

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS COM SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS: UM ESTUDO DESCRITIVO

NURSING DIAGNOSIS IN CHILDREN WITH SIGNS AND SYMPTOMS OF ASTHMA: A DESCRIPTION STUDY

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Karla Larissa Matoso Chagas¹, Luisa Helena de Oliveira Lima², Edina Araújo Rodrigues Oliveira³, Givaneide Oliveira de Andrade Luz⁴

As doenças respiratórias são muito comuns na infância. A asma merece destaque por ser a principal doença crônica na infância e sua sintomatologia gera sofrimento aos seus portadores e familiares. O estudo teve como objetivo analisar os diagnósticos de Enfermagem presentes em crianças com sinais e sintomas respiratórios no município de Quixadá-CE, Brasil. Pesquisa descritiva, do tipo transversal, realizada com 30 crianças em internamento hospitalar. Os dados foram coletados entre março e abril de 2009. As crianças avaliadas apresentaram 13 diagnósticos de enfermagem, sendo identificadas 41 características definidoras, 23 fatores relacionados e 19 fatores de risco. O diagnóstico de enfermagem mais prevalente foi desobstrução ineficaz das vias aéreas (96,7%), seguido de padrão respiratório ineficaz (80%) e risco de infecção (63,3%). É importante que os enfermeiros que prestam assistência às crianças com doenças respiratórias possam direcionar suas intervenções para os diagnósticos de maior frequência aqui apresentados.

Descritores: Sinais e Sintomas; Respiração; Diagnóstico de Enfermagem; Criança.

The respiratory diseases are very common in childhood. The chronic asthma earns eminence for being the principal chronic disease in childhood and their symptoms generate suffering to patients and their families. The study aimed to analyze the nursing diagnosis present in children with respiratory signs and symptoms in Quixadá-CE, Brazil. This work was a descriptive and transversal research, accomplished with 30 children who were at hospital internment. Data were collected between March and April 2009. The evaluated children showed 13 nursing diagnosis, been identified 41 defining characteristics, 23 related factors and 19 risk factors. The most prevalent nursing diagnosis was ineffective airway clearance (100.0%), followed by ineffective breathing pattern (80%) and risk of infection (66.7%). It is important that nurses who look after children with respiratory diseases can direct their interventions to the diagnosis which are more frequently reported here.

Descriptors: Signs and Symptoms; Respiration; Nursing diagnosis; Child.

Las enfermedades respiratorias son muy comunes en la infancia. El asma se pone de relieve por ser la principal enfermedad crónica en la infancia y sus síntomas generan sufrimiento a sus portadores y familiares. El objetivo del estudio fue analizar los diagnósticos de enfermería presentes en niños con signos y síntomas respiratorios en el municipio de Quixadá-CE, Brasil. Investigación descriptiva, transversal realizada con 30 niños internados en el hospital. Los datos fueron recolectados entre marzo y abril de 2009. Los niños evaluados presentaron 13 diagnósticos de enfermería, se identificaron 41 características definidoras, 23 factores relacionados y 19 factores de riesgo. El diagnóstico de enfermería más frecuente fue desobstrucción ineficaz de las vías aéreas (96,7%), seguido por patrón respiratorio ineficaz (80%) y el riesgo de infección (63,3%). Es importante que los enfermeros que atienden a niños con enfermedades respiratorias puedan enfocar sus intervenciones hacia los diagnósticos presentados aquí con mayor frecuencia.

Descritores: Signos y Síntomas; Respiración; Diagnóstico de enfermería; Niño.

¹ Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do Município de Russas — CE, Brasil. E-mail: larinhamatoso@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí — UFPI, Pesquisadora do Grupo de Saúde Coletiva da UFPI — GPESC, Brasil. E-mail: luisahelena_lima@yahoo.com.br.

³ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí — UFPI, Pesquisadora do GPESC, Brasil. E-mail: edinasam@bol.com.br.

⁴ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí — UFPI, Pesquisadora do GPESC, Brasil. E-mail: givaluz@bol.com.br.

Autor correspondente: Luisa Helena de Oliveira Lima

Rua Zuza Lino, nº 1239 — AP. 01 — Canto da Várzea, CEP 64.600-000, Picos, PI, Brasil. E-mail: luisahelena_lima@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A asma é considerada a principal doença crônica na infância e sua sintomatologia gera sofrimento aos seus portadores e familiares, especialmente em crianças, visto que a tríade sintomática (tosse, dispnéia e sibilos) causa limitação de suas atividades.

É uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas⁽¹⁾.

A asma, assim como outras doenças alérgicas, vem apresentando aumento em sua prevalência e gravidade, em vários países na última década. Este aumento da prevalência das doenças alérgicas, ainda não totalmente esclarecido, tem encorajado um grande número de estudos epidemiológicos, que descrevem os padrões de doenças em uma determinada população, definem características e comportamentos de pessoas de risco, além de identificarem os fatores de risco, sugerindo, quando possível, possibilidades para prevenção⁽²⁾.

Em um estudo realizado sobre a prevalência de asma e fatores de risco em escolares da cidade de São Paulo⁽³⁾, os fatores de risco significativamente associados à asma foram: sexo masculino (OR=2,4; IC 95%: 1,4;4,2), mãe fumante no primeiro ano de vida (OR=2,0; IC 95%: 1,1;3,8), presença de eczema em locais característicos (OR=3,0; IC 95%:1,2; 7,6) e rinoconjuntivite (OR=2,4; IC 95%: 1,2; 4,8).

No Brasil, anualmente, ocorrem cerca de 200.000 internações por asma, constituindo-se na quarta causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (1,9% do total no ano de 2010) e sendo a terceira causa de hospitalizações entre crianças e adultos jovens. Deste total, quase 46% das internações ocorreram somente na região nordeste. Em 2010, os custos do Sistema Único de Saúde com internações por asma foram de 103 milhões de reais, 1,3% do gasto total anual com internações e o terceiro maior valor gasto com uma única doença. No Ceará, em 2010, foram registradas 9.786 internações por asma⁽⁴⁾.

As hospitalizações de crianças asmáticas constituem desafio para a saúde pública mundial e configuram como segunda causa de hospitalização infantil nos países desenvolvidos, assim como no Brasil, perdendo apenas para a pneumonia. Considera-se que muitas dessas hospitalizações poderiam ser evitadas por abordagens terapêuticas profiláticas⁽³⁾.

As avaliações brasileiras demonstraram que os gastos do sistema público de saúde com asma corresponderam a terceira maior causa de desembolso. As hospitalizações representaram 44% desse gasto (US\$ 35 milhões), sem contar as visitas aos serviços de urgência. É um alto custo socioeconômico para um país em desenvolvimento, onde grande parte da população precisa dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O enfermeiro tem papel fundamental na internação hospitalar dessas crianças, especialmente pela utilização do processo de enfermagem na sua assistência.

O processo de cuidar em enfermagem, ou processo de enfermagem, entendido como um instrumento metodológico que possibilita o enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como sua clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem⁽⁵⁾.

O processo de enfermagem possui cinco etapas inter-relacionadas: Investigação (coleta de dados), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação, e referem-se a tratar de uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem⁽⁶⁾.

Diante do exposto, surgiu a necessidade de realizar um estudo cuidadoso e crítico sobre diagnósticos de enfermagem mais frequentes em crianças hospitalizadas com sinais e sintomas respiratórios.

Nesta perspectiva, é de extrema importância a realização desse estudo para que por meio da identificação dos diagnósticos de Enfermagem, sejam levantados os fatores relacionados e, assim, o enfermeiro possa prestar uma assistência cientificamente embasada, individualizada e holística.

Foi realizado um levantamento dos trabalhos publicados em periódicos indexados em bases de dados informatizadas e pôde-se perceber que ainda é incipiente o número de pesquisas que enfocam diagnóstico de enfermagem em crianças asmáticas, o que reforça a importância deste trabalho. Apenas 3 trabalhos foram encontrados: Indicadores clínicos de padrão respiratório ineficaz

em crianças com asma⁽⁷⁾; Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas e padrão respiratório ineficaz em crianças asmáticas⁽⁸⁾; e Excesso de volume de líquidos pulmonares: definição e características definidoras⁽⁹⁾.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar os diagnósticos de enfermagem presentes em crianças com sinais e sintomas respiratórios no município de Quixadá-Ceará.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de natureza descritiva do tipo transversal, realizado em um hospital privado do município de Quixadá.

A população deste estudo foi de 41 crianças com sinais e sintomas respiratórios em internamento na clínica pediátrica deste hospital, referência em pediatria no Sertão Central. Este valor foi encontrado através de um levantamento realizado junto ao Serviço Ambulatorial Médico de Emergência (SAME) da referida instituição e representa o quantitativo de crianças internadas no ano de 2007 com diagnóstico médico de asma.

Não foi necessário o cálculo de amostra, pois a população do estudo foi inferior a 200 sujeitos⁽¹⁰⁾. Desse modo, foram selecionadas 30 crianças com sinais e sintomas respiratórios internadas na clínica pediátrica do referido hospital no período de março a abril do ano de 2009 e que atenderam aos critérios de elegibilidade descritos a seguir.

Foram adotados como critérios de inclusão:

- criança com idade entre zero e cinco anos, devido essa faixa etária apresentar-se como fator de risco para internação⁽²⁾;
- criança com sinais e sintomas respiratórios;

O critério de exclusão foi criança com outra doença crônica associada.

A amostra foi selecionada de forma consecutiva com todas as crianças que preencheram os critérios de elegibilidade na instituição hospitalar, recrutadas na unidade de internação.

Para coletar os dados, utilizou-se o exame físico e a entrevista. O exame físico foi realizado seguindo um roteiro composto por duas etapas: dados de admissão e avaliação de domínios de enfermagem da NANDA I. A primeira etapa continha: data de nascimento, sexo,

procedência, naturalidade, diagnóstico médico, história da doença e história da gestação, parto e nascimento. A segunda continha: avaliação da nutrição, eliminações, atividade/repouso, percepção/cognição, enfrentamento/tolerância ao estresse, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento. As entrevistas foram realizadas com os acompanhantes das crianças. O instrumento foi construído baseado em um trabalho de dissertação que abordava a avaliação diagnóstica de enfermagem de crianças com cardiopatias congênitas⁽¹¹⁾.

Utilizou-se para a realização do exame físico os seguintes materiais: balança pediátrica mecânica da marca Welmy e régua antropométrica com escala da marca Carci (para crianças menores de dois anos de idade), balança antropométrica mecânica com régua da marca Welmy (para crianças maiores de dois anos de idade), fita métrica da marca Corrente, estetoscópio e termômetro digital da marca BD (Becton, Dickinson and Company).

A entrevista com os acompanhantes das crianças ocorreu em ambiente silencioso, mantendo a privacidade da criança em estudo.

Após a realização do exame físico e da entrevista, compôs-se o histórico da criança, que em seguida foi lido pelas pesquisadoras e identificados os diagnósticos de enfermagem presentes.

Os diagnósticos de enfermagem foram classificados de acordo com a taxonomia II da NANDA I⁽¹²⁾. Os dados foram organizados em tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais e em medidas de tendência central, medidas de dispersão e testes de associação. Serão discutidos os diagnósticos com prevalência maior que 50%.

Aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados numéricos. Com relação aos testes de associação, para frequências esperadas maiores de cinco, foi utilizado o teste de qui-quadrado, e para frequências esperadas menores de cinco, o Teste da Probabilidade exata de Fisher.

Na análise dos dados, os diagnósticos de enfermagem reais serão analisados de acordo com as características definidoras e fatores relacionados e os diagnósticos de enfermagem de risco com os fatores de risco.

Para a realização do estudo, todos os princípios éticos contidos na Resolução 196/96⁽¹³⁾ que rege pesquisas envolvendo seres humanos foram seguidos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (parecer nº 10/09).

RESULTADOS

Os dados foram organizados em tabelas as quais resumem as variáveis sócio-demográficas e a relação entre os diagnósticos de enfermagem e as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco.

As crianças avaliadas apresentaram 13 diagnósticos de enfermagem, sendo identificadas 41 características definidoras, 23 fatores relacionados e 19 fatores de risco.

Tabela 1 — Distribuição das crianças de acordo com o sexo, medicação, idade, peso e tempo de internação hospitalar. Quixadá, CE, Brasil, 2009

Variáveis	Nº	%		
1. Sexo				
Masculino	17	56,7		
Feminino	13	43,3		
Total	30	100,0		
2. Medicação				
Brometo Ipratropico	28	93,3		
Fenoterol	28	93,3		
Dipirona Sódica	22	73,3		
Hidrocortisona	11	36,7		
Ampicilina	08	26,7		
Acebrofilina	07	23,3		
Oxacilina Sódica	05	16,7		
Penicilina Cristalina	02	6,7		
Metoclopramida	01	3,3		
Ceftriaxona	01	3,3		
Gentamicina	01	3,3		
	KS	Média	Desvio-Padrão	Mediana
3. Idade (meses)	0,083 (Valor p)	34,90	32,149	22,00
4. Peso (gramas)	0,720	12791,33	6720,974	11700,00
5. Tempo de Internação (dias)	0,036	2,23	1,612	3,00

KS — Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Da amostra estudada, obteve-se prevalência de crianças com sinais e sintomas respiratórios do sexo masculino (56,7%). As medicações mais utilizadas pelas crianças foram brometo de ipratropico (93,3%), fenoterol (93,3%) e dipirona sódica (73,3%). As crianças apresentavam em média 34,9 meses de idade ($\pm 32,149$), média de peso de 12791,33 gramas ($\pm 6720,974$) e o tempo mediano de internação de 3 dias ($\pm 1,612$). Vale salientar que o diagnóstico médico estava ausente na maioria dos prontuários das crianças pesquisadas.

Tabela 2 — Distribuição da amostra de acordo com os diagnósticos de enfermagem encontrados. Quixadá, CE, Brasil, 2009

Diagnósticos de enfermagem	Nº	%
1. Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas	30	100,0
2. Padrão Respiratório Ineficaz	24	80,0
3. Risco de Infecção	20	66,7
4. Dentição Prejudicada	08	26,7
5. Hipertermia	04	13,3
6. Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais	02	6,7
7. Risco de Crescimento Desproporcional	02	6,7
8. Isolamento Social	01	3,3
9. Nutrição Desequilibrada: Mais do que as Necessidades Corporais	01	3,3
10. Diarréia	01	3,3
11. Constipação	01	3,3
12. Risco de Solidão	01	3,3
13. Risco de Atraso no Desenvolvimento	01	3,3

O diagnóstico de enfermagem que obteve maior prevalência foi desobstrução ineficaz das vias aéreas (100,0%), seguido de padrão respiratório ineficaz (80%) e risco de infecção (66,7%). Por serem os de maiores prevalências, foram estes os diagnósticos escolhidos a serem discutidos neste trabalho.

Alguns diagnósticos apresentaram baixa prevalência (3,3%), pois uma criança apresentou problemas de saúde (paralisia cerebral) que geraram características bastante distintas das demais.

As características definidoras que obtiveram maior prevalência foram, respectivamente, ruídos adventícios respiratórios (100%), tosse ineficaz (100%), dispnéia (96,7%), mudança na frequência respiratória (96,7%), mudança no ritmo respiratório (96,7%) e alterações na profundidade respiratória (73,3%).

Os fatores relacionados que obtiveram maior prevalência foram, respectivamente, secreções nos brônquios (100%), secreções retidas (73,3%), fadiga da musculatura respiratória (73,3%) e muco excessivo (70%).

Os fatores de risco que obtiveram maior prevalência foram exposição ambiental aumentada à patógenos (66,7%) e procedimentos invasivos (66,7%).

Tabela 3 — Relação entre os diagnósticos de enfermagem e as características definidoras. Quixadá, CE, Brasil, 2009

Diagnósticos/Características Definidoras	Nº	%	Valor p	Phi
1. Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas	30	100,0		
Ruídos adventícios respiratórios	30	100,0	-	-
Tosse ineficaz	30	100,0	-	-
Dispneia	29	96,7	-	-
Mudança na frequência respiratória	29	96,7	-	-
Mudança no ritmo respiratório	29	96,7	-	-
Agitação	03	10,0	-	-
2. Padrão Respiratório Ineficaz	24	80,0		
Dispneia	29	96,7	0,200	0,371
Alterações na profundidade respiratória	22	73,3	0,000	0,829
Uso da musculatura acessória	17	56,7	0,003	0,572
Taquipnéia	10	33,3	0,74	0,354
Batimento de asa de nariz	02	6,7	1,000	0,134

O diagnóstico desobstrução ineficaz das vias aéreas não apresentou associação com suas características definidoras, pois esteve presente em todas as crianças do estudo, tornando-se assim uma constante.

As características definidoras que apresentaram significância estatística para a presença do diagnóstico padrão respiratório ineficaz foram alterações na profundidade respiratória ($p=0,000$), com uma força muito forte de associação ($\phi=0,829$) e uso da musculatura acessória ($p=0,003$), com uma força moderada de associação ($\phi=0,572$).

Tabela 4 — Relação entre os diagnósticos e os fatores relacionados. Quixadá, CE, Brasil, 2009

Diagnósticos/Fatores Relacionados	Nº	%	Valor p	Phi
1. Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas*	30	100,0		
Secreção nos brônquios	30	100,0	-	-
Secreções retidas	22	73,3	-	-
Muco excessivo	21	70,0	-	-
Fumo passivo	12	40,0	-	-
Espasmo de via aérea	03	10,0	-	-
Hiperplasia das paredes brônquicas	03	10,0	-	-
2. Padrão Respiratório Ineficaz	24	80,0		
Fadiga da musculatura respiratória	22	73,3	0,000	0,829
Obesidade	01	3,3	1,000	0,093

*Não realizado o teste de associação, pois apresentou frequência de 100%.

O fator relacionado que apresentou significância estatística para a presença do diagnóstico padrão respiratório ineficaz foi fadiga da musculatura respiratória ($p=0,000$), com uma força muito forte de associação ($\phi=0,829$).

Tabela 5 — Relação entre o diagnóstico e os fatores de risco. Quixadá, CE, Brasil, 2009

Diagnóstico/Fatores de Risco	N	%	Valor p	Phi
1. Risco de Infecção	20	66,7		
Exposição ambiental aumentada à Patógenos	20	66,7	0,000	1,000
Procedimentos invasivos	20	66,7	0,000	1,000
Doença crônica	03	10,0	0,532	0,236
Desnutrição	02	6,7	0,540	0,189

Os fatores de risco que apresentaram significância estatística para a presença de risco de infecção foram exposição ambiental aumentada a patógenos ($p=0,000$), com uma força muito forte de associação ($\phi=1,000$) e procedimentos invasivos ($p=0,000$), com uma força muito forte de associação ($\phi=1,000$).

DISCUSSÃO

Estudos que envolvem diagnósticos de enfermagem são importantes aliados na prática assistencial, pois direcionam o cuidado. Dessa forma, o presente estudo identificou diagnósticos de enfermagem presentes nas crianças internadas com sinais e sintomas respiratórios.

Com relação aos dados de caracterização, encontrou-se neste estudo uma prevalência maior de crianças do sexo masculino (56,7%). Isto vai ao encontro da literatura quando mostra que entre as crianças asmáticas do sexo masculino o risco de hospitalização foi de uma vez e meia maior que entre as do sexo feminino⁽¹⁴⁾. Além disso, os sintomas de asma são mais comuns em meninos, especialmente os de pouca idade, devido ao menor calibre e maior tonicidade das vias aéreas do que as de meninas na mesma faixa etária⁽¹⁴⁾.

As crianças apresentaram em média 34,9 meses de idade o que também confirma os achados da literatura. Em uma pesquisa que teve como objetivo estudar a ocorrência e os fatores de risco associados à hospitalização em um grupo de crianças asmáticas, dos 325 pacientes estudados, 202 (62,2%) foram hospitalizadas durante sua moléstia⁽¹⁵⁾. No primeiro ano de vida, 60,9% das crianças já haviam sido hospitalizadas (a mediana de idade da primeira hospitalização foi de nove meses, sendo 53,0% em sua primeira crise). Ao completar o segundo ano de vida, 78,7% já haviam sido hospitalizadas⁽¹⁵⁾.

A literatura tem descrito como fatores de risco para hospitalização a faixa etária, com destaque para os menores de cinco anos, o baixo nível socioeconômico, o tratamento profilático inadequado, as consultas repetidas aos serviços de emergência, a ausência de acompanhamento regular para tratamento da doença e o tipo de seguro social⁽¹⁵⁾.

As crianças estudadas tinham uma média de peso de 12,7kg. Esse dado foi diferente ao encontrado na literatura⁽¹⁶⁾ que identificou uma média de peso de 10,34kg.

Identificou-se uma mediana de tempo de internamento hospitalar de três dias, o que confirma o achado de uma autora⁽⁸⁾, que em seu estudo com crianças asmáticas encontrou tempo médio de internação de três dias.

Os dados do presente estudo permitiram a identificação de treze diagnósticos de enfermagem nas crianças, entre os quais, três diagnósticos encontravam-se com maior prevalência: desobstrução ineficaz de vias aéreas (DIVA), padrão respiratório ineficaz (PRI) e risco para infecção, com percentual respectivamente de 100,0%, 80% e 66,7%. Um estudo sobre diagnósticos de enfermagem em crianças com cardiopatias congênitas⁽¹⁷⁾ identificou diagnósticos de enfermagem iguais aos que foram encontrados neste estudo, num grande percentual: PRI (86,7%), Risco para infecção (82,2%) e DIVA (55,6%)⁽¹⁵⁾. Outro estudo, que identificou diagnósticos de enfermagem em crianças hospitalizadas com infecção respiratória aguda, também encontrou como diagnósticos de maior prevalência DIVA (100%), risco para infecção (100%) e PRI (74,4%)⁽¹⁶⁾.

As características definidoras mais frequentes do diagnóstico de enfermagem DIVA foram, respectivamente, tosse ineficaz (100%), ruídos adventícios respiratórios (100%), mudança no ritmo respiratório (96,7%), mudança na frequência respiratória (96,7%) e dispnéia (96,7%). Um estudo da literatura, para o diagnóstico DIVA, também encontrou como características definidoras mais frequentes ruídos adventícios respiratórios (76,2%), frequência respiratória aumentada (61,9%), tosse ineficaz ou ausente (57,1%), dispnéia (50%), murmúrios vesiculares diminuídos (50%) e expectoração ausente (50%)⁽⁸⁾.

Os fatores relacionados com maior prevalência para o diagnóstico de enfermagem DIVA foram secreções nos brônquios (100%), secreções retidas (73,3%) e muco excessivo (70%). Um estudo semelhante⁽¹⁶⁾ encontrou também como fator relacionado de maior prevalência secreções retidas (98,7%).

Para o diagnóstico padrão respiratório ineficaz, as características definidoras que apresentaram maior frequência foram dispnéia (96,7%), alterações na profundidade respiratória (73,3%) e uso da musculatura acessória (56,7%). Um estudo realizado com crianças asmáticas⁽⁸⁾ identificou, para o diagnóstico padrão respiratório ineficaz, características definidoras que diferem um pouco destas. Foram elas: frequência respiratória aumentada (61,9%), dispnéia (50%), ortopnéia (40,5%) e uso da musculatura acessória (35,7%). Um estudo⁽⁷⁾ que tinha como objetivo de analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem PRI em crianças asmáticas encontrou que o PRI esteve presente em 36,1% das crianças asmáticas estudadas. As características definidoras que apresentaram significância estatística foram: uso da musculatura acessória ($p=0,000$), dispnéia ($p=0,000$), ortopnéia ($p=0,000$), excursão torácica alterada ($p=0,045$), respiração com os lábios franzidos ($p=0,005$), diâmetro ântero-posterior aumentado ($p=0,009$) e frequência respiratória por minuto aumentada ($p=0,000$). As crianças asmáticas que apresentaram a característica uso da musculatura tiveram quatro vezes mais chances de ter PRI⁽⁷⁾.

Para o diagnóstico de enfermagem risco de infecção, os fatores de risco mais frequentes foram exposição ambiental aumentada aos patógenos (66,7%) e procedimentos invasivos (66,7%). Este difere ao trabalho encontrado⁽¹⁶⁾ que estudou os diagnósticos de enfermagem em crianças com infecção respiratória aguda onde “procedimentos invasivos” obteve uma prevalência de 98,7%.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados desta pesquisa, constata-se que o objetivo deste estudo foi alcançado e, assim, os diagnósticos de enfermagem presentes nas crianças internadas com sinais e sintomas respiratórios foram identificados.

Os achados desse estudo podem facilitar o trabalho de enfermeiros que atuam na área pediátrica em unidades de saúde nas quais há uma elevada prevalência de crianças com sinais e sintomas respiratórios. É necessário considerar que, devido ao pequeno tamanho amostral, as informações encontradas devem ser vistas com parcimônia quando utilizadas para caracterizar e uniformizar a população de crianças com sinais e sintomas respiratórios.

Diante disso, faz-se necessário desenvolver estudos sobre diagnósticos de enfermagem em crianças com sinais e sintomas respiratórios em amostras maiores para compará-los com os achados deste estudo.

Uma fragilidade do estudo deveu-se a escassez de diagnóstico médico nos prontuários dos pacientes estudados. Este fato nos levou a redirecionar a população do estudo de crianças asmáticas para crianças com sinais e sintomas respiratórios.

É importante que os enfermeiros que prestam assistência às populações de crianças semelhantes às deste estudo possa direcionar suas intervenções para os diagnósticos de maior frequência aqui apresentados. Assim, a assistência de enfermagem tornar-se-á mais eficaz e a melhora clínica do paciente mais satisfatória.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. IV Diretrizes brasileiras no manejo da asma. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(Supl 7):S447-74.
2. Lasmar LMLBF, Camargos PAM, Goulart EMA, Sakurai E. Fatores de risco para readmissão hospitalar de crianças e adolescentes asmáticos. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(5):391-9.
3. Casagrande RRD, Pastorino AC, Souza, RGL, Leone C, Solé D, Jacob CMA. Prevalência de asma e fatores de risco em escolares da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):517-23.
4. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de saúde. 2010 [citado 2011 fev 02]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>.
5. Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(16):96-8.
6. Alves AR, Chaves EMC, Freitas MC, Monteiro ARM. Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(3):344-7.
7. Cavalcante JCB, Mendes LC, Lopes MVO, Lima LHO. Indicadores clínicos de padrão respiratório ineficaz em crianças com asma. *Rev Rene*. 2010; 11(1):66-75.
8. Silveira UA, Lima LHO, Lopes MVO. Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas e padrão respiratório ineficaz em crianças asmáticas. *Rev Rene*. 2008; 9(4):125-33.
9. Pereira JCR, Abrantes MVL. Excesso de volume de líquidos pulmonares: definição e características definidoras. *Rev Enferm UERJ*. 1997; 5(1):341-52.
10. Luiz RR, Magnanini MMF. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: Medronho A, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 295-307.
11. Silva VM. Crianças com cardiopatias congênitas: avaliação diagnóstica de enfermagem. [dissertação]. Fortaleza (CE): Departamento de enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2004.
12. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definição e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25.
14. Sarinho E, Queiroz GRS, Dias MLCM, Silva AJQ. A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(4):365-71.
15. Lasmar L, Goulartb E, Sakuraic E, Camargos P. Fatores de risco para hospitalização de crianças e adolescentes asmáticos. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):409-19.
16. Monteiro FPM, Silva VM, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem identificados em crianças com infecção respiratória aguda. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2006 [citado 2009 mai 28]; 8(2):213-21. Disponível em: http://www.en.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a06.htm.
17. Silva VM, Lopes MVO, Araujo TL. Nursing diagnoses in children with congenital heart disease: a survival analysis. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2007; 18(4):131-41.

Recebido: 09/09/2010

Aceito: 28/03/2011