de enfermagem na unidade pediátrica	Tem sido aplicada sem problemas
	Existem dificuldades institucionais e de preparo para adotar integralmente
Plano de alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem pediátrica	Precisa ser adotado em todos os setores de internação hospitalar
	Deve considerar informações sobre a criança e orientações sobre os cuidados realizados, desde a admissão até a alta hospitalar e a realizar em casa
	Serve para promover a continuidade do cuidado da criança em outros serviços de saúde
	Muitas vezes, o enfermeiro faz o papel do médico na alta hospitalar

Tema 1 – Propósitos da sistematização

As enfermeiras ao apresentarem suas concepções sobre a SAE, discorreram sobre suas etapas, inicialmente, sobre a coleta de dados, quando a caracterizaram como *instrumento que contém dados para conhecer e acompanhar a criança e os cuidados prestados*:

Acho que a SAE é muito importante porque é um contato que a gente tem com paciente para saber como ele é. Por exemplo, se tem alergia de alguma coisa... E1

Para mim, a SAE é uma forma, uma maneira de você conhecer a criança, que você analisa os dados dela, pela coleta de dados. E2

A SAE é todo histórico que se tem da criança. Tudo, desde o momento da internação até a alta está escrito ali, na SAE. É por onde se consegue acompanhar o plantão da manhã até o da noite. Assim, a gente consegue dar os cuidados e acompanhar o que foi feito. E4

Ao citarem outras etapas da SAE, as entrevistadas também falaram que ela *permite fazer diagnósticos sobre a criança, planejar e prescrever os cuidados, implementá-los e realizar sua avaliação:*

Depois que você analisa os dados coletados sobre a criança, faz os diagnósticos e prescreve para a equipe executar. Depois tem uma evolução de tudo aquilo que você prescreveu. E2

A SAE ajuda bastante na questão do cuidado, do planejamento da internação, do que será feito com a criança. Serve também para avaliar o jeito que ele está. E5

A SAE auxilia os técnicos para conseguir fazer a assistência adequada ao paciente. E6

A SAE foi também apontada como *método para padronizar a linguagem e o registro dos cuidados de enfermagem:*

SAE é um método de assistência de enfermagem, por onde toda a equipe tenta falar a mesma língua sobre os cuidados da criança. Então, em um curativo...desde um cuidado especial até uma mudança de decúbito, por exemplo, quando quem pega a SAE, com a prescrição de enfermagem, vai saber cuidar, tanto no período da manhã quanto no da tarde e no da noite. E3

A Sistematização tem que ser clara e precisa, para fácil visualização dos técnicos, para poder ter conscientização da elaboração adequada e para ter uma boa assistência de enfermagem ao paciente. E6

Para E4, a SAE também *possibilita orientará criança e sua família sobre os cuidados a serem realizados:*

SAE para mim são todos os cuidados a serem prestados para a criança junto dos familiares, explicando sempre, falando para eles, o que está sendo feito e o porquê está sendo feito e os horários, tudo certinho. E7

Ao mesmo tempo, a SAE foi definida como *método para atender às necessidades da criança:*

Entendo a SAE como a sistematização do cuidado com o meu paciente. A forma como vou fazer esses cuidados de acordo com a necessidade de cada criança. E1

Então, para mim é uma maneira de trabalhar em cima daquelacriançade acordo com o que ela apresenta e vem

apresentando. E2

Tema 2 – Implementação da sistematização na unidade pediátrica

Em relação às experiências com a SAE na internação hospitalar pediátrica, algumas das enfermeiras relataram que *tem sido aplicada sem problemas*:

Não vejo dificuldade em fazer a SAE na Pediatria e esse é o meu primeiro trabalho na parte hospitalar. E1

A SAE na Pediatria veio evoluindo. Antes não se tinha um seguimento, não tinha parâmetro e hoje a gente consegue ver essa diferença, por exemplo, um curativo prescrito a gente consegue fazer com que toda a equipe siga o que a gente quer naquele curativo. E3

Na unidade de internação onde eu trabalho ela é bem usada, a gente usa bastante. Acho que ela ajuda muito as meninas (técnicas). A gente faz e depois elas veem. Tem diagnóstico, tem as prescrições... Pelo próprio sistema (eletrônico) que já é um sistema bom de fazer, é um sistema prático. E5

Na verdade, eu aprendi muito por que é a primeira vez que trabalho com crianças, mas eu não economizo (na prescrição) dos cuidados. Na parte de assistência também, eu verifico e eu procuro fazer o mais completo possível. E7

Em contraponto, outras disseram que *existem dificuldades institucionais e de preparo para adotar integralmente*:

Encontro um pouco de dificuldade para fazer a SAE. Na verdade, a gente se divide na Pediatria para fazer, pois muitas vezes é muito corrido. A gente acaba passando visita em outros pacientes e acaba falhando na anotação. A gente dá prioridade para aqueles pacientes que é para fazer no dia, isso é muito complicado porque algumas coisas acontecem diferente em cada plantão. E, também, sinto falta de alguma coisa de diagnóstico e, talvez, ideias para facilitar a nossa anotação. E4

A minha experiência foi diferente, primeiro porque quando eu fiz estágio, não lidei com crianças, sempre foram adultos. Como essa é a minha primeira experiência com crianças não está sendo fácil, é muito diferente! E2

Tema 3 – Plano de alta hospitalar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem pediátrica

Ao serem abordadas sobre o plano de alta hospitalar inserido na SAE pediátrica, as enfermeiras reconheceram sua importância, sendo que E1 referiu que o mesmo *precisa ser adotado em todos os setores de assistência hospitalar*.

Acredito que o plano de alta de enfermagem é de grande valia para o enfermeiro. É um avanço na área de enfermagem e eu gostaria que fosse utilizado em outros setores além da pediatria. E1

Ainda em relação ao planejamento pelo enfermeiro da alta hospitalar pediátrica, as participantes deste estudo indicaram que esse processo deve considerar informações sobre a criança e orientações sobre os cuidados realizados, desde a admissão até a alta hospitalar e a realizar em casa:

O plano de alta precisa conter todos os cuidados que foram feitos com a criança durante a internação. E1

Acho que no plano de alta deveria ter como a criança chegou na unidade para a enfermagem, tudo o que foi feito pela enfermagem, todos os procedimentos realizados durante a internação e tudo que foi orientado na alta. E2

No plano de alta deveria ter os cuidados de enfermagem que foram prestados durante a internação e, também, o que a mãe terá que fazer em casa. Por exemplo: um bebê mamando muito e a mãe dá mamadeira com ele deitado, orientar para não fazer isso, acho importante colocar por escrito, reforçando isso para ela; um curativo, colocar o que fazer e o que observar naquela ferida; uma criança que sai com gesso, colocar os cuidados. E3

No plano de alta eu incluiria a avaliação das condições da criança: se deambula ou é acamado, e orientar a ele e à mãe em relação a esses cuidados. Algumas crianças vão embora com sonda, tanto enteral quanto vesical, e é importante fazer orientações e ensinar como manipular. E todas aquelas informações que a enfermagem passa durante a internação seria interessante. E4

Acho que o enfermeiro tem papel fundamental na alta hospitalar. Porque foi ele quem deu todos os cuidados para a criança na internação e é ele quem sabe sobre esses cuidados, os tipos de cuidados, de como fazer um curativo, de como fazer um procedimento, uma inalação... Quem orienta e faz isso é a Enfermagem. Então, planejar a alta é fundamental! E5

Uma das vantagens do planejamento de alta hospitalar indicada pelas enfermeiras é que ele serve para promover a continuidade do cuidado da criança em outros serviços de saúde:

Se a alta tiver sido planejada e registrada e se a criança der entrada em outra unidade de saúde, isso serviria para que enfermeiros de lá tenham noção do que foi feito para seguir na assistência de enfermagem. E1

Seria como se fosse uma continuidade, assim como a gente passa o plantão para o outro turno. Acredito que quando essa criança for de alta, o enfermeiro que for acompanhar ele na unidade básica vai ter uma noção do que a equipe de enfermagem do hospital fez. Por exemplo, se for um curativo: como foi feito, quantas vezes foi trocado, que pomada utilizou e o que foi orientado. É importante para que não haja divergências nas orientações. E2

A alta hospitalar planejada pelos enfermeiros deveria servir para abranger as UBS e as UPAS. Pois, muitas crianças retornam várias

vezes com as mesmas doenças. Assim, poderia avaliar onde está ocorrendo a falha do cuidado para evitar que elas reinternem. E6

Porém, as enfermeiras relataram que, no cotidiano do trabalho na unidade pediátrica, *muitas vezes, o enfermeiro faz o papel do médico na alta hospitalar:*

Na realidade, não temos alta hospitalar de enfermagem. Na nossa unidade, fazemos o papel do médico, como sobre a orientação de medicação e retorno dos pacientes. E1

Na alta fazemos o papel do médico em orientar as medicações e os cuidados que ele prescreve. A criança vai embora só com a prescrição médica, as orientações médicas para a mãe, mas não as de enfermagem. E eu penso, porque não fazer uma orientação que é nossa?E2

Acho que na unidade não se tem o enfermeiro planejando as altas das crianças. A gente orienta o que o médico deixa prescrito para casa e só! Então, por exemplo, um curativo só orienta o que o médico deixou prescrito: um soro e ou pomada. E o pior é que muitas vezes, as mães têm dúvidas porque o médico não coloca nada (na receita) e o enfermeiro não tem como orientar a mãe. Orientamos aquilo que o médico deixou prescrito e pronto o resto a gente não se preocupa.E3

Na unidade da pediatria não temos esse planejamento, a gente segue o relatório médico, receituário e atestado. O enfermeiro não tem essa parte. Seria muito importante, por que afinal de contas a gente presta todos os cuidados a esse paciente e para ele ir embora poderíamos acrescentar os nossos cuidados também, valorizando a Enfermagem, pois o cuidado 24 horas do paciente é nosso!E4

Discussão

Pode-se considerar que o objetivo deste estudo foi atingido na medida em que foi possível apreender as perspectivas das enfermeiras sobre a temática em estudo.

Quanto às concepções de SAE, inicialmente, há de se considerar a frequente utilização do termo SAE como sinônimo de PE ou do próprio roteiro para registro das informações. Em estudo sobre a SAE e a formação da identidade profissional constatou-se que, essas concepções ainda não estão amplamente internalizadas pela categoria profissional, ocorrendo a falta de delimitação desses termos, entendendo que a equivalência atribuída a eles contribui para a falta de consenso sobre os conceitos desses dois componentes fundamentais para a prática de enfermagem, com consequentes repercussões para a formação da identidade profissional (Gutiérrez, Moraes, 2017).

A par desses problemas conceituais, as enfermeiras se aproximaram ao que se define oficialmente como estrutura, objetivos e finalidades da SAE e do PE, ao

reconhecerem, de certa forma, as etapas previstas de coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação de ações e intervenções e avaliação de enfermagem (COFEn, 2009). Essa aproximação se fez presente também, especialmente no que se refere à valorização da SAE para individualização do cuidado, ao levantar e atender às necessidades da criança, bem como à padronização da linguagem e ao registro dos cuidados junto à equipe de enfermagem e de saúde.

O subsídio dado pela SAE às orientações à criança e a sua família sobre os cuidados realizados e a serem implementados também foi lembrado, valorizando que ao se adotar uma abordagem que valorize a integralidade dos cuidados à criança por toda a equipe de saúde, em uma conduta profissional integrada e corresponsável, que contemple a participação ativa da família neste processo, melhores serão os resultados para todos os envolvidos, especialmente às crianças (Santos et al., 2016).

A equipe de enfermagem, subsidiada pela SAE e contando com o enfermeiro como condutor do processo de trabalho, tem a possibilidade de desenvolver os cuidados com base em princípios técnicos, científicos, éticos e humanísticos, valorizando vínculo, aconselhamento, interação e apoio ao familiar e/ou responsável, durante todo o processo de internação (Xavier et al., 2013), potencializando a capacidade desses últimos em participar no cuidado necessário, flexibilizando o desenvolvimento de habilidades nessa prática (Cruz et al., 2017).

Com base em suas concepções, as enfermeiras relataram suas experiências na UP quanto à SAE. Parte das entrevistadas afirmou que tem desenvolvido a SAE sem problemas e, divergentemente, outra parte apontou encontrar dificuldades institucionais e de próprio preparo para implementá-la.

Sobre o tema central deste estudo, o planejamento da alta no contexto da SAE pediátrica, as concepções se mostraram próximas aos postulados encontrados na literatura sobre a importância de ser implementado em todos os setores de internação hospitalar e de se considerar informações sobre a criança e orientações sobre os cuidados realizados e a realizar no domicílio, implementando-o desde a admissão até a alta propriamente dita. Foi também convergente à literatura oficial e científica sobre o tema, a ideia de que o planejamento da alta pelo enfermeiro deva servir para promover a continuidade do cuidado da criança em outros serviços de saúde.

Tem-se que o enfermeiro, comumente, desempenha o papel de coordenador do processo de alta, devendo possuir competência, compromisso e cooperação para assegurar, de fato, a integralidade em saúde, promovendo as condições necessárias para a continuidade do cuidado após alta hospitalar, com base em evidências científicas e protocolos institucionais (COREn-SP,2010,COFEn, 2009, Facioetal.,2013).

Contudo, as enfermeiras alertaram que em seu contexto de trabalho, muitas vezes, o enfermeiro enfrenta dificuldades tanto para desenvolver a SAE e implementar o PE, quanto para efetivar o planejamento da alta a contento, realizando frequentemente na alta hospitalar, orientações que deveriam ser feitas pelo médico e tomando providências quanto às prescrições elaboradas por esse profissional. Essa situação revela o distanciamento do conceito de integralidade em saúde, como conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivo, nos níveis de complexidade do sistema, sendo necessário uma articulação com a organização dos serviços, dos conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde, principalmente nas necessidades da criança (Brasil,2017).

Considerações finais

Este estudo permitiu apreender as perspectivas de um grupo de enfermeiras que prestam cuidados a crianças internadas sobre o planejamento de alta hospitalar revelando concepções próximas ao proposto por entidades de classe da enfermagem brasileira e literatura nacional e internacional sobre a temática, mesmo com a falta de diferenciação entre os conceitos de SAE, PE e roteiro de registros de práticas de enfermagem. Contudo, as experiências retratadas revelaram que ainda existem desafios institucionais a serem transpostos para a realização da SAE e do planejamento da alta hospitalar no cotidiano do trabalho desenvolvido na unidade de internação onde atuam.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. 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 dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP-CAT 023/2010 [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2010 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: [http://portal.coren-](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf)

[sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf)

Cruz CT, Zamberlan KC, Silveira A, Buboltz FL, Silva JH, Neves ET. Atenção à criança com necessidades especiais de cuidados contínuos e complexos: percepção da enfermagem. *REME Rev Min Enferm.* 2017;221:e1005. doi:<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170015>

Facio BC, Matsuda LM, Higarashi IH. Internação conjunta pediátrica: compreendendo a negociação enfermeiro-acompanhante. *Rev Eletrôn Enferm.* 2013;15(2):447-53.

Gutiérrez MGR, Morais SCR. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 21 Jun 2018];70(2):436-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>.

Santos L, Oliveira L, Montefusco S, Barbosa M. Diagnóstico e intervenções de enfermagem em famílias de crianças hospitalizadas. *Rev Enfermagem UERJ.* 2016;24(4):e8253.

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [citado 1 Fev 2019];19(6):349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>.

Weiss ME, Sawin KJ, Gralton K, Johnson N, Klingbeil C, Lerret S, et al. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *J Pediatr Nurs.* 2017;34:58-64. doi: 10.1016/j.pedn.2016.12.02

Xavier DM, Gomes GC, Barlemi ELD, Erdmann AL. A família revelando-se com um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(6):866-72.

4.3 Artigo 3 – Registros da sistematização da assistência de enfermagem pediátrica: enfoque no plano da alta hospitalar

RESUMO

Objetivo: analisar os registros da sistematização da assistência de enfermagem pediátrica e do processo de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica, com enfoque no planejamento da alta hospitalar. **Método:** estudo transversal contextualizado em unidade de internação pediátrica de um hospital geral público e de referência regional do interior paulista. Os dados foram coletados em prontuários de amostra probabilística de crianças menores de dois anos internadas de janeiro a dezembro de 2017, empregando-se estatística descritiva na sua análise. **Resultados:** foram amostradas 199 crianças: 102 (51,3%) do sexo masculino, 93 (51,3%) com menos de seis meses de idade, 174 (87,5%) e 103 (51,8%) acompanhadas pelas mães na admissão e na alta, respectivamente. Na anamnese realizada na admissão: 191 (95,9%) crianças apresentaram registros de hidratação, 188 (94,4%) de alimentação e 190 (95,4%) de investigação de outros aspectos relacionados ao(s) diagnóstico(s) médico(s). Do total de 367 (100%) registros de diagnósticos de enfermagem na admissão e 186 (100%) registros na alta hospitalar, verificou-se a prevalência do diagnóstico “desconforto respiratório”, respectivamente, 170 (46,4%) e 84 (45,2%). Quanto às intervenções de enfermagem, do total de 1038 (100%) registros na admissão: 183 (17,6%) “realizar banho” e na alta, do total de 642 (100%), 98 (15,3%) foram “oferecer dieta com decúbito elevado”. Dos 130 (100%) registros sobre orientações de enfermagem na alta: 75 (57,7%) registros sobre intervenções prescritas pelo médico e 52 (40%) utilização de ambulatório especializado. Em 100 (50,3%) prontuários, não foram encontrados registros sobre intervenções de enfermagem na admissão e em 60 (30,2%) não se encontraram registros sobre orientações de alta. **Conclusão:** os achados confirmam que as enfermeiras centram seus cuidados, principalmente, em problemas físicos das crianças, na admissão e na alta hospitalar. Ao mesmo tempo, constatou-se pouca valorização de registro sobre intervenções relacionadas à alta hospitalar, distanciando-se do preconizado para a integralidade dos cuidados a serem prestados nos domicílios, que não fossem os já prescritos por médico.

Descritores: Registros de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Alta Hospitalar, Criança

Introdução

Os registros de enfermagem são considerados fundamentais para que seja possível implementar com êxito o processo de cuidar e o de gerenciar o trabalho da equipe de enfermagem. Para tal, espera-se contar com informações bem redigidas, de modo a expressar e documentar com fidedignidade o que se pretende realizar e o que foi realizado por essa equipe. Dessa maneira, os registros de enfermagem cumprem com a finalidade de facilitar a comunicação entre a equipe de enfermagem e de saúde, como também subsidiar processos avaliativos, jurídicos, de planejamento, de ensino, de pesquisa, dentre outros (COFEn, 2016, 2017).

Nos diversos contextos de internação hospitalar, deve-se contar com registros de enfermagem estabelecidos como relatório permanente, descrevendo cronologicamente a situação do paciente internado e os cuidados a ele prestados, desde a admissão até a alta ou ocorrência de outro desfecho. Para serem considerados autênticos, os registros de enfermagem terão valor se forem datados e assinados e, evidentemente, se forem legíveis e não apresentarem rasuras, assim evidenciando a responsabilidade dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e também sobre os seus reflexos, além da já conhecida responsabilidade sobre seus atos profissionais e pelo sigilo. A responsabilidade do profissional poderá ocorrer no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal (COFEn, 2017).

Contudo, existem evidências de que os registros de enfermagem se configuram como um dos grandes desafios para implementar, de fato, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidades hospitalares, especialmente no que tange ao desenvolvimento do Processo de Enfermagem (PE) (Gutiérrez, Moraes, 2017).

Para o COFEn(2017), a SAE serve para organizar metodologicamente o trabalho profissional, abrangendo aspectos de pessoal e instrumentos envolvidos, com base em referenciais teóricos e evidências científicas, tornando possível a operacionalização das etapas do (PE): coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento de ações e intervenções de enfermagem; implementação dessas ações e intervenções e avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. Considera-se que o PE abranja os elementos fundamentais para a prática clínica do enfermeiro voltada à pessoa, à família e à coletividade humana, em um dado momento do processo saúde e doença. Assim, o PE representa o modo de fazer e de pensar do profissional de

Enfermagem, possibilitando além da organização das condições necessárias à realização dos cuidados de enfermagem, a documentação dessa prática, que deve ser realizada de modo deliberado e sistemático (COFEn, 2009).

Atentando-se para o planejamento da alta hospitalar, como uma das responsabilidades a serem assumidas pelos enfermeiros (COREn-SP, 2010), por meio da SAE, espera-se que se possa organizar o trabalho para assegurar a continuidade dos cuidados em saúde nos domicílios, ao se elaborar as avaliações diagnósticas e as propostas que contemplem estratégias para a prevenção de reincidência de problemas que levaram à internação e para a promoção da saúde da criança, de modo geral (Vieira, Whitaker, 2016).

Além disso, com a SAE espera-se também contribuir com a articulação entre o hospital e serviço de atenção primária, de modo a promover a integralidade e a qualidade dos cuidados prestados à criança e a sua família (Gibson et al., 2017)

Desse modo, a presente investigação objetivou descrever os registros da SAE/PE de uma unidade de internação pediátrica, com enfoque no planejamento da alta hospitalar. Espera-se que os achados possam revelar os avanços e os desafios para a integralidade e qualidade dos cuidados prestados.

Método

Este estudo é do tipo observacional e transversal e foi realizado em uma unidade de internação pediátrica (UP) de um hospital geral, público e de ensino do interior paulista. Este hospital é de referência na prestação de serviços para uma das regiões de saúde administrativas do estado de São Paulo.

Essa instituição conta com 318 leitos, oferecendo serviços diagnósticos e terapêuticos, centro cirúrgico ambulatorial, centro cirúrgico, unidades de internação geral (para adultos e pediátrica), urgências referenciadas, unidades de terapia intensiva geral, pediátrica, coronária e queimados, unidade ambulatorial e centro de terapia renal substitutiva.

Presta atendimento referenciado, sendo que seus pacientes vêm encaminhados pela rede básica pública de saúde. Unidade de pediatria (UP) possui 34 leitos, sendo três de isolamento, 18 leitos de cama e 13 leitos de berço. Recebe pacientes de zero a 17 anos 11 meses e 29 dias, para tratamento clínico, cirúrgico e oncológico e conta com uma equipe médica, de enfermeiros e

técnicos de enfermagem. A unidade de terapia intensiva pediátrica é composta por 11 leitos (HEB/SES-SP,2019).

Cabe destacar que o formulário de registro da SAE, na referida unidade, encontra-se disponibilizado sob forma eletrônica, sendo acessado nos terminais localizados em oito pontos na referida unidade, por meio do link *e-Pront* do sistema eletrônico, implantado na instituição.

Esse instrumento eletrônico contempla cinco etapas da SAE, sendo preenchido por *checklist*, nas etapas de coleta de dados, diagnóstico e planejamento de enfermagem nas etapas de implementação e avaliação os registros são feitos de forma descritiva.

O preenchimento das etapas citadas é realizado diariamente pelos enfermeiros dessa unidade, que se subdividem por turnos (manhã, tarde e noite) para se responsabilizar por determinado grupo de crianças internadas. Após o preenchimento do formulário de registro do PE, o conteúdo referente aos diagnósticos, às intervenções e às prescrições de enfermagem é impresso para toda a equipe de saúde e para que os técnicos possam prestar o cuidado e registrar o que, como e quando foi realizado.

Os dados como sinais vitais, peso, resultados de exames com glicemia, características sobre eliminações fisiológicas e outros ficam somente anotados no impresso citado anteriormente e não no sistema eletrônico. Assim, esse documento é anexado no prontuário físico da criança.

Foi estudada uma amostra probabilística de crianças de zero a 24 meses de idade internadas na UP pela primeira vez, entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017, excluindo-se as crianças com anomalia congênita/malformação e aquelas com diagnóstico médico de neoplasia, por suas especificidades de acompanhamento após a alta hospitalar.

Seguindo tais critérios, foram selecionadas 410 crianças. Para o cálculo do tamanho amostral foi considerada a prevalência de 50% com 95% de intervalo de confiança, obtendo-se o número amostral de 199 crianças, corrigido pela população finita. Na sequência, foi realizado um sorteio das crianças a serem incluídas no estudo pelo Programa R, versão 2,101. Para o sorteio, as 410 crianças foram alinhadas em ordem cronológica de internação hospitalar.

Os dados foram coletados diretamente dos prontuários das crianças amostradas, com base em questionário estruturado, com variáveis relacionadas

à idade, sexo, acompanhantes na admissão e alta, e dados relacionados à primeira internação da criança em 2017, com destaque aos relacionados ao PE e ao planejamento da alta hospitalar. Procedeu-se a análise estatística dos dados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (CAAE: 96279518.4.0000.5411). Para a obtenção dos dados nos prontuários das crianças, foi solicitada a dispensa da assinatura do TCLE, devido ao tempo transcorrido entre o registro das informações e a época da coleta dos dados desta pesquisa, o que dificultaria a localização desses indivíduos.

Resultados

As 199 crianças amostradas se caracterizaram por ser 102 (51,3%) do sexo masculino, 93 (46,7%) com menos de seis meses de idade, 174 (87,5%) e 103 (51,8%) estarem acompanhadas pelas mães na admissão e na alta da UP, respectivamente. Os diagnósticos médicos mais frequentes na alta foram associados ao sistema respiratório 102 (51,3%).(Tabela 1)

Destaca-se que a variação da idade na internação foi de sete dias a 23,9 meses, com média de 8,9 meses e desvio padrão de 7,0 meses. (Dados não apresentados em tabela).

Tabela 1–Distribuição das crianças quanto ao sexo e idade e outras características das internações na Unidade Pediátrica. Bauru, 2017 (n=199)

Características das crianças	n	%
Masculino	102	51,3
Feminino	97	48,7
0 a < 6	93	46,7
≥ 6 a < 12	39	19,6
≥ 12 a < 18	39	19,6
≥ 18 a ≤ 24	28	14,1
Acompanhante na admissão		
Mãe	174	87,5
Pai	2	1,0
Avó/ô	3	1,5
Tia/o	0	0
Cuidador/a	2	1,0
Sem registro	18	9,0
Acompanhante na alta		
Mãe	103	51,8
Pai	4	2,0
Avó/ô	0	0
Tia/o	4	2,0
Cuidador/a	2	1,0
Sem registro	86	43,2
Diagnóstico médico na alta por sistema/agravo		
Doenças do sistema respiratório	102	51,3
Doenças infecciosas e parasitárias	20	10,2
Doenças do sistema digestivo	16	8,0
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	13	6,5
Doenças do sistema geniturinário	12	6,0
Sintomas, sinais e achados anormais clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	9	4,5
Lesão, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	6	3,0
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	5	2,5
Doenças do sistema nervoso	3	1,5
Fatores que influenciam o estado de saúde e contato com os serviços de saúde	3	1,5
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	1,5
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	2	1,0
Algumas afecções originadas do período perinatal	2	1,0
Doenças do olho e anexos	1	0,5
Doenças do sistema circulatório	1	0,5
Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0,5

Sobre os registros de enfermagem relativos à coleta de dados na admissão hospitalar, ressalta-se que das 199 (100%) crianças, 191 (95,9%) apresentaram registros sobre hidratação, 188 (94,4%) alimentação e 159 (79,8%) imunização, sendo que também foram frequentes os registros de investigação de outros aspectos relacionados ao(s) diagnóstico(s) médico(s): 190 (95,4%). Quanto aos

registros relacionados ao exame físico, do total das 199 (100%) crianças, 196 (98,4%) apresentaram registros sobre pele, mucosas e anexos e, com igual frequência, 194 (97,4%) sobre o sistema respiratório e sistema geniturinário. Especificamente, quanto à avaliação neuromotora, constatou-se que 172 (86,4%) das crianças apresentaram registros sobre mobilidade. (Tabela 2)

Enfatiza-se que relativos à alta, não foram encontrados registros de enfermagem sobre coleta de dados (anamnese e exame físico).

Tabela 2 – Registros de enfermagem sobre a coleta de dados na admissão na unidade de internação pediátrica. Bauru, 2017 (n = 199)

Registros de coleta de dados	N	%
Anamnese		
Hidratação	191	95,9
Alimentação	188	94,4
Imunização	159	79,8
Uso de medicações/suplementos alimentares	134	67,3
Antecedentes morbidos	74	37,1
Outros relacionados ao(s) diagnóstico(s) médico(s)	190	95,4
Não encontrados	0	0
Exame físico		
Pele, mucosas e anexos	196	98,4
Sistema Respiratório	194	97,4
Sistema Geniturinário	194	97,4
Sistema Gastrointestinal	186	93,4
Sistema Cardiovascular	176	88,4
Não encontrados	2	1,0
Avaliação neuromotora		
Mobilidade	172	86,4
Abertura ocular	155	77,8
Resposta verbal e motora	151	75,8
Estado de consciência	150	75,3
Não encontrados	11	5,5

Do total de 367 (100%) registros relativos a diagnósticos de enfermagem na admissão e 186 (100%) registros na alta hospitalar, verificou-se a prevalência do diagnóstico “desconforto respiratório” tanto na admissão 170 (46,4%), quanto na alta 84 (45,2%). (Tabela 3)

Tabela 3 – Registros de diagnósticos de enfermagem na admissão e na alta das Unidade Pediátrica. Bauru, 2017

Registros de Diagnósticos de Enfermagem	Admissão		Alta	
	n	%	n	%
Desconforto respiratório	170	46,4	84	45,2
Risco de infecção	112	30,6	62	33,3
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	30	8,3	20	10,7
Padrão respiratório ineficaz	26	7,2	0	0
Dor aguda	10	2,7	3	1,7
Integridade da pele prejudicada	4	1,1	1	0,5
Ventilação espontânea prejudicada	2	0,5	13	7,1
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	3	0,8	0	0
Termo regulação ineficaz	6	1,6	2	1,0
Ansiedade	2	0,5	1	0,5
Perfusão cerebral ineficaz	1	0,3	0	0
Mobilidade física prejudicada	1	0,3	0	0
Total	367	100	186	100

Chama atenção que, foram encontrados os mesmos diagnósticos de enfermagem na admissão e na alta hospitalar para 66 (33,2%) crianças (dados não apresentados em tabela).

Quanto aos registros relativos às intervenções de enfermagem, do total de 1038 (100%) registros, foram mais frequentes na admissão: “realizar banho” 183 (17,6%); na alta, foi mais frequente “oferecer dieta com decúbito elevado” 98 (15,3%). Dos 130 (100%) registros sobre orientações de enfermagem na alta, destacaram-se as recomendações sobre outras intervenções prescritas pelo médico 75 (57,7%) e para utilização de ambulatório especializado 52 (40%). (Tabela 4)

Tabela 4 – Registros sobre intervenções de enfermagem na admissão e de orientações na alta da Unidade Pediátrica. Bauru, 2017

Registros de Intervenções de Enfermagem	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Realizar banho	183	17,6	71	11,1
Atentar para presença de distúrbio gástrico	179	17,2	96	15
Atentar para presença de sangramento	174	16,7	94	14,6
Manter decúbito elevado	172	16,5	87	13,6
Oferecer dieta com decúbito elevado	161	15,5	98	15,3
Verificar presença de cianose	157	15,1	96	15
Aquecer extremidades com enfaixamento	2	0,1	0	0
Aspirar vias aéreas	3	0,2	0	0
Realizar curativo	1	0,09	0	0
Quantificar diurese	1	0,09	0	0
Verificar garroteamento em gesso e comunicar	1	0,09	0	0
Manter curativo fechado	1	0,09	0	0
Sem registros	3	0,2	100	15,6
Total	1038	100	642	100
Orientações de enfermagem na alta				
Alimentação			2	1,6
Hidratação			0	0
Sono e repouso			0	0
Estimulação/recreação			0	0
Higiene corporal			0	0
Higiene bucal			0	0
Imunização			0	0
Medicações/suplementos alimentares			1	0,8
Exames laboratoriais/ imagem			0	0
Recomendações ao serviço de puericultura			0	0
Orientações sobre ambulatório especializado			52	40
Orientações sobre instituição de educação infantil			0	0
Orientações sobre outros equipamentos sociais			0	0
Esclarecimentos de outras dúvidas maternas			0	0
Outras intervenções prescritas por médico			75	57,7
Total			130	100

Cabe ressaltar que das 199 crianças, em 100 (50,3%) dos prontuários, não foram encontrados registros sobre intervenções de enfermagem na admissão e em 60 (30,2%) prontuários não foram encontrados registros sobre orientações de alta (Tabela 4).

Discussão

Pode-se considerar que o objetivo deste estudo foi alcançado na medida em

que foi possível descrever os registros da SAE/PE referentes a uma amostra representativa de crianças egressas de uma unidade de internação pediátrica, permitindo, inclusive, caracterizar os registros sobre o planejamento da alta hospitalar contidos nos seus prontuários eletrônicos.

Sobre as características das crianças, a distribuição entre os sexos é maior no masculino (IBGE, 2017) e a prevalência da faixa etária de menores de um ano, correspondem às evidências encontradas em outro estudo que também enfocaram internações pediátricas devido essa faixa etária fazer parte da primeira infância, um período importante do desenvolvimento da criança (Santos et al., 2015).

E as doenças do sistema respiratório como diagnósticos médicos mais prevalentes das internações pediátricas como se refere outro estudo realizado onde cita que as doenças do sistema respiratório é um importante problema de saúde pública e representam a principal causa de mortalidade em crianças. Sendo que elas são mais susceptíveis à poluição atmosférica, comparando com a população adulta, devido as características anatômicas e sua imaturidade do sistema imunológico e fisiológico (Frauches et al., 2017).

Também, as características das internações encontradas no presente estudo mantém semelhanças com outros estudos que indicaram as mães como acompanhantes das crianças mais frequentes durante toda a hospitalização, sendo por questões afetivas, nutricionais, culturais ou legal, assim compartilham o sofrimento do filho (Pavão et al., 2016).

Tem-se que a presença materna durante a internação hospitalar pediátrica favorece a obtenção de informações sobre as condições da criança prévias, bem como possibilita o preparo para a continuidade do cuidado, por quem geralmente assume essa responsabilidade no domicílio. Inclusive, como frequentemente é a mãe quem leva a criança nos demais serviços de saúde e outros necessários, ela poderá colaborar com a articulação entre o hospital e outros serviços, de modo a promover a integralidade e a qualidade do cuidados a serem prestados (Gibson et al., 2017).

Quando considerados os registros sobre a coleta de dados na admissão hospitalar, verificou-se a valorização das informações sobre as necessidades básicas de hidratação e alimentação e sobre imunização, deixando transparecer a pouca importância dada à investigação sobre outras necessidades que pudessem estar afetadas.

A hospitalização é um processo de cuidado para o tratamento da criança que leva a alterações na sua vida, além das fisiológicas, as psicológicas e sociais, gerando modificações no cotidiano da família para poder suprir as suas necessidades que assumem variadas dimensões (Santos et al., 2016).

Foram muito frequentes os registros de investigação de outros aspectos relacionados a diagnósticos médicos. Esses dados revelam a centralidade dos cuidados em saúde no profissional médico, bem como a priorização da abordagem dos aspectos biológicos do processo saúde-doença no contexto em estudo. Essa condição se confirma ao constatar que houve registros de exame físico para a maioria das crianças, sobre os diferentes sistemas, incluído a avaliação neuromotora.

Mantendo coerência à priorização da dimensão biológica sobre outras dimensões do processo saúde-doença, quanto aos registros de diagnósticos de enfermagem, observou-se a predominância daqueles voltados aos agravos físicos apresentados pelas crianças, com destaque aos que se relacionaram ao sistema respiratório, tanto na admissão quanto na alta. Neste quesito, não se identificou diagnóstico algum que pudesse ser relevante para o planejamento da alta hospitalar, em qualquer desses dois momentos.

Ainda sobre diagnósticos de enfermagem, foram os mesmos registros de diagnósticos de enfermagem na admissão e na alta hospitalar para mais de um terço das crianças estudadas, o que pode significar a falta de resolubilidade dos problemas de enfermagem durante a internação. Tal situação, ao lado de outras identificadas neste estudo, reforça a importância de se rever o processo de trabalho da equipe de saúde da unidade em questão, incluindo atenção especial ao dos enfermeiros.

Em relação às intervenções de enfermagem, verificou-se que as registradas durante a admissão hospitalar se voltaram basicamente aos cuidados de rotina ou aos relacionados aos problemas físicos apresentados pela criança. Quanto às registradas na alta, a maior parte das intervenções se consistiram em orientações e esclarecimento de dúvidas sobre prescrições médicas, destacando-se também as orientações sobre a utilização de ambulatório especializado. Mais uma vez se constatou a centralidade no trabalho médico, emergindo as lacunas das possibilidades de intervenções de enfermagem para o cuidado integral nos domicílios das crianças. Acresce-se a essas lacunas, o fato de que para mais da metade dos prontuários estudados não foram encontrados, registros sobre

intervenções de enfermagem na admissão e/ou na alta. E, pela ausência de quaisquer registros alusivos aos acompanhantes da criança durante a internação e/ou a outros responsáveis ou familiares, infere-se que não se estava considerando a participação ativa dos mesmos nos cuidados realizados e a serem realizados nos domicílios após a alta hospitalar.

Durante o período da alta os pacientes/acompanhantes buscam conhecimentos sobre cuidados necessários para a manutenção da saúde da criança no domicílio. O enfermeiro, deve fornecer aos pacientes/acompanhantes as orientações necessárias para a prevenção, controle da doença, promoção e manutenção da saúde, sendo ele o profissional instrumentalizado para realizar essas ações educativas de saúde visando o planejamento da alta hospitalar. Essa atividade exige dos enfermeiros o comprometimento e a preocupação não só com o paciente, mas também com o preparo dos familiares para a alta hospitalar, pois, orientar, ensinar e treinar as técnicas e cuidados necessários que serão dispensados ao paciente em seu domicílio, a fim de evitar adoecimento, reinternações, diminuir o estresse familiar inclui a identificação de recursos para a saúde disponíveis na rede. Estruturar a alta hospitalar é uma ferramenta utilizada para aumentar a capacidade do autocuidado, fortalecendo a adesão ao tratamento de forma resolutiva e humanizada (Delatorre et al., 2013).

Verificou-se um número considerável de prontuários que não apresentaram registros sobre vários aspectos da SAE/PE, que seriam fundamentais para os propósitos acima descritos.

Por meio da SAE, espera-se que seja possível organizar o trabalho assegurando a continuidade dos cuidados em saúde após a alta, contemplando estratégias para a prevenção de reincidência dos problemas que levaram à internação e a promoção da saúde da criança, de modo em geral as orientações dadas pelo enfermeiro do cuidado prestado na internação é de extrema importância para que se assegure esse cuidado (Vieira, Whitaker, 2016).

A implementação da assistência de enfermagem sistematizada pela realização do planejamento de alta faz com que a internação se torne uma experiência de aprendizado, em um ambiente o mais humanizado possível, possibilitando dessa forma a alta hospitalar, com resolutividade, não apenas dando solução para o problema de saúde mais agudo do paciente, mas fornecendo subsídios através de orientações sobre cuidado e autocuidado. Além disso, o planejamento de alta

objetiva alcançar a criança e sua família para que estes tenham entendimento e compreensão de como enfrentar o tratamento e o cuidado para com as doenças crônicas, a fim de se obter qualidade de vida, retornando o paciente para o seu lar junto ao convívio familiar e social mais orientado e preparado para esse enfrentamento (Suzuki et al., 2011).

Conclusão

Pela identificação dos registros sobre a sistematização da assistência de enfermagem, incluindo o processo de enfermagem, contidos nos prontuários eletrônicos das crianças egressas de internação pediátrica, pode-se observar que as enfermeiras centram seus cuidados, principalmente, em problemas de saúde física das crianças, tanto na admissão quanto na alta hospitalar. Ao mesmo tempo, foi possível constatar a pouca valorização de registro sobre vários aspectos da SAE/PE e das intervenções relacionadas à alta hospitalar, que não fossem os já prescritos por médico, distanciando-se do preconizado para a integralidade e qualidade dos cuidados a serem prestados nos domicílios. Tais achados reforçam a premência de, institucionalmente, analisar criticamente e reestruturar o processo de trabalho do enfermeiro, no que se refere à sistematização da assistência pediátrica, com enfoque especial ao papel desse profissional no planejamento da alta das crianças internadas.

Referências

- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [citado 21 jun 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. 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 dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP-CAT 023/2010. Alta hospitalar [Internet]. 2010 [citado 21 Jun 2018]. Disponível

em:<http://portal.coren->

sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf.

Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. Planejamento para a alta Hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(esp):7151-9. doi: 10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201324.

FrauchesOD ,Lopesa CBI , Giacomina ATH , Pacheco GPJ, Costa FR , Lourenço BC. Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. *RevBrasMedFam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez; 12(39):1-11.

Gibson CA, Stelter AJ, Haglund KA, Lerret SM. Pediatric nurses' perspectives on medication teaching in a children's hospital. *J PediatrNurs [Internet]*. 2017;36:225-31. doi: 10.1016/j.pedn.2017.07.002.

Gutiérrez MGR, Morais SCR. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *RevBrasEnferm [Internet]*. 2017 [21 Jun 2018];70(2):436-41. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>

IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.2017 [citado 8 março 2018].Disponível

em:http://www.biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf.

Moreira MCN, GomesR, Sá MRC. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: Revisão bibliográfica. 2014;<https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.20122013>.

Suzuki VF, Carmona EV, Lima MHM. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. *RevEscEnferm [Internet]*. 2011 [citado 22 Abr 2012];45(2):527-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200032&script=sci_arttext.

Pavao J, Kimerling R, Iverson MK, Dichter EM, Rodriguez LA, Wong A. Prevalence of Intimate Partner Violence among Women Veterans who Utilize Veterans Health Administration Primary Care. *Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD, VA Palo Alto Health Care System, Menlo Park, CA. Society of General Internal Medicine* 2016;[https://doi: 10.1007/s11606-016-3701-7](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3701-7).

Soares CBS, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD.

Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45.

VieiraMM,WhitakerMCO.Ocuidado à criança após a alta hospitalar.*RevBras Saúde Func*. 2016;1(3):1-11.

4.4 Proposta de tecnologia informatizada de apoio ao planejamento de alta pelo enfermeiro para promover o cuidado integral em saúde da criança e sua família

Apresenta-se, a seguir, o documento técnico elaborado para orientar o processo de planejamento de alta hospitalar pediátrica pelo enfermeiro, contendo a proposta de tecnologia informatizada em foco.

Planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro para a promoção do cuidado integral a saúde da criança e sua família: documento técnico

Introdução

A preocupação em qualificar o planejamento da alta hospitalar pediátrica vem ao encontro da necessidade de se assegurar a integralidade da atenção em saúde da criança, considerando sua família como participante ativa no cuidado integral a ela dispensado.

Tem-se que a integralidade, enquanto princípio e prática, agrega um conjunto de ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, que se articulam, enfrentam divergências e apresentam complementariedades, com vistas a atender às necessidades e demandas individualmente ou coletivamente apresentadas, contando com equipes de saúde interdisciplinares, devidamente preparadas para reconhecer tais necessidades e demandas, em suas diferentes dimensões, atuando de forma ampliada e resolutiva na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social, por meio do cuidado integral, humanizado e responsável (Kalichman, Ayres, 2016)

Nesse sentido, entende-se que o cuidado integral, como resultado de vários cuidados prestados pela equipe de saúde, possibilita a aproximação da produção de saberes técnico-científicos e o atendimento das necessidades e demandas das pessoas, incluindo-as de modo a promover sua autonomia para o cuidado em saúde (Kalichman, Ayres, 2016, Sousa et al., 2017).

Em diferentes contextos institucionais, o trabalho do enfermeiro contempla a coordenação dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem e, ao mesmo tempo apresenta a possibilidade de contribuir para a realização do

cuidado integral por toda a equipe multiprofissional, incluindo ações de integração entre os serviços de saúde e de outros setores (Sousa et al., 2017).

No âmbito hospitalar, ao assumir o papel de coordenador do processo de alta, espera-se que o enfermeiro promova, junto à equipe multiprofissional, a integralidade da atenção em saúde, prevendo as condições necessárias para a continuidade do cuidado integral, após a alta hospitalar (COREn-SP, 2010, Facio et al., 2013, IBSES, 2017).

Objetivos e Finalidade

O objetivo deste documento técnico é fundamentar e organizar a sistematização da assistência de enfermagem no que se refere ao planejamento da alta hospitalar, com vistas a promover cuidado integral em saúde da criança egressa, considerando a participação ativa da família nesse processo.

Especificamente espera-se que esse documento técnico possibilite:

- orientar a equipe de enfermagem e a multiprofissional sobre o planejamento da alta, desde a admissão da criança na unidade de pediatria do HEB – SES;
- promover a continuidade ao cuidado integral em saúde da criança após alta hospitalar;
- propiciar, através da implantação de tecnologia informatizada de apoio, o registro de informações necessárias para a sistematização da assistência de enfermagem, em complementariedade ao registro do processo de enfermagem;
- dar visibilidade institucional ao trabalho do enfermeiro.

Em última instância, tem-se por finalidade, contribuir para o pleno restabelecimento da saúde da criança, bem como evitar complicações e possíveis reinternações da mesma.

Diretrizes para o planejamento da alta

Atualmente, no Brasil, encontram-se documentos oficiais que tratam da alta hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS e com

outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado (Brasil, 2013).

Com base em tais diretrizes, as proposições dos órgãos de classe da área da enfermagem e as evidências e recomendações correlatas encontradas na literatura científica dessa, a seguir são apresentadas algumas considerações sobre o planejamento da alta hospitalar pediátrica e de seu registro em prontuário eletrônico pelo enfermeiro.

Inicialmente, considera-se que o referido planejamento deve dar o mais precocemente possível, desde a admissão da criança na unidade de pediatria, envolvendo a participação de toda a equipe de enfermagem e da multiprofissional, quando pertinente. Para isso, as equipes de enfermagem e a multiprofissional envolvidas deverão conhecer as diretrizes estabelecidas na instituição, colaborando com o enfermeiro, quando pertinente, para a seu cumprimento.

Dependendo da orientação institucional, em alguns hospitais existem enfermeiros experientes que apoiam os demais enfermeiros das unidades de internação, no planejamento da alta hospitalar, coordenando e registrando esse processo, servindo como ligação para outros membros da equipe, de forma a garantir que todos os aspectos estejam sendo contemplados para a criança e sua família. Espera-se que esse profissional trabalhe diretamente com a criança e sua família para planejar a alta e fornecer o apoio necessário, como fazer contatos e telefonemas para providenciar serviços de acompanhamento, equipamentos e suprimentos, além de reforçar as orientações dos cuidados a serem realizados no domicílio.

De outro modo, a responsabilidade pelo planejamento da alta hospitalar poderá ficar compartilhada entre os enfermeiros que assumirem os cuidados da criança durante a internação, apoiando-se no registros das informações como recurso de integração entre as ações desenvolvidas por cada um.

Particularmente, em relação ao planejamento da alta hospitalar pediátrica, espera-se do enfermeiro coordenador e/ou assistencial (Apêndice 1);

- estabelecer o planejamento da alta de acordo com o plano terapêutico elaborado pelo(s) enfermeiro(s), pelo(s) médico(s) e com o apoio dos demais profissionais envolvidos nesse planejamento, para assegurar que todos os planos estejam em ordem e alinhados para o tempo de alta;

- identificar, durante a internação, quem ficará responsável pelo cuidado da criança após a alta hospitalar;
- estabelecer vínculo com o acompanhante/do responsável pelo cuidado da criança após a alta hospitalar/família para compartilhar saberes, promover saúde e dispensar o cuidado humanizado e de qualidade;
- proporcionar preparo efetivo do responsável pelo cuidado da criança após a alta hospitalar em todos os cuidados necessários;
- verificar se criança/responsável pelo cuidado da criança após a alta hospitalar/família têm compreensão sobre as informações que estão sendo passadas por todos os profissionais;
- certificar que a criança e sua família têm os materiais e dispositivos necessários para cuidados de enfermagem no ambiente domiciliar;
- estabelecer contatos e compartilhar informações com outros serviços de saúde, de preferência com o apoio do serviço social e pessoal administrativo que, possivelmente, se correponsabilizarão pelo cuidado integral da criança após a alta hospitalar;
- registrar em prontuário eletrônico as informações sobre todo o processo de planejamento de alta desenvolvido e sobre a alta propriamente dita (Apêndice 2);
- fornecer documentos à família sobre o plano de alta hospitalar pediátrica (Apêndice 2) e prescrições de enfermagem para o cuidado integral no domicílio (Apêndice 3);

Aspectos do Sistema Eletrônico de Informações

O formulário de registro da SAE e do PE na UP do HEB encontra-se disponibilizado sob forma eletrônica, sendo acessado quando necessário nos terminais localizados em oito pontos na referida unidade, por meio do *linke-Prontdo* sistema de informação próprio, implantado na instituição desde 25 de outubro de 2004. Segundo informações coletadas junto ao setor de informática do HEB, nesses quase 15 anos de desenvolvimento, já foram publicadas mais de 630 versões desse sistema. Com exceção das versões para correção de falhas, a cada versão uma nova ferramenta ou funcionalidade é implementada, a pedido das unidades de saúde que o utilizam.

Tem-se que no *e-Pront*, até o presente, considerando todos os diferentes setores, existem 40 tipos de formulários utilizados pelos enfermeiros, sendo que 363 desses profissionais registraram algum tipo de dado sobre, aproximadamente, 95 mil pacientes, com mais de dois milhões de registros realizados por esses profissionais.

Em relação ao processo de alta, no *e-Pront* existem dois formulários que podem ser acessados pelos enfermeiros: Plano de Alta, com registros feitos desde 04 de dezembro de 2012 e Alta Programada, com início dos registros em 14 de agosto de 2017. Até o presente, 39 enfermeiros registraram algum tipo de dado nesses dois formulários, sobre mais de três mil pacientes, com mais de quatro mil registros realizados. Nesse formulários, contudo, foram encontrados escassos registros sobre altas pediátricas, sendo confirmada a necessidade de serem reformulados para se adequar às especificidades da alta hospitalar pediátrica. (Anexo 1).

O formulário institucional relativo ao PE contempla as cinco etapas do PE propostas pelo COFEn(2009), sendo preenchido por *checklist*, nas etapas de coleta de dados, diagnóstico e planejamento de enfermagem nas etapas de implementação e avaliação os registros são feitos de forma descritiva.

Na rotina, os registros de dados nos prontuários eletrônicos das crianças devem ser realizados diariamente pelos enfermeiros da UP, que se subdividem por turnos (manhã, tarde e noite) para se responsabilizar por determinado grupo de crianças internadas.

Após o preenchimento do formulário de registro do PE, o conteúdo referente aos diagnósticos, às intervenções e às prescrições de enfermagem é impresso para que os técnicos possam prestar o cuidado e registrar o que, como e quando foi realizado.

Os dados como sinais vitais, peso, resultados de exames com glicemia, características sobre eliminações fisiológicas e outros ficam somente anotados no impresso citado e não no sistema eletrônico. Assim, esse documento é anexado no prontuário físico da criança.

O formulário elaborado como produto desta pesquisa, Plano de Enfermagem para Alta Hospitalar Pediátrica (Apêndice 2), deverá ser incluído em uma aba específica do *e-Pront*, de modo a importar e exportar os registros entre as abas já existentes nos prontuários eletrônicos das crianças da UP. Este formulário deverá ser impresso e entregue para a família da criança na sua alta hospitalar, como

subsídio de contra-referência.

Ao mesmo tempo, será incluída máscara do documento Prescrições de Enfermagem para Cuidado Integral no Domicílio (Apêndice 3), a ser preenchida, impressa e entregue para a família da criança na sua alta hospitalar.

Acrescenta-se que este documento técnico, elaborado também como produto desta pesquisa, será disponibilizado como *e-book* no site da instituição, com acesso livre aos usuários.

Apêndice 1

HOSPITAL ESTADUAL BAURU “Dr. Arnaldo Prado Curvêllo” UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

FLUXOGRAMA DA ALTA HOSPITALAR PEDIÁTRICA PAPEL DO ENFERMEIRO

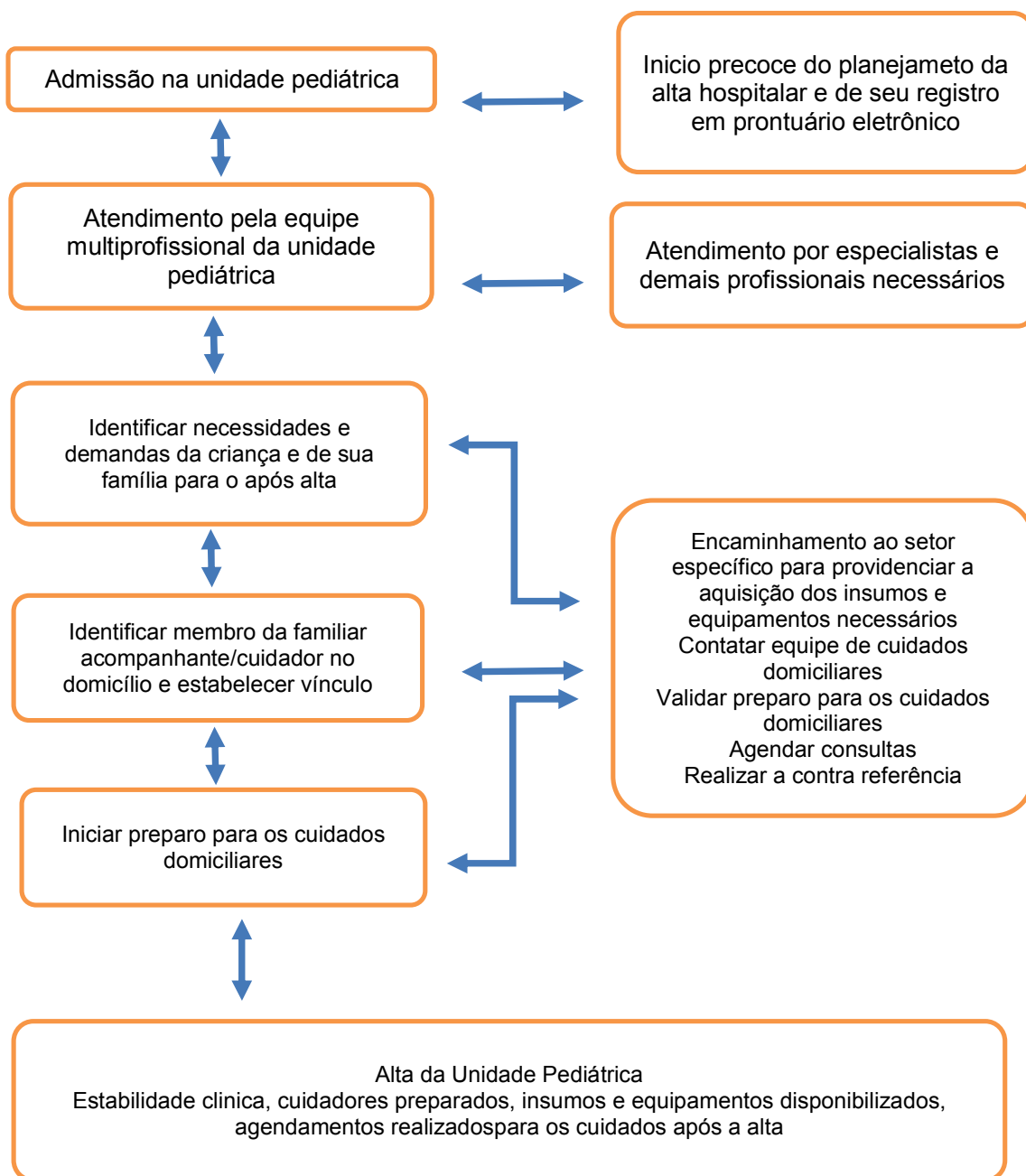


Figura 2 - Fluxograma da alta hospitalar pediátrica: papel do enfermeiro.

Elaborado com base em HC-UFTM/Ebserh (2018)

PLANO DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR PEDIÁTRICA**Identificação**

Unidade de internação:

Nome da criança:

Leito:

Registro hospitalar:

Data de nascimento ____/____/____

Sexo: M () F ()

Endereço completo:

Acompanhamento de puericultura (Público ou Privado)

Local:

Nome do enfermeiro responsável:

Contato telefônico:

E-mail:

Outro(s) serviço(s) de saúde que frequenta:

Local:

Nome do enfermeiro responsável:

Contato telefônico:

E-mail:

Internação Hospitalar Prévia

() Não () Sim:

Data: ____/____/____

Idade:

Diagnóstico médico:

Local: () HEB Unidade de internação: () Outro: Unidade de internação:

Recomendações feitas na alta:

Nome completo e COREN do responsável pelo procedimento

Admissão

Data: ____/____/____

Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Idade da criança:

Nome do acompanhante

Grau de Parentesco () Mãe () Pai () Outro(Quem):

Anotações sobre condições de admissão:

Mobilidade: () Colo () Deambulando () maca ou cadeira de rodas

Presença de lesões: () Não () Sim (Descrever):

Nível de consciência: () Alerta () Sonolência ou letargia () Obnubilação () Coma

Medicações em uso: () Não () Sim (Descrever):

Situação vacinal () Sem cartão de vacinas () Atualizada () Atraso (Descrever)

Presença de dispositivos: () Não () Sim (Descrever):

Condições de higiene: () Adequadas () Inadequadas (Descrever):

Recebimento de pertences e valores da família () Não se aplica () Não () Sim (Descrever):

Identificação: Pulseira () Sim () Não Placa leito () Sim () Não

Diagnóstico(s) de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Intervenções de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Anotações de enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Nome completo e COREN do responsável pelo procedimento

Observações para alta (Repetir quantas vezes forem necessárias)

Data: ____/____/____

Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Nome do acompanhante:

Grau de Parentesco () Mãe () Pai () Outro (Quem):

Diagnóstico(s) de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Intervenções de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Anotações de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Nome completo e COREn do responsável pelo procedimento

Alta:

Tipo de alta: () Médica () Administrativa () A pedido da família

Data de saída: ____/____/____ Horário de saída:

Diagnóstico(s) Médico(s):

Nome do acompanhante na saída:

Grau de Parentesco () Mãe () Pai () Outro (Quem):

Anotações sobre condições de saída:

Mobilidade: () Colo () Deambulando () maca ou cadeira de rodas

Presença de lesões: () Não () Sim (Descrever):

Nível de consciência: () Alerta () Sonolência ou letargia () Obnubilação () Coma

Medicações em uso: () Não () Sim (Descrever):

Presença de dispositivos: () Não () Sim (Descrever):

Entrega do rol de pertences e valores à família () Não se aplica () Não () Sim (Descrever):

Transporte para o domicílio: () HEB () Própria família () Outra instituição (Descrever):

Diagnóstico(s) de Enfermagem:

Intervenções de Enfermagem (cuidados e orientações realizados):

Anotações de enfermagem:

Entrega das prescrições de enfermagem para o cuidado integral no domicílio () Não () Sim

Nome completo e COREn do responsável pelo procedimento

Contato para seguimento por serviço de saúde no após alta (Repetir para cada serviço):

Data: ____/____/____

Local:

Endereço completo:

Telefone:

E-mail:

Nome do profissional contatado:

Categoria profissional do contatado:

Informações recebidas:

Informações fornecidas:

Nome completo e COREn do responsável pelo procedimento

Contato para seguimento por outro serviço no após alta (Repetir para cada serviço):

Data: ____/____/____

Local:

Endereço completo:

Telefone:

E-mail:

Nome do profissional contatado:

Categoria profissional do contatado:

Informações recebidas:

Informações fornecidas:

Nome completo e COREn do responsável pelo procedimento

Apêndice 2

HOSPITAL ESTADUAL BAURU “Dr. Arnaldo Prado Curvêllo” UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

PLANO DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR PEDIÁTRICA

Identificação

Unidade de internação:

Nome da criança:

Leito:

Registro hospitalar:

Data de nascimento ____/____/____

Sexo: M () F ()

Endereço completo:

Acompanhamento de puericultura (Público ou Privado)

Local:

Nome do enfermeiro responsável:

Contato telefônico:

E-mail:

Outro(s) serviço(s) de saúde que frequenta:

Local:

Nome do enfermeiro responsável:

Contato telefônico:

E-mail:

Internação Hospitalar Prévia

() Não () Sim:

Data: ____/____/____

Idade:

Diagnóstico médico:

Local: () HEB Unidade de internação: () Outro: Unidade de internação:

Recomendações feitas na alta:

Nome completo e COREN do responsável pelo procedimento

Admissão

Data: ____/____/____

Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Idade da criança:

Nome do acompanhante

Grau de Parentesco () Mãe () Pai () Outro(Quem):

Anotações sobre condições de admissão:

Mobilidade: () Colo () Deambulando () maca ou cadeira de rodas

Presença de lesões: () Não () Sim (Descrever):

Nível de consciência: () Alerta () Sonolência ou letargia () Obnubilação () Coma

Medicações em uso: () Não () Sim (Descrever):

Situação vacinal () Sem cartão de vacinas () Atualizada () Atraso (Descrever)

Presença de dispositivos: () Não () Sim (Descrever):

Condições de higiene: () Adequadas () Inadequadas (Descrever):

Recebimento de pertences e valores da família () Não se aplica () Não () Sim (Descrever):

Identificação: Pulseira () Sim () Não Placa leito () Sim () Não

Diagnóstico(s) de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Intervenções de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Anotações de enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Nome completo e COREN do responsável pelo procedimento

Observações para alta (Repetir quantas vezes forem necessárias)

Data: ____/____/____

Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Nome do acompanhante:

Grau de Parentesco () Mãe () Pai () Outro(Quem):

Diagnóstico(s) de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Intervenções de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Anotações de Enfermagem (Relevantes para cuidados após a alta):

Nome completo e COREn do responsável pelo procedimento

Alta:

Tipo de alta: () Médica () Administrativa () A pedido da família

Data de saída: ____/____/____ Horário de saída:

Diagnóstico(s) Médico(s):

Nome do acompanhante na saída:

Grau de Parentesco () Mãe () Pai () Outro (Quem):

Anotações sobre condições de saída:

Mobilidade: () Colo () Deambulando () maca ou cadeira de rodas

Presença de lesões: () Não () Sim (Descrever):

Nível de consciência: () Alerta () Sonolência ou letargia () Obnubilação () Coma

Medicações em uso: () Não () Sim (Descrever):

Presença de dispositivos: () Não () Sim (Descrever):

Entrega do rol de pertences e valores à família () Não se aplica () Não () Sim (Descrever):

Transporte para o domicílio: () HEB () Própria família () Outra instituição (Descrever):

Diagnóstico(s) de Enfermagem:

Intervenções de Enfermagem (cuidados e orientações realizados):

Anotações de enfermagem:

Entrega das prescrições de enfermagem para o cuidado integral no domicílio () Não () Sim

Nome completo e COREn do responsável pelo procedimento

Contato para seguimento por serviço de saúde no após alta (Repetir para cada serviço):

Data: ____/____/____

Local:

Endereço completo:

Telefone:

E-mail:

Nome do profissional contatado:

Categoria profissional do contatado:

Informações recebidas:

Informações fornecidas:

Nome completo e COREn do responsável pelo procedimento

Contato para seguimento por outro serviço no após alta (Repetir para cada serviço):

Data: ____/____/____

Local:

Endereço completo:

Telefone:

E-mail:

Nome do profissional contatado:

Categoria profissional do contatado:

Informações recebidas:

Informações fornecidas:

Nome completo e COREn do responsável pelo procedimento

Apêndice 3**HOSPITAL ESTADUAL BAURU
“Dr. Arnaldo Prado Curvêllo”****UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA****PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CUIDADO INTEGRAL NO DOMICÍLIO**

Nome da criança:

Data: ____/____/____

Prescrições de Enfermagem:

Enfermeiro Responsável
COREn - SP

Anexo 1 - Formulário já existente na instituição relacionados ao processo de alta hospitalar

e-pront

Registro: Nome: Idade: Cor / Raça: Data de internação: Enfermeira: Leito:

Fechar

Ferramentas

Novo Modelo

Novo Resumo

Modelos

Resumo Saída - ALTA

Resumo Saída - OBITO

Editar Modelo

Excluir Modelo

1. DATA DE INTERNAÇÃO: <DATA_INTERNACAO>

2. TIPO DE SAÍDA: <MOTIVO_SAIDA>

3. DATA DE SAÍDA: ____/____/2019

4. DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: <CID_AIH>

5. DIAGNÓSTICO DE SAÍDA: <CID_ULTIMA_EVO>

6

7

8 |

9. ORIENTAÇÕES:

Pressione F2 para inserir dados pré-definidos

Ambulatório Prescrição Evolução Intercorrência Interconsulta Resumo Saída Emerg./ADH LME Plano Ter

e-pront Resumo Clínico Médica Exames Cirurgias Assistencial Oncologia Hemodiálise Autorizações Consulta

Anexo 2 - Formulário já existente na instituição relacionados ao processo de alta hospitalar



Hospital Estadual de Bauru Resumo de Saída (Informe de Atendimento)

Pag. 1 de 2

Registro:

Sexo:

Nome Social/Afetivo:

Idade:

Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

1. DATA DE INTERNAÇÃO: 06/06/2019 16:56

2. TIPO DE SAÍDA: Alta Médica

3. DATA DE SAÍDA: __08__/_06__/_2019

4. DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

Diag. Principal: D162 - OSSOS LONGOS DOS MEMBROS INFER

Diag. Secundário: D169 - OSSO E CARTILAGEM ARTICULAR NE

5. DIAGNÓSTICO DE SAÍDA:

Diag. Principal: Z000 - EXAME MEDICO GERAL

Diag. Secundário: Z008 - OUTR EXAMES GERAIS

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS-ALTA

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.
- F.

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a literatura analisada, durante todo período de internação, o vínculo criado entre a enfermagem, criança e a família são de extrema importância para que essa última possa dar a continuidade do tratamento após alta, estando subsidiada com conhecimentos teóricos e práticos sobre os cuidados que foram fornecidos e os que terão que ser desenvolvidos no futuro, no contexto domiciliar.

Na revisão integrativa de literatura realizada, verificou-se que o planejamento da alta pelo enfermeiro constitui medida a ser iniciada desde o momento da admissão hospitalar, de forma integralizada aos demais cuidados de enfermagem e da equipe multiprofissional, devendo-se contemplar aspectos situacionais pregressos e futuros da internação hospitalar. Como parte desse planejamento, o preparo dos familiares quanto aos cuidados necessários à recuperação e à promoção da saúde da criança egressa de internação hospitalar, revelou-se como estratégia fundamental da segurança infantil, devendo estar baseado em evidências científicas e referenciais teóricos e metodológicos pertinentes, evitando assim riscos e danos à criança. Ainda nessa revisão, foi encontrado somente um estudo que abordou a integração de serviços de saúde como possibilidade para otimizar a promoção da continuidade dos cuidados infantis, após a alta hospitalar. Esse achado revela a importância de se desenvolver novas pesquisas que tomem essa dimensão da integralidade em saúde, apoiada no trabalho em rede de atenção à saúde de crianças e suas famílias.

O estudo de cunho qualitativo estudo permitiu apreender as perspectivas de um grupo de enfermeiras que prestam cuidados a crianças internadas sobre o planejamento de alta hospitalar, revelando concepções próximas ao proposto por entidades de classe da enfermagem brasileira e literatura nacional e internacional sobre a temática, mesmo com a falta de diferenciação entre os conceitos de sistematização da assistência de enfermagem, processo de enfermagem e roteiro de registros de práticas de enfermagem. Contudo, as experiências retratadas revelaram que ainda existem desafios institucionais a serem transpostos para a realização da sistematização da assistência de enfermagem, do processo de enfermagem e do planejamento da alta hospitalar no cotidiano do trabalho desenvolvido na unidade de internação onde atuam.

Pela identificação dos registros sobre a sistematização da assistência de enfermagem, incluindo o processo de enfermagem, contidos nos prontuários

eletrônicos das crianças egressas de internação pediátrica, pode-se observar que as enfermeiras centram seus cuidados, principalmente, em problemas de saúde física das crianças, tanto na admissão quanto na alta hospitalar. Ao mesmo tempo, foi possível constatar a pouca valorização de registros sobre intervenções relacionadas à alta hospitalar, que não fossem os já prescritos por médico, distanciando-se do preconizado para a integralidade e qualidade dos cuidados a serem prestados nos domicílios. Tais achados reforçam a premência de, institucionalmente, analisar criticamente e reestruturar o processo de trabalho do enfermeiro, no que se refere à sistematização da assistência pediátrica, com enfoque especial ao papel desse profissional no planejamento da alta das crianças internadas.

Considerando esses achados, como objetivado, foi possível elaborar a proposta da implementação da tecnologia informatizada a ser empregada no planejamento da alta hospitalar pediátrica, a partir da sistematização da assistência de enfermagem, com vistas a promover a participação ativa da família e a articulação dos serviços de saúde para a consecução dos cuidados integrais à saúde das crianças. Os achados desta pesquisa apoiam a importância da valorização institucional do processo de trabalho do enfermeiro, junto à equipe de saúde, com especial atenção à estruturação e desenvolvimento do planejamento da alta hospitalar pediátrica por esse profissional.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Brasil. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.

Brasil. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar [Internet]. Brasília; 2013 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. 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 dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.COREN-SP; 2015.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP-CAT 023/2010 [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2010 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf.

Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. CiêncCuid Saúde. 2011;10(4):861-5.

Cruz CT, Zamberlan KC, Silveira A, Buboltz FL, Silva JH, Neves ET. Atenção à criança com necessidades especiais de cuidados contínuos e complexos: percepção da enfermagem.REME Rev Min Enferm [Internet]. 2017 [citado 21 Jun 2018];21:e1005. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170015>

Dell'Acqua MCQ. Processo de Enfermagem como padrão geral da prática. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015. p. 11-24.

Facio BC, Matsuda LM, Higarashi IH. Internação conjunta pediátrica: compreendendo a negociação enfermeiro-acompanhante RevEletrônEnferm. 2013;15(2):447-53.

Garcia TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. Esc Anna Nery. 2016;20(1):5-10.

Gomes GC, Oliveira PK. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):165-71.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFTM/Ebserh). Protocolo Assistencial Multiprofissional (PAM). Alta Responsável do Paciente Pediátrico., 2018. 36p. [citado 06 jun 2019]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documentos/1477/0>.

Hospital Estadual de Bauru [Homepage]. Bauru; 2017 [citado 22 Maio 2017]. Disponível em: <http://www.heb.bauru.unesp.br>.

Instituto Brasileiro para excelência em Saúde. IBSES. O papel do enfermeiro no plano de alta do paciente. 2017. [citado 06 jun 2019]. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/o-papel-enfermeiro-no-plano-de-alta-paciente/#>

Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad. Saúde Pública, 2016;32(8):e00183415. [citado 06 jun 2019]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000803001&lng=pt&tlng=pt

Lima KYN, Barros AG, Costa TD, Santos VEP, Vitor AF, Lira ALBC. Atividade lúdica como ferramenta para o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizadas. REME Rev Min Enferm. 2014;18(3):741-6.

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

Marinelli NP, Silva ARA, Silva DNO. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação. RevEnferm Contemp. 2015;4(2):254-63.

Nóbrega MML, Garcia TR, Chianca TCM, Almeida MA. Estruturada CIPE®, da NANDA, da NIC e da NOC. In: Garcia RG, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 157-71.

- Pacheco ST, Rodrigues BMRD, Dionisio MCR, Machado ACC, Coutinho KA, Gomes APRG. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. *RevEnferm UERJ*. 2013;21(1):106-12.
- Rumor PCF, Boehs AE. O impacto da hospitalização infantil nas rotinas das famílias monoparentais. *RevEletrônEnferm*. 2013;15(4):1007-15.
- Santos L, Oliveira L, Monte Fusco S, Barbosa M. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em famílias de crianças hospitalizadas. *RevEnferm UERJ*. 2016;24(4):e8253.
- Silva RVGO, Ramos FRS. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2011b [citado 21 Jun 2018];32(2):309-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200014>.
- Silva RVGO, Ramos FRS. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2011a;20(2):247-54 [citado 21 Jun 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200005>.
- Silva PJ, Garanhani LM, Peres MA. Sistematização da assistência de enfermagem na graduação: um olhar sob o pensamento complexo. *RevLatAm Enfermagem*. 2015;23(1):59-66. doi: 10.1590/0104-1169.0096.2525.
- Soares CBS, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45.
- Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, Peres AM, Lacerda MR. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. *RevBrasEnferm [Internet]*. 2017 [citado 21 Jun 2018];70(3):504-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>.
- Torquato IM, Collet N, Dantas MS, Jonas MF, Trigueiro JS, Nogueira MF. Assistência humanizada à criança hospitalizada. *RevEnferm UFPE online*. 2013;7(9):5541-9.
- Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo SA, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *RevBrasEnferm*. 2009;62(2):221-7.
- Vieira MM, Whitaker MCO. Ocuidado à criança após a alta hospitalar. *RevBras Saúde Func*. 2016;1(3):1-11.

Xavier DM, Gomes GC, Barlem ELD, Erdmann AL. A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança. *RevBrasEnferm.* 2013;66(6):866-72.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Formulário para coleta de dados dos prontuários

Registro HEB da Criança: **Iniciais do Nome da Criança:** **Unique Key:**

A–Dados relacionados ao nascimento da criança:

- 1 Data de Nascimento:
- 2 Sexo: ()Feminino ()Masculino
- 3 Peso ao nascer (gramas): Idade gestacional ao nascer (semanas):
- 4 Acompanhante admissão: ()Mãe ()Pai ()Outro:
- 5 Acompanhante alta: ()Mãe ()Pai ()Outro:
- 6 Idade materna (anos):
- 7 Bairro de residência:
- 8 Frequência de serviços de saúde de atenção primária/puericultura ()Não ()Sim. Se sim, qual?

B–Dados relacionados à última internação da criança em 2017:

- 9 Data da internação:
- 10 Data da alta hospitalar:
- 11 Diagnóstico médico de internação:
- 12 Diagnóstico médico de alta hospitalar:

C – Dados relacionados à SAE na admissão na UP

- 13 Anamnese: ()Não
 ()Sim: cuidador principal
 ()Sim: alimentação
 ()Sim: hidratação
 ()Sim: sono e repouso
 ()Sim: estimulação/recreação
 ()Sim: uso de objetos significativos
 ()Sim: hábitos de higiene corporal
 ()Sim: hábitos de higiene bucal
 ()Sim: estrutura familiar
 ()Sim: vínculo a serviço de puericultura
 ()Sim: vínculo à instituição de educação infantil
 ()Sim: imunização
 ()Sim: uso de medicações/suplementos alimentares
 ()Sim: exames laboratoriais/imagem realizados desde a última consulta clínica
 ()Sim: antecedentes morbidos
 ()Sim: utilização de ambulatório especializado
 ()Sim: internação hospitalar prévia em outro serviço
 ()Sim: utilização de outros equipamentos sociais
 ()Sim: problemas com a criança
 ()Sim: dúvidas maternas
 ()Sim: outras questões
- 14 Exame físico: ()Não
 ()Sim: peso (quilos e gramas)
 ()Sim: estatura (cm)
 ()Sim: sinais vitais – problemas levantados:
 ()Sim: segmentos corporais – problemas levantados:
- 15 Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor: ()Não

() Sim – problemas levantados:

16 Diagnóstico(s)/Avaliação de Enfermagem () Não

() Sim: qual(is):

17 Intervenções de Enfermagem: () Não

() Sim: qual(is):

18 Resultados de Enfermagem: () Não

() Sim: qual(is):

D – Dados relacionados à SAE na alta UP

19 Diagnóstico(s)/Avaliação de Enfermagem () Não

() Sim: qual(is):

20 Intervenções de Enfermagem: () Não

() Sim: orientações sobre alimentação

() Sim: orientações sobre hidratação

() Sim: orientações sobre sono e repouso

() Sim: orientações sobre estimulação/recreação

() Sim: orientações sobre higiene corporal

() Sim: orientações sobre higiene bucal

() Sim: imunização a ser realizada

() Sim: medicações/suplementos alimentares a serem administrados

() Sim: exames laboratoriais/imagem a serem realizados

() Sim: outros cuidados complementares à prescrição médica

() Sim: recomendações ao serviço de puericultura () Ao acompanhante () Ao serviço

() Sim: recomendações ao ambulatório especializado () Não se aplica () Ao acompanhante () Ao serviço

() Sim: recomendações à instituição de educação infantil () Não se aplica () Ao acompanhante () Ao serviço

() Sim: orientações sobre utilização de outros equipamentos sociais

() Sim: esclarecimentos de outras dúvidas maternas

() Sim: outras intervenções

21 Prescrições de Enfermagem () Não () Sim

Se sim, qual(is):

22 Resultados de Enfermagem: () Não

() Sim: qual(is):

E – Outros dados/observações importantes para estabelecer plano de alta hospitalar:

Apêndice 2-Roteiro para entrevista com os enfermeiros

Dados de Identificação:

NúmerodaEntrevista:_____

Data da entrevista: /_____/Horário: Início: ____ Término: ____ Duração: _____

Idade:

Sexo

Tempo de atuação no atual local de trabalho:

Quanto tempo se passou desde a graduação em enfermagem:

Instituição onde se graduou:

Curso(s) de Pós-graduação:

Instituição(ões) onde se pós-graduou:

Houve formação para realizar a sistematização da assistência de enfermagem em unidades de internação pediátrica na graduação?

Houve formação para realizar a sistematização da assistência de enfermagem em unidades de internação pediátrica na pós-graduação?

Houve formação para realizar a sistematização da assistência de enfermagem em unidades de internação pediátrica em instituições de saúde?

Questões norteadoras

1. Para você o que é sistematização da assistência de enfermagem?
2. Conte-me sobre sua experiência com a sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação pediátrica.
3. No contexto da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação pediátrica, como o enfermeiro deverá realizar o planejamento da alta hospitalar? Se não entender perguntar: Quais aspectos importantes a serem levados em consideração pelo enfermeiro no planejamento da alta hospitalar pediátrica?
4. Para você quais aspectos deveriam ser incluídos em um roteiro de alta hospitalar pediátrica, implementado pelo enfermeiro.
5. Gostaria de falar algo mais sobre o tema aqui abordado?

Apêndice3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O/A Sr(a)foiselecionado(a)eestásendoconvidado(a)paraparticipardapesquisa intitulada “Cuidado integral à saúde da criança e sua família: tecnologia de apoio ao planejamento da alta hospitalar” que tem como objetivo geral elaborar proposta informatizada de plano de alta a crianças internadas em hospital geral público, visando a continuidade dos cuidados prestados. Este é um estudo com uma abordagem qualitativa e, caso aceiteparticipardamesma,gostariaquesoubessequeosdadosserãoobtidos por meio de entrevista, com duração de aproximadamente trinta minutos. As falas serão gravadas, e depois de transcritas, sendo que o conteúdo gravado será excluído após a transcrição. Quando terminar a análise dos dados, os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos e poderão ser apresentados em encontros científicos e publicados em revistas. Porém, a identidade dos entrevistados será preservada em todos os momentos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora oucoma instituiçãoaqualtrabalha.O/A Sr(a)nãoteránenhumcusto ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participaçãoserá deaumentaroconhecimentocientíficoparaaáreadeSaúde da Criança e possivelmente melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado na alta hospitalar pediátrica. Sr(a) receberá uma cópia deste termo ondeconsta o número docelular/e-mailda pesquisadora responsável edesuaorientadora, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Este documento após aprovação do CEP será elaborado em duas vias,sendoumaentregueao participante dapesquisaeoutramantidaem arquivo pela pesquisadora. Desde já agradeço!

Bauru,_____de_____de2018.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento,semsofrerqualquerpuniçãoouconstrangimento.

Participante da pesquisa

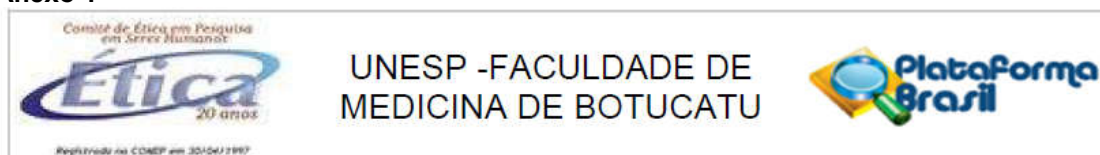
Elaine Garcia de Oliveira¹Profa. Dra.VeraLuciaPamplonaTonete²
PesquisadoraOrientadora
Telefone para contato do CEP: 3880-1608/3880-1609

¹Rua Dante Gigo, 8-60. Cep 17032-490. Bauru. São Paulo.Tel (014)997009192. Email: elainegarcia_2007@yahoo.com.br

²RuaGeneralTelles,1396,apto.121,Centro.Cep18.602-120. Botucatu. São Paulo Tel. (14)38821842. E-mail: vera.tonete@unesp.br

ANEXOS

Anexo 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidados integrais de enfermagem a criança e sua família: instrumento de apoio ao planejamento da alta hospitalar

Pesquisador: ELAINE GARCIA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96279518.4.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.886.137

Apresentação do Projeto:

Pesquisa composta por quatro estudos: revisão integrativa da literatura científica sobre cuidados integrais de enfermagem a crianças hospitalizadas e respectivos planos de alta hospitalar; estudo observacional e transversal, sobre anotações, diagnósticos e intervenções de enfermagem de alta hospitalar contidos em prontuários de amostra probabilística de crianças de 0 a 24 meses de idade internadas de janeiro a dezembro de 2017 na unidade de internação pediátrica do Hospital Estadual de Bauru (HEB); estudo exploratório, de abordagem qualitativa, sobre a experiência de enfermeiros em relação aos cuidados às crianças hospitalizadas e respectivos planos de alta hospitalar e um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, sobre a percepção de mães/participantes quanto aos cuidados prestados aos seus filhos, incluindo as expectativas sobre a alta hospitalar. Para os estudos qualitativos, os participantes serão selecionados intencionalmente entre o grupo de enfermeiros gerentes e assistenciais envolvidos com os cuidados de enfermagem pediátrica na referida unidade e o grupo de mães/responsáveis por crianças internadas no segundo semestre de 2018. Será realizada entrevista gravada e depois transcrita com enfermeiros e os responsáveis pelas crianças que aceitarem participar do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar proposta informatizada de plano de alta a crianças internadas em hospital geral público, visando a continuidade dos cuidados prestados.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

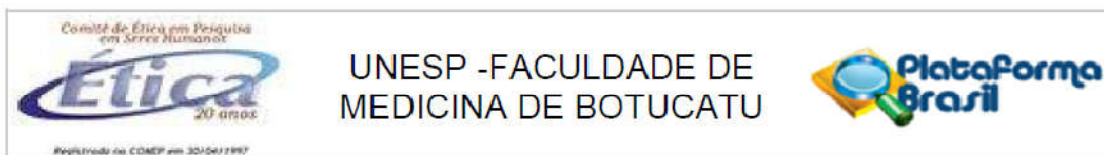
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.886.137

Objetivos específicos:

Identificar na literatura científica nacional e internacional publicada a partir de 2013, evidências da inserção dos preceitos da integralidade da atenção à saúde infantil em planos de alta de unidades de internação hospitalar pediátrica; levantar anotações, diagnósticos e intervenções de enfermagem de alta hospitalar elaborados por enfermeiros da unidade de internação pediátrica, no período de janeiro a dezembro de 2017; descrever a experiência desses enfermeiros, em relação aos cuidados na alta de crianças hospitalizadas; apreender as percepções e expectativas de mães/responsáveis de crianças internadas quanto aos cuidados de enfermagem e a alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos diretos quanto à participação neste estudo uma vez que não se trata de estudo com intervenção. O único risco inerente à pesquisa é a perda acidental do sigilo dos dados, o qual é garantido no TCLE.

Benefícios: aumentar o conhecimento científico para a área de Saúde da Criança e possivelmente melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado na alta hospitalar pediátrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O TCLE (para participação de enfermeiros e responsáveis pelas crianças que responderão à entrevista) não tem o endereço do CEP de Botucatu ou horário de funcionamento, apenas os telefones. Os autores pedem dispensa do TCLE para obtenção dos dados retrospectivos dos prontuários das crianças internadas em 2017 justificando que, devido ao tempo transcorrido entre o registro das informações e a época da coleta dos dados desta pesquisa, isso dificultaria a localização desses indivíduos. Além disso, a ficha para a coleta dos dados retrospectivos não tem a identificação da criança ou do responsável, de modo que não há exposição individual. Considero que justifica-se a dispensa do TCLE neste caso.

Foi apresentado cronograma com início da coleta de dados em 06/09/2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram apresentados os documentos obrigatórios conforme segue: folha de rosto adequadamente preenchida e assinada pelo diretor da instituição proponente (FMB – UNESP), anuência do Escritório de Apoio à Pesquisa, tendo cumprido o fluxo institucional de pesquisas do HCFMB, termo de anuência da instituição

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

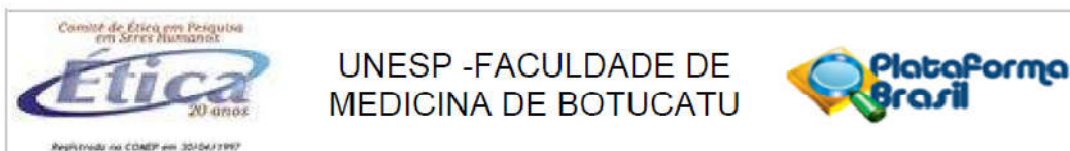
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.886.137

onde será realizada a pesquisa (HEB) assinado pelo Presidente, informações básicas e projeto de pesquisa. O TCLE foi elaborado na forma de convite, porém O TCLE não tem o endereço do CEP de Botucatu ou horário de funcionamento, apenas os telefones.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 03 de setembro de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem (com) necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TCLE_alterado.docx	11/09/2018 11:25:42	SILVANA ANDREA MOLINA LIMA	Aceito
Outros	declaracao_bauru.pdf	20/08/2018 16:00:59	GRAZIELA NOGUEIRA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1178593.pdf	10/08/2018 08:13:34		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/08/2018 11:17:58	ELAINE GARCIA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimento.docx	17/07/2018 16:29:22	ELAINE GARCIA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCERTO.pdf	17/07/2018 15:43:31	ELAINE GARCIA DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.886.137

Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	17/07/2018 15:36:22	ELAINE GARCIA DE OLIVEIRA	Aceito
--	-----------------------------------	------------------------	---------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 11 de Setembro de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)