

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Validação do diagnóstico de enfermagem
Eliminação urinária prejudicada com foco
em lactentes**

FRANCINE RAMOS DE MIRANDA

São Carlos

2013

Validação do diagnóstico de enfermagem
Eliminação urinária prejudicada com foco
em lactentes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Francine Ramos de Miranda

**Validação do diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária
prejudicada com foco em lactentes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Anamaria Alves Napoleão
Co-orientador: Prof. Dr. Ari Miotto Junior

Área de concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

São Carlos

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M672vd

Miranda, Francine Ramos de.

Validação do diagnóstico de enfermagem : eliminação urinária prejudicada com foco em lactentes / Francine Ramos de Miranda. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
158 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Estudos de validação.
3. Excreção urinária. 4. Lactentes. 5. Enfermagem pediátrica. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



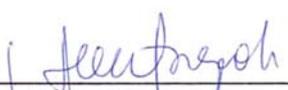
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



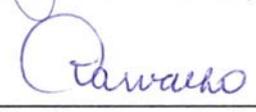
FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: FRANCINE RAMOS DE MIRANDA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 15/02/13
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:



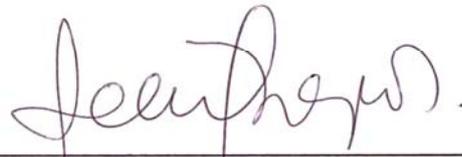
Profa. Dra. Anamária Alves Napoleão
(Orientadora – PPGE_{nf}/UFSCar)



Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho
(EERP/USP)



Profa. Dra. Giselle Dupas
(PPGE_{nf}/UFSCar)



Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

DEDICATÓRIA

A meus pais Reinaldo e Lourdes,

Pessoas que me acompanham e me apoiam desde os primeiros minutos da minha vida. Foi graças a tantos esforços por parte deles que cheguei à universidade pública e continuei trilhando pelos caminhos da vida acadêmica, oportunidade que infelizmente a vida não os deu, mas que fizeram questão de garantir a mim e a minha irmã Aline.

Ao Daniel

Por estar ao meu lado, apoiar cada passo dado para a conclusão deste trabalho e por ser um exemplo diário para mim de sabedoria, força e humildade. Nossa convivência só me faz crescer!

AGRADECIMENTOS

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

Por me mostrar a importância da pesquisa para o desenvolvimento da profissão que tanto amamos. Agradeço por me abrir as portas para o mundo da pesquisa e pela orientação de todos estes anos.

Prof. Dr. Ari Miotto Júnior

Por ter me acolhido em seu ambiente de trabalho, valorizado e acreditado no valor desta pesquisa, e principalmente por compartilhar comigo seus conhecimentos em Urologia.

Enfermeiras Peritas

Por aceitarem participar da pesquisa e por contribuir de maneira inestimável para a construção deste trabalho

Aos pais e mães dos lactentes

Por aceitarem a participar deste estudo e comigo compartilhar suas percepções sobre as disfunções geniturinárias de seus filhos. E também por acreditarem que algo poderá ser feito em benefício de seus filhos e de outros lactentes a partir deste estudo.

Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho

Por me permitir participar de suas disciplinas na EERP. Com certeza o aprendizado por elas proporcionado muito contribuiu para o desenvolvimento deste estudo.

Profa. Dra. Giselle Dupas

Minha orientadora do coração! Pelos grandes ensinamentos em Saúde da Criança. Por ter sido, ao longo destes anos na UFSCar, um exemplo para mim de competência e respeito no cuidado com as crianças e suas famílias.

Profa. Dra. Diná Cruz e Profa. Maria Célia Dalri

Pela atenta leitura do trabalho no exame de qualificação e pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento do mesmo.

As professoras Maria Angélica, Dôra e Cris

Pela acolhida em sua cidade, pelo carinho e grande apoio durante esta jornada.

Evelyn (CEP) João e Vania (Ensino e Pesquisa)

Pelo ajuda em vários momentos, por me auxiliarem com todos os aspectos burocráticos da pesquisa, e por sempre me atenderem com muita simpatia e disposição.

Kimi e Ivete

Por me acolherem com profissionalismo e simpatia e pela imensa ajuda durante a coleta de dados.

A querida Dani Garbuio

Por ter sido uma grande parceira no mestrado. Agradeço as tantas vezes que estive ao meu lado seja para me ajudar, para trocar ideias sobre a pesquisa, para me consolar nos momentos de angústias e incertezas, ou mesmo para darmos boas risadas e planejarmos nossos inúmeros cafés. Muito Obrigada! Foi um prazer e grande aprendizado nossa convivência.

A grande amiga Fabrícia

Por ter estado ao meu lado em tantos momentos importantes. Agradeço por partilhar comigo suas experiências de vida e suas visões mundo. Nossa convivência, com certeza, contribui para o meu amadurecimento enquanto pesquisadora e enquanto pessoa.

A querida prima Carine

Compartilhamos do mesmo encanto pelos pequenos. Agradeço muito por dividir comigo seus conhecimentos da Pediatria e pelos tantos socorros intelectuais.

Aos amigos Adriane Medeiros, Amanda Borges e Isis Pienta, Cleverson Rodrigues, Eli Torres, Osmar Torres, Priscilla Medeiros e André Motta

Pessoas especiais conquistadas nesta jornada. Obrigada pelo carinho e apoio durante este estudo e também pelos momentos de alegria e descontração proporcionados, fundamentais para meu equilíbrio durante a pesquisa.

Aline

Por ser minha irmã em todos os sentidos e em todos os momentos!

Valquíria Berlandi, Tatiane Oliveira, Leandro Lima, Olavo Gasparin, Clara Lazarin e Marisa Barbieri

Por estarem comigo no momento mais importante deste trabalho.

CAPES

Pelo auxílio financeiro concedido para a realização desta pesquisa.

“(...) E aprendi que se depende sempre

De tanta muita diferente gente

Toda pessoa sempre é as marcas

Das lições diárias de outras tantas pessoas

E é tão bonito quando a gente entende

Que a gente é tanta gente

Onde quer que a gente vá (...)”

Gonzaguinha

“Os problemas são o incentivo e guia de todo o esforço intelectual, os quais nos assediam e induzem à busca de uma compreensão cada vez mais profunda das coisas”

(KARL POLANYI)

RESUMO

MIRANDA, F.R. **Validação do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada com foco em lactentes.** 2013. 161p. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

Sabe-se que a observação da eliminação urinária da criança na rotina da clínica pediátrica possibilita identificar respostas humanas e com isso prevenir complicações atuais e futuras. Pode-se inferir que a análise do enfermeiro acerca da eliminação urinária da criança e a acurácia na elaboração de diagnósticos de enfermagem (DE) é de fundamental importância. No que diz respeito ao DE Eliminação Urinária Prejudicada (EUP) da NANDA - I Inc, identifica-se a possibilidade de existência de lacunas, especialmente em relação a lactentes com distúrbios na eliminação urinária, uma vez que essa população possui particularidades na forma como manifestam esse problema. Diante disso, este estudo teve como objetivo realizar a análise de conceito, validação por peritos e observação das do DE Eliminação Urinária Prejudicada proposto pela NANDA - I Inc. Trata-se de um estudo descritivo de validação de diagnóstico de enfermagem, com base no modelo proposto por Hoskins, porém com adaptações necessárias. Para o desenvolvimento da análise de conceito foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados LILACS, PubMed, CINAHL e Biblioteca Cochrane, buscando selecionar estudos que fundamentassem a análise de conceito baseada no modelo de Walker e Avant, que propõe um processo de investigação de elementos básicos de um conceito desenvolvido em oito passos. Foram elegíveis para a condução da análise de conceito 25 estudos. Para realizar a análise de todos os elementos do diagnóstico, também foram consultados 2 livros de Urologia Pediátrica, 2 livros de fisiologia humana e 2 Dicionários de termos médicos. A validação por peritos foi realizada com base na validação por consenso, que consiste em um processo onde se obtém a opinião ou concordância entre o autor e um grupo composto por no mínimo 3 especialistas. Foi ainda realizada entrevista com 10 responsáveis por lactentes com alterações urinárias em relação à presença das características definidoras identificadas na análise de conceito. Como resultado da AC identificou-se que o conceito EUP foi utilizado foi com maior frequência pela medicina e suas especialidades e em uma quantidade menos expressiva pela enfermagem. Os atributos definidores identificados foram: febre, retenção urinária, jato urinário fraco, choro inconsolável, choro ao urinar, irritabilidade, hematúria, urina fétida, percepção de disúria pelos pais e micção por gotejamento, entre outros. Entre os antecedentes identificados encontram-se: dilatação de vias urinárias; hidronefrose, má formação geniturinária, pielonefrite, uropatia obstrutiva, infecção do trato urinário, refluxo vesicoureteral, entre outros. As principais consequências foram: perda de peso, falência renal, lesão aguda do parênquima renal, déficit de crescimento e diminuição da função renal. Diante dos dados da AC foram sugeridas alterações na redação da CD disúria e inclusão de novas CD. As alterações propostas após a AC foram submetidas à análise de 10 peritos. Para seleção e pontuação dos peritos foi utilizada a escala proposta por Fehring na qual os peritos devem atingir no mínimo 5 pontos. Dos 10 peritos selecionados, 60% atingiram uma pontuação de 5 a 7 pontos e 40% atingiram uma pontuação de 10 a 14 pontos. Como resultado desta etapa, das CD propostas pela NANDA- I, Inc foram validadas retenção urinária e disúria. Foi proposta nova redação para a característica definidora disúria, qual seja, disúria (em lactentes, choro ao urinar ou relato dos pais de percepção de disúria no

lactente). Das novas CD propostas foram validadas hematúria, urina fétida, anúria, oligúria, irritabilidade e febre. Também foram sugeridas novas CD pelos peritos. Quanto aos Fatores Relacionados (FR), dos propostos pela NANDA- I, Inc apenas o FR múltiplas causas não foi validado. A etapa clínica foi composta por uma amostra de 10 lactentes, 5 meninos e 5 meninas, 40% com idade de 1 a 3 meses; 20% com idade de 5 a 7 meses e 40% com idade de 8 a 12 meses. A maioria dos diagnósticos médicos encontrados foi o de Infecção do Trato Urinário (ITU). As CD encontradas com maior frequência foram: Febre (80%), choro ao urinar (60%), esforço ao urinar (60%) e oligúria (50%). Os resultados podem contribuir para a melhoria do cuidado dos lactentes que apresentam disfunção na eliminação de urina, levando a intervenções adequadas a esta população e promovendo um cuidado seguro em busca de resultados satisfatórios.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem, Estudos de validação, Eliminação urinária, Lactentes, Enfermagem pediátrica

ABSTRACT

MIRANDA, F. R. **Validation of the nursing diagnosis impaired urinary elimination with a focus on infants.** 2013. 161f. Master Dissertation – Federal University of São Carlos, São Carlos, 2013.

It is known that the observation of the urinary elimination of child in routine pediatric clinic helps identify human responses and thereby prevent complications present and future. It can be inferred that the analysis of the nurse on the urinary elimination of child and accuracy in the preparation of nursing diagnoses (ND) is of fundamental importance. With respect to Impaired Urinary Elimination (IUE) NANDA- I, Inc, it may be identified the possibility of gaps, especially for infants with disorders urinary elimination, insofar as this population has particulars on how exhibit this problem. Thus, this study was aimed at making the concept analysis, validation by experts and observation of the proposed Impaired Urinary Elimination DE by NANDA- I, Inc. This is a descriptive study of validation of nursing diagnoses, based on the model proposed by Hoskins, but with adaptations. For the development of the concept analysis was performed a literature review in the databases LILACS, PubMed, CINAHL, and Cochrane Library, trying to select studies that founding the concept analysis based on the model of Walker and Avant, which proposes an investigation of the basic elements of an concept developed in eight steps. It were eligible 25 studies to conduct the concept analysis . To perform the analysis of all elements of diagnosis, it were also consulted 2 books of Pediatric Urology, 2 books on human physiology and 2 dictionaries of medical terms. The validation was performed by experts based on validation by consensus, which is a process whereby it is obtained the opinion or agreement between the author and a group of at least three experts. Interview was also conducted with 10 accounted for infants with urinary changes regarding the presence of the defining characteristics identified in concept analysis. As a result of CA it was identified that the concept was used IUE more frequently by medicine and its specialties and in a quantity less expressive by nursing. The defining attributes identified were: fever, urinary retention, weak urinary stream, inconsolable crying, crying during urination, irritability, hematuria, fetid urine, dysuria perception by parents and urination drip, among others. Among the antecedents identified are: urinary tract dilatation, hydronephrosis, genitourinary malformations, pyelonephritis, obstructive uropathy, urinary tract infection, vesicoureteral reflux, among others. The main effects were: weight loss, renal failure, acute renal parenchyma, growth deficiency and decreased renal function. From the data of CA it were suggested changes in wording of dysuria and DC including new DC. The proposed amendments after AC were analyzed by 10 experts. For selection and scoring of the experts it was used the scale proposed by Fehring in which the experts must reach at least 5 points. Of the 10 selected expert, 60% achieved a score of 5 to 7 points and 40% reached a score of 10 to 14 points. As a result of this step, among the DC proposed by NANDA – I, Inc, it were validated “urinary retention” and “dysuria”. It

was proposed a new wording for dysuria defining characteristic, namely, dysuria (in infants, crying when urinating or reporting parental perception of dysuria in infants). From the new proposed DC it were validated hematuria, fetid urine, anuria, oliguria, irritability and fever. It have also been suggested new DC by the experts. Regarding Factors Related (FR), from those proposed by NANDA-I, Inc just FR multiple causes has not been validated. The clinical stage was composed of a sample of 10 infants, 5 boys and 5 girls, 40% aged 1-3 months, 20% at age 5-7 months and 40% at age 8 to 12 months. The most part of medical diagnoses found was that of Urinary Tract Infection (UTI). The DC found most frequently were: fever (80%), crying during urination (60%), strain during urination (60%) and oliguria (50%). The results can contribute to improving the care of infants presenting dysfunction in the elimination of urine, leading to appropriate interventions in this population and promoting a safe care by seeking satisfactory results.

Keywords: Nursing diagnosis, validation studies, urinary elimination, Infant, Pediatric Nursing

RESUMEN

MIRANDA, F. R. **Validación del diagnóstico de enfermería Eliminación Urinaria Perjudicada con enfoque en los lactantes**. 2013. 161p. Tesis - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

Se sabe que la observación de la eliminación urinaria del niño en clínica pediátrica rutina ayuda a identificar las respuestas humanas y de ese modo prevenir las complicaciones presentes y futuras. Se puede inferir que el análisis de la enfermera en la eliminación urinaria del niño y la precisión en la elaboración de diagnósticos de enfermería (DE) es de fundamental importancia. Con respecto a la alteración de la DE Eliminación Urinaria Perjudicada (EUP) de NANDA – I, Inc, identificase la posibilidad de lagunas, particularmente con respecto a los niños con trastornos de la eliminación urinaria, ya que esta población tiene particularidades en la forma como se manifiesta este problema. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo hacer un análisis conceptual, una validación por expertos y una observación de las DE Eliminación Urinaria Perjudicada de NANDA- I, Inc. Se trata de un estudio descriptivo de validación de los diagnósticos de enfermería, basado en el modelo propuesto por Hoskins, pero con adaptaciones. Para el desarrollo del análisis conceptual se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos LILACS, PubMed, CINAHL y Cochrane Library, tratando de seleccionar los estudios que fundamentan el análisis conceptual basado en el modelo de Walker y Avant, que propone una investigación de los elementos de un concepto básico desarrollado en ocho pasos. Fueron elegibles para realizar el análisis del concepto 25 estudios. Para realizar el análisis de todos los elementos de diagnóstico, se consultó también 2 libros de Urología Pediátrica, 2 libros sobre la fisiología humana y 2 diccionarios de términos médicos. La validación por expertos se llevó a cabo basada en una validación por consenso, que es un proceso donde se obtiene el dictamen o acuerdo entre el autor y un grupo de al menos tres expertos. Fueron realizadas entrevistas con 10 responsables por lactantes con alteraciones urinarias respecto a la presencia de las características definitorias identificadas en el análisis de concepto. Como resultado de la AC se identificó que el concepto EUP fue utilizado más frecuentemente por la medicina y sus especialidades y en una cantidad de enfermería menos expresiva. Los atributos definidores identificados fueron: fiebre, retención urinaria, flujo urinario débil, llanto inconsolable, llora durante la micción, irritabilidad, hematuria, orina fétida, disuria percepción por los padres y por goteo al orinar, entre otros. Entre los antecedentes señalados son: dilatación de la vía urinaria, hidronefrosis, malformaciones genitourinarias, pielonefritis, uropatía obstructiva, infecciones del tracto urinario, reflujo vesicoureteral, entre otros. Los efectos principales fueron: la pérdida de peso, insuficiencia renal aguda parénquima renal, deficiencia de crecimiento y disminución de la función renal. A partir de los datos de AC se sugirieron cambios en la redacción de disuria de la CD e inclusión de nuevas CD. Las modificaciones propuestas después de

AC fueron analizadas por 10 expertos. Para la selección y calificación de los expertos fue empleada la escala propuesta por Fehring, en la cual los expertos deberían alcanzar como mínimo 5 puntos. De los 10 expertos seleccionados, 60% alcanzó una puntuación de 5 a 7 puntos y 40% alcanzó una puntuación de 10 a 14 puntos. Como resultado de este paso, de las CD propuestas por NANDA-I, Inc fueron validados “retención urinaria” y “disuria”. Fue propuesto una nueva redacción de la definición de característica disuria, a saber, disuria (en los bebés, el llanto al orinar o informar percepción de los padres de disuria en los lactantes). De las nuevas CD propuestas fueron validadas hematuria, orina fétida, anuria, oliguria, irritabilidad y fiebre. También se han sugerido nuevas CD por los expertos. Cuanto a los factores relacionados (FR), de los propuestos por NANDA- I, Inc sólo el FR múltiples causas no ha sido validada. La etapa clínica fue compuesta de una muestra de 10 lactantes, 5 niños y 5 niñas, 40% con edad entre 1-3 meses, 20% con edad de 5-7 meses y 40% de 8 a 12 meses. La mayoría de los diagnósticos médicos encontrados fue el de infección del tracto urinario (ITU). Las CD encontradas con mayor frecuencia fueron: fiebre (80%), el llanto durante la micción (60%), esfuerzo durante la micción (60%) y oliguria (50%). Los resultados pueden contribuir a mejorar el cuidado de lactantes que presentan una disfunción en la eliminación de la orina, llevando a intervenciones apropiadas para esta población y a la promoción de un cuidado seguro buscando resultados satisfactorios.

Palabras clave: Diagnóstico de enfermería, estudios de validación, eliminación urinaria, Lactantes, Enfermería Pediátrica

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1	Etapas de seleção dos artigos na PubMed. São Carlos, 2012.....	52
Fluxograma 2	Etapas de seleção dos artigos na CINAHL. São Carlos, 2013.....	53
Fluxograma 3	Etapas de seleção dos artigos na Cochrane. São Carlos, 2013.....	54
Fluxograma 4	Etapas de seleção dos artigos na LILACS. São Carlos, 2012.....	55
Figura 1.	Cálculo coeficiente de confiabilidade. São Carlos 2013.....	43
Figura 2.	Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). São Carlos, 2013.....	58
Gráfico 1.	Distribuição dos lactentes nos locais de atendimento. Campo Grande,2013.....	105
Gráfico 2.	Percepção dos pais com relação a mudanças no comportamento do lactente. Campo Grande, 2013.....	107
Gráfico 3.	Percepção dos pais com relação a mudanças no comportamento do lactente. Campo Grande, 2013.....	109
Quadro 1.	Sistema de pontuação para peritos proposto por Fehring.....	59
Quadro 2.	Atributos definidores do conceito eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2012.....	68
Quadro 3.	Antecedentes do conceito eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2013.....	72
Quadro 4.	Consequências do conceito eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2013.....	78
Quadro 5.	Referentes empíricos do conceito eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2013.....	79
Quadro 6.	Atributo definidor e referente empírico. São Carlos, 2013.....	85
Quadro 7.	Definições operacionais das sugestões para novas características definidoras. São Carlos, 2013.....	88
Quadro 8.	Fatores relacionados e definições operacionais. São Carlos, 2013.....	91
Quadro 9.	Composição do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada com sugestão de inclusão de novas características definidoras e fatores relacionados. São Carlos, 2013.....	117

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	Pontuação obtida pelos peritos participantes da pesquisa. São Carlos, 2013.....	92
Tabela 2	Tempo de experiência em enfermagem das peritas participantes deste estudo. São Carlos, 2013.....	94
Tabela 3	Tempo de experiência em ensino e assistência em enfermagem. São Carlos, 2013.....	94
Tabela 4	Distribuição das respostas dos peritos quanto à inserção do diagnóstico na taxonomia da NANDA- I, Inc. São Carlos, 2013.....	95
Tabela 5	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação do enunciado do diagnóstico. São Carlos, 2013.....	96
Tabela 6.	Distribuição das respostas dos peritos quanto à definição do diagnóstico Eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2013.....	97
Tabela 7	Avaliação dos peritos quanto à ocorrência das características definidoras originais da NANDA- I, Inc para o diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando observado em lactentes. São Carlos, 2013.....	99
Tabela 8	Avaliação dos peritos quanto à facilidade de observação das características definidoras originais da NANDA- I, Inc para o diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando observado em lactentes. São Carlos, 2013.....	99
Tabela 9	Avaliação dos peritos quanto à ocorrência das características definidoras sugeridas para a inclusão no diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando observado em lactentes. São Carlos, 2013.....	100
Tabela 10	Avaliação dos peritos quanto à facilidade de observação das características definidoras sugeridas para a inclusão no diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando observado em lactentes. São Carlos, 2013.....	100
Tabela 11	Avaliação dos peritos quanto à adequação dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada da NANDA- I, Inc. São Carlos, 2013.....	103
Tabela 12.	Características definidoras encontradas em lactentes com disfunções geniturinárias. Campo Grande, 2013.....	111

LISTA DE SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CD – Características Definidoras

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DE – Diagnóstico de Enfermagem

EUP – Eliminação urinária prejudicada

FR – Fatores Relacionados

ITU – Infecção do trato urinário

IVC – Índice de validade de conteúdo

JUP – Junção pieloureteral

MeSH - Medical Subject Headings

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NANDA – I, Inc – NANDA International Incorporation

PAM – Ped – Pronto Atendimento Médico - Pediatria

RVU – Refluxo Vesicoureteral

SAESC – Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação

SciELO - Scientific Eletronic Library Online

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

VUP – Válvula de uretra posterior

Sumário

Introdução.....	23
Revisão de Literatura	28
2.1. Processo de Enfermagem.....	29
2.2. O Diagnóstico de Enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada	31
2.3. O Lactente	34
Objetivos	36
3.1. Objetivo geral.....	37
3.2. Objetivos específicos	37
Referencial Metodológico	38
4.1. Validação dos diagnósticos de enfermagem	39
4.2. O modelo de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Hoskins ..	40
4.3. Análise de Conceito de Walker e Avant	44
4.3.1. Seleção do conceito.....	44
4.3.2. Objetivos da análise	44
4.3.3. Identificação dos usos do conceito.....	44
4.3.4. Determinação de atributos definidores.....	45
4.3.5. Desenvolvimento de casos-modelo.....	45
4.3.6. Identificação de antecedentes e conseqüências	47
4.3.7. Identificação de referentes empíricos.....	47
Procedimento metodológico	48
5.1 Análise de conceito.....	49
5.1.2. Identificação do tema e questão de pesquisa	49
5.1.3. Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para o estudo.	49
5.1.4. Estratégia de busca dos estudos	50
5.2. Validação por especialistas	56

5.2.1. O modelo de validação consensual	56
5.2.2. Seleção dos peritos	58
5.2.3. Coleta de dados	59
5.2.4. Tratamento dos dados.....	60
5.3. Validação clínica	60
5.3.2. População e amostra.....	62
5.3.3. Instrumento de coleta de dados.....	62
5.3.4. Coleta de dados	62
5.3.5. Análise dos dados.....	64
6. Aspectos Éticos	64
Resultados e Discussão	65
7.1. Análise de conceito.....	66
7.1.2. Seleção do conceito	66
7.1.3. Objetivos da análise	66
7.1.4. Identificação dos usos do conceito.....	66
7.1.5. Determinação de atributos definidores.....	68
7.1.6. Desenvolvimento do caso modelo	61
7.1.7. Identificação de casos adicionais	71
7.1.8. Identificação de antecedentes e consequências	72
Antecedentes.....	72
Consequências	78
7.1.9. Definição de referentes empíricos.....	79
8. Revisão do diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada considerando sua identificação em lactentes	81
8.1. Enunciado Diagnóstico.....	81
8.1.2. Definição do Diagnóstico	83
8.1.3. Características Definidoras	83

8.1.4. Fatores Relacionados.....	89
9. Validação consensual.....	92
9.1. Caracterização dos peritos.....	92
9.2. Inserção do diagnóstico na taxonomia da NANDA- I, Inc	95
9.2.1. Validação do enunciado do diagnóstico	96
9.2.2. Validação da definição do diagnóstico.....	97
9.2.3. Validação das características definidoras	98
9.2.4. Validação dos fatores relacionados.....	103
10. Validação clínica	105
10.1 Perfil clínico dos lactentes	105
10.2. Entrevista com as mães e pais	107
10.3. Características definidoras levantadas	111
Conclusões.....	114
Referências	119
Apêndices	132

Introdução

A enfermagem, no decorrer de sua história, vem acumulando um corpo de conhecimento, desenvolvendo teorias e produzindo conhecimento científico para aperfeiçoamento da sua prática (HORTA, 1979). Neste contexto, a criação do Processo de Enfermagem é vista como um marco para o desenvolvimento da profissão (FAVRETTO; CARVALHO, 2008).

O processo de enfermagem consolida a prática clínica, uma vez que o mesmo orienta o trabalho do enfermeiro para a coleta de dados, bem como a identificação das necessidades de cuidados, intervenções e avaliação dos resultados dos cuidados que se realiza. (FONTES, CRUZ, 2007). Ele também permite que a enfermagem promova cuidado humanizado e leva os profissionais de enfermagem a examinarem continuamente o que estão fazendo e analisarem o que poderiam fazer de melhor (ALFARO- LEFEVRE, 2005).

Atualmente o Processo de Enfermagem é dividido em cinco etapas inter-relacionadas, são elas: Coleta de dados, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação (ALFARO- LEFEVRE, 2005). Entre estas etapas, o diagnóstico de Enfermagem constitui uma etapa complexa, na qual dados coletados junto aos pacientes são interpretados e julgados pelo enfermeiro (CARVALHO et. al., 2008).

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos das respostas dos indivíduos, da família ou da comunidade aos problemas de saúde ou processos vitais reais ou potenciais e tem como essência de sua constituição a resposta humana. Através dele a enfermagem tem a possibilidade de detectar e nomear as necessidades dos pacientes e isto proporciona a base para as intervenções de enfermagem (Herdman, 2013).

A construção de linguagens padronizadas para os diagnósticos de enfermagem iniciou-se na década de 1970, porém, no Brasil, a utilização dos diagnósticos de enfermagem passou a ser uma exigência legal do Conselho Federal de Enfermagem a partir 2002 (CARVALHO et al, 2008; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN, 2008).

O movimento de elaboração e utilização das linguagens padronizadas de diagnósticos de Enfermagem levou aos estudos de validação dos mesmos (CARVALHO et al, 2008; FAVRETTO; CARVALHO, 2008). Segundo Carvalho et al (2008), estes estudos despertaram expressivo interesse entre pesquisadores a partir da

década de 1990, sendo que hoje ainda novos diagnósticos continuam a ser propostos reforçando a utilidade de seu emprego.

Os estudos de validação de diagnósticos de enfermagem são importantes, uma vez que oferecem base para que ocorra o aperfeiçoamento de diagnósticos aprovados e para o desenvolvimento de novos diagnósticos (HERDMAN, 2013). Estes estudos devem resultar em diagnósticos de enfermagem fundamentados em evidências e resistentes à crítica de enfermeiros profissionais, definição elaborada por Fehring (1987) para designar um diagnóstico de enfermagem válido.

Neste sentido, Melo (2004) afirma que a necessidade de revisão de um diagnóstico existe, uma vez que ocorrem modificações do conhecimento, modificações culturais ou de cenários onde determinado diagnóstico pode ser observado.

Diante do exposto, é necessário que enfermeiros, nos diferentes locais de atuação, utilizem a linguagem de diagnósticos de Enfermagem, identifiquem as potencialidades e os desafios de sua utilização, levantem dúvidas, identifiquem possíveis lacunas e busquem evidências em relação aos mesmos.

Entre as respostas humanas passíveis de serem nomeadas por meio dos diagnósticos de enfermagem estão aquelas relacionadas às alterações da eliminação urinária.

A eliminação normal de resíduos do metabolismo corpóreo através da urina é uma função fisiológica básica do nosso organismo que a maioria das pessoas tem como certa. Porém, quando o sistema urinário não funciona de maneira correta todos os outros sistemas do organismo são afetados (MONTAGNINO; RING, 2011). O sistema urinário é essencial para a manutenção da vida. Uma disfunção neste sistema pode ocorrer em qualquer idade, com graus variados de intensidade (SMELTZER; BARE, 2005).

O sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA- I, Inc, entre outros diagnósticos de enfermagem relacionados à eliminação urinária, apresenta o diagnóstico Eliminação Urinária Prejudicada, que tem como definição “Disfunção na eliminação de urina” (HERDMAN, 2013).

Este diagnóstico foi apresentado em 1973, com revisão em 2006. Constata-se, em consulta a exemplares da taxonomia, que houve uma alteração de seu título, antes apresentado como Eliminação Urinária Alterada.

Os fatores relacionados apresentados para este diagnóstico de Enfermagem são: dano sensorio-motor, infecção no trato urinário, múltiplas causas e obstrução anatômica

(HERDMAN, 2013). As características definidoras são: disúria, frequência, hesitação urinária, incontinência, noctúria, retenção urinária e urgência urinária (HERDMAN, 2013).

Qualquer ser humano, em qualquer etapa do desenvolvimento, pode sofrer prejuízo na eliminação urinária. No entanto, entre lactentes, crianças de 28 dias a 12 meses de vida (WILSON, 2011), os sinais e sintomas de alterações na eliminação urinária não são tão evidentes quanto as alterações do trato respiratório superior, por exemplo. Portanto, muitos casos podem passar despercebidos devido à dificuldade de observação, apresentação de sintomas inespecíficos e ao fato dessas crianças serem incapazes de expressar verbalmente seus sentimentos e sensações, o que dificulta a detecção do desconforto que podem estar sentindo (MONTAGNINO; RING, 2011).

Sintomas como urgência miccional e polaciúria, por exemplo, são difíceis de serem identificados nesta faixa etária, uma vez que o lactente usa fraldas (ZUCCOLOTTO; SUCUPIRA, 2000).

Nessa etapa do desenvolvimento, a detecção precoce de problemas urinários é extremamente importante, uma vez que em crianças menores de um ano, a probabilidade de ocorrência de cicatrizes no parênquima renal devido a infecções do trato urinário não tratadas em tempo oportuno é maior, o que pode ocasionar problemas futuros tais como hipertensão, insuficiência renal (COULTHARD et. al., 2003; HARMSSEN et. al, 2005) e maior probabilidade de complicações durante a gestação (HARMSSEN et. al, 2005)

Considerando-se que a observação da eliminação urinária do lactente na rotina da clínica pediátrica possibilita identificar diagnósticos de enfermagem e planejar adequadamente ações de cuidado, garantindo uma prática mais segura e resolutiva, pode-se inferir que a análise do enfermeiro acerca da eliminação urinária do lactente, e a acurácia na elaboração de diagnósticos de enfermagem que retratem as respostas que apresentam é de fundamental importância.

Assim, espera-se que as características definidoras apresentadas na taxonomia da NANDA-I, Inc para o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada representem de fato o que é evidenciado pelos lactentes quando ocorre esse tipo de alteração visando, além de um adequado planejamento das ações, a obtenção de registros e parâmetros satisfatórios para a avaliação.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada da NANDA- I, Inc, identifica-se a possibilidade de existência de uma lacuna em relação às características definidoras passíveis de serem apresentadas pelos lactentes com distúrbio na eliminação urinária, considerando as peculiaridades da criança nessa etapa do desenvolvimento.

A validade de características definidoras pode ser verificada por meio de estudos de validação, que contribuem no sentido de ratificar aquelas já existentes e de verificar a existência de novas características (GARCIA, 1998).

Desta forma, a proposta deste estudo de validação dos elementos do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada entre lactentes se justifica diante da necessidade de aperfeiçoamento e continuidade no desenvolvimento deste diagnóstico de enfermagem, bem como de uma abordagem especializada por parte da enfermagem junto aos lactentes no que diz respeito às questões da eliminação urinária.

Revisão de Literatura

2.1. Processo de Enfermagem

Florence Nightingale foi responsável por nomear as ações de enfermagem, delimitando as ações que cabem a profissão, marcando então o início da enfermagem enquanto profissão. Para estudiosos, foi nesta época que surgiu o processo de enfermagem, de forma empírica juntamente com os padrões organizacionais propostos por Florence (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Garcia et. al (2004) apontam que o processo de enfermagem não é um conceito novo. Ainda que a expressão processo de enfermagem não fosse utilizada, já nesta época, Florence alertava as enfermeiras para que observassem e fizessem julgamentos sobre as observações realizadas (McGUIRE, 1991 apud GARCIA et. al, 2004).

A introdução formal do processo de enfermagem na linguagem profissional ocorreu na década de 50 do século XX, nos Estados Unidos, sob influência do método de solução de problemas, cujas raízes eram o método científico de observação, mensuração e análise de dados (GARCIA; NÓBREGA, 2009). Este método era tido como uma ferramenta para guiar os estudantes na aprendizagem de habilidades necessárias para a prática de enfermagem (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

No Brasil, foi a partir dos trabalhos de Wanda Horta, no final da década de 1960, que os enfermeiros brasileiros direcionaram seus olhares para a sistematização da assistência de enfermagem, discutindo-se sobre as concepções, a aplicabilidade, os limites e os benefícios do processo de enfermagem (CRUZ, 2008).

Segundo Cruz (2008) existem várias definições para o processo de enfermagem, as quais se diferem nos aspectos que focalizam ou na ênfase a que se atribui. Cruz (2008) aponta que o processo de enfermagem é um instrumento que quando usado adequadamente ajuda o enfermeiro a desenvolver um estilo de pensamento para nortear os julgamentos clínicos necessários aos cuidados de enfermagem, sendo uma atividade intelectual do enfermeiro. Para Doenges et. al (2010) o processo de enfermagem constitui a base de todas as ações de enfermagem e é a essência da profissão.

Desta forma, o processo de enfermagem promove uma assistência de enfermagem pautada na avaliação do paciente e fornece dados para que os diagnósticos de enfermagem sejam identificados. A partir disso os diagnósticos direcionam a definição de metas a serem alcançadas formando a base para a seleção de intervenções mais apropriadas para cada paciente (CRUZ, 2008). Realizadas as intervenções

necessárias, o alcance de metas deve ser avaliado e a partir dessa avaliação retorna-se às fases precedentes, caso as metas não tenham sido alcançadas, ou novos diagnósticos tenham sido identificados (CRUZ, 2008).

Neste sentido, Carvalho e Bachion (2009) classificam o processo de enfermagem como uma sequência de etapas específicas, sendo elas: obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações. Ainda segundo estas autoras, o percorrer destas etapas tem a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ela indivíduo, família ou comunidade, de forma a considerar suas singularidades e de modo ampliado. Trata-se então da expressão do método clínico na enfermagem.

Atualmente são definidas cinco etapas operacionais para o processo de enfermagem, são elas: coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação da assistência de enfermagem e avaliação (CARVALHO; BACHION, 2005).

Ainda que com etapas definidas, o processo de enfermagem é um processo que deve ocorrer num *continuum* de perguntas e respostas que ocorre a cada interação do enfermeiro com o paciente (CRUZ, 2008).

Em decorrência do processo de enfermagem surgiu outro movimento, o de classificações na enfermagem (CRUZ, 2008). Tal movimento tem trazido desafios ao processo de enfermagem, visto que o mesmo demanda um reposicionamento dos profissionais acerca do raciocínio clínico. Embasados nestas classificações os enfermeiros têm necessariamente que considerar possibilidades alternativas previamente acordadas da disciplina, o que nem sempre é algo simples (CRUZ, 2008).

Em 1973, aconteceu no Estados Unidos a primeira conferência para a classificação de diagnósticos de enfermagem que tinha como propósito iniciar um diálogo entre enfermeiras docentes e assistenciais sobre a possibilidade de construção de uma nomenclatura padronizada que descrevesse os problemas clínicos mais comumente visualizados na prática profissional (GARCIA et. al, 2005).

Nesta conferência foi elaborada e aprovada a primeira listagem de diagnósticos de enfermagem, que eram padrões de problemas reconhecidos na prática e influenciados pelo cuidado de enfermagem, portanto, pertenciam ao domínio da profissão (GARCIA et. al, 2005). Do interior deste grupo, surgiu outro que iniciou trabalhos de para

classificação de intervenções (Nursing Interventions Classification - NIC) e resultados de enfermagem (Nursing Outcomes Classification – NOC). Em 1982, instituiu-se a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (CRUZ, 2008). Hoje a taxonomia recebe o nome NANDA- I, Inc (NANDA International Incorporation).

Cruz (2008) aponta que as classificações reúnem símbolos que a enfermagem usa para representar possíveis diagnósticos, intervenções ou resultados. Ainda segundo esta autora, estas classificações têm o potencial de ampliar o universo de possibilidades para o raciocínio clínico, funcionando como mapas de território que provêm condições para a documentação eletrônica, permitindo aos enfermeiros a elaboração teórica de sua atividade prática.

Para Garcia et. al (2005) apud Carvalho (1972), pode-se afirmar que o movimento de classificações marcou o início de uma nova geração no processo de enfermagem, e acima de tudo, uma nova era para a enfermagem, que pautada nisso avança progressivamente para sua estruturação como ciência.

2.2. O Diagnóstico de Enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Ele constitui a base para as intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA-I, 2012).

Um diagnóstico de enfermagem pode ser real, de promoção da saúde, de risco e síndrome. O diagnóstico real descreve respostas humanas e condições de saúde que existem. Por vezes são chamados de “diagnósticos de problemas”. Um diagnóstico de promoção da saúde nomeia uma resposta humana relacionada ao desejo de melhorar comportamentos específicos de saúde. Já o diagnóstico de risco é um julgamento clínico sobre experiências/respostas humanas que têm elevada probabilidade de ocorrer (HERDMAN, 2013).

Uma síndrome descreve um grupo específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem simultaneamente e em decorrência disso são mais bem tratados em conjunto, por meio de intervenções similares (HERDMAN, 2013).

São componentes de um diagnóstico de enfermagem: enunciado diagnóstico, definição, características definidoras (exceto para diagnósticos de risco), fatores de risco (somente para diagnósticos de risco) e fatores relacionados (HERDMAN, 2013). A definição oferece uma descrição clara e precisa, delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares. As características definidoras são inferências ou pistas observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico. Os fatores de risco são fatores que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade, tais fatores podem ser ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos. E os fatores relacionados mostram algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem, podem ser descritos como antecedentes de, associados a, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores (HERDMAN, 2013).

O diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada que está inserido na taxonomia da NANDA-I, Inc descreve a resposta do indivíduo relacionada a seu padrão urinário. Este diagnóstico está inserido na taxonomia II da NANDA-I, Inc (Herdman, 2013) desde o ano de 1973, quando recebia o nome Eliminação Urinária Alterada. No ano de 2006, após revisão, passou a ser chamado de Eliminação Urinária Prejudicada.

Na última edição da taxonomia da NANDA-I, Inc 2012-2014 (Herdman, 2013) o diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada está inserido na taxonomia no domínio 3: eliminação e troca, e classe 1: função urinária. Seu código é 00016 e seu nível de evidência é 2.1

O diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada é definido como: “disfunção na eliminação de urina” (HERDMAN, 2013).

As características definidoras que compõem este diagnóstico são: disúria, frequência, hesitação urinária, incontinência, noctúria, retenção urinária e urgência urinária.

Os fatores relacionados apresentados para este diagnóstico de enfermagem são: dano sensorio-motor, infecção do trato urinário, múltiplas causas e obstrução anatômica (HERDMAN, 2013)

No que diz respeito às características definidoras deste diagnóstico, Barbosa e Napoleão (2010) observaram que possivelmente havia lacunas no diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando o mesmo era observado em lactentes, uma vez que sinais e sintomas de alterações na eliminação urinária não são

tão evidentes nesta faixa etária, e alguns sintomas são difíceis de serem identificados uma vez que o lactente usa fraldas e não verbaliza. Diante disso, levantaram a hipótese de que outras características definidoras poderiam ser consideradas para melhor retratar a condição dos lactentes com este diagnóstico de enfermagem.

Carpenito- Moyet (2009) define este diagnóstico como “estado em que o indivíduo apresenta ou está em risco de apresentar disfunção na eliminação urinária” (CARPENITO-MOYET, 2009, pg. 811).

As características definidoras para este diagnóstico apresentadas por esta autora são: urgência, distensão vesical, grande volume de urina residual, gotejamento, hesitação urinária, noctúria, frequência, incontinência e enurese (CARPENITO-MOYET, 2011, pg. 811).

Os fatores relacionados para este diagnóstico são divididos em:

- Fisiopatológicos: relacionados a incompetência do orifício da bexiga secundária e anomalias congênitas do trato urinário, relacionados a capacidade diminuída ou irritação da bexiga.
- Relacionados ao tratamento: relacionados a efeitos da cirurgia no esfíncter da bexiga e relacionados à diminuição do tônus muscular.
- Situacionais: Relacionados à fraqueza da musculatura do assoalho pélvico, relacionados a incapacidade para comunicar as necessidades, relacionados a obstrução da saída da bexiga secundária a fecaloma, relacionados a diminuição do tônus muscular da bexiga, relacionados a diminuição da atenção às indicações da bexiga, relacionados a barreiras ambientais para alcançar o banheiro e relacionados a incapacidade para chegar ao banheiro
- Maturacionais: relacionados a pequena capacidade da bexiga e relacionados a falta de motivação.

Nota-se que esta autora também não apresenta especificidades para a população lactente.

Diante disso, considerando-se a necessidade de constantes revisões dos diagnósticos de enfermagem, bem como um olhar atento para os lactentes frente às respostas urinárias, torna-se relevante o desenvolvimento de um estudo que possa melhor identificar as especificidades do lactente frente à disfunção na eliminação de urina, contribuindo para uma melhor utilização do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada entre lactentes.

2.3. O Lactente

A lactância é o período do estágio do desenvolvimento da criança que compreende a fase do nascimento até os 12 meses de idade. O desenvolvimento infantil é caracterizado por uma mudança gradual de expansão e evolução de estágios inferiores para estágios de maior complexidade, no qual a expansão das capacidades individuais por meio de crescimento, maturação e aprendizagem (HESSELGRAVE, 2011).

Estão na lactância dois períodos de desenvolvimento: o neonato, período que compreendido do nascimento até os 28 dias de idade; e o lactente, período que vai de 1 mês a 12 meses de idade (HESSELGRAVE, 2011). A lactância tem como característica o rápido período de desenvolvimento motor, cognitivo e social. É um período no qual o bebê estabelece uma confiança básica no mundo e os fundamentos para as relações interpessoais futuras.

Em nenhum outro período da vida, como na lactância, ocorrem tantas mudanças corporais e no desenvolvimento. Todos os principais sistemas do organismo sofrem maturação progressiva, em paralelo ao desenvolvimento de habilidades que permitem a criança responder e interagir com o ambiente (HESSELGRAVE, 2011).

Durante o primeiro ano, principalmente nos seis primeiros meses, o crescimento é muito rápido, sendo que os lactentes chegam a ganhar de 150g a 210 g por semana. Por volta dos seis meses ele deve alcançar o dobro do seu peso de nascimento (HESSELGRAVE, 2011). A altura aumenta cerca de 2,5 cm por mês durante os primeiros 6 meses de vida. A cabeça também cresce rapidamente, durante os primeiros 6 meses o perímetro cefálico chega a crescer aproximadamente 1,5 cm por mês. A expansão no tamanho da cabeça reflete o crescimento e a diferenciação do sistema nervoso, ao final do primeiro ano o cérebro teve um ganho de peso de aproximadamente duas vezes e meia. O tórax também assume um contorno mais adulto, com diâmetro lateral tornando-se mais largo do que o diâmetro anteroposterior (HESSELGRAVE, 2011).

A forma de comunicação do lactente é o choro. O chorar pode transmitir um sinal de urgência, ou um sinal de desprazer, como a fome. No entanto, chorar também é um evento social que afeta o desenvolvimento da relação entre pais e filhos, muitas vezes persuadindo os pais a entenderem as necessidades físicas e emocionais da criança (HESSELGRAVE, 2011).

Com relação ao sistema geniturinário, a imaturidade das estruturas renais predispõe o lactente à desidratação e ao desequilíbrio no balanço eletrolítico. A completa maturação dos rins ocorre na segunda metade do ano de vida. Desta forma, durante este tempo a capacidade de filtração dos glomérulos é reduzida (HESSELGRAVE, 2011).

Em geral, no lactente e no recém-nascido, os distúrbios do trato urinário estão associados a inúmeras malformações. A responsabilidade da enfermagem juntos a estas crianças começa com a observação atenta a quaisquer manifestações que possam indicar disfunções no trato urinário (MONTAGNINO; RING, 2011). A infecção do trato urinário (ITU) é uma das patologias mais comuns na infância, segundo Kannelopoulos et. al (2006), mais de 10 % das crianças apresentarão um quadro febril durante o primeiro ano de vida em decorrência de ITU.

No caso de ITU e outros distúrbios geniturinários, nem sempre são tão evidentes, portanto, muitos casos podem ser ignorados. Disúria, por exemplo, é um sinal de difícil identificação no lactente, uma vez que nesta fase do desenvolvimento eles são incapazes de verbalizar seus sentimentos e sensações (MONTAGNINO; RING, 2011). Montagnino e Ring (2011) apontam que manifestações clínicas como: má alimentação, vômito, dificuldade em ganhar peso, polidipsia, micção frequente, esforço ou grito na micção, urina com odor fétido, palidez, febre, dermatite persistente na região das fraldas, desidratação e bexigas e rins aumentados podem estar associados a distúrbios do trato urinário no lactente.

Verificar a fralda a cada meia hora, também aumenta a possibilidade de observar anormalidades no fluxo urinário como esforço ou agitação, antes ou depois do início da micção, sinais de desconforto antes e durante a micção, interrupção da micção e gotejamento frequente de pequenas quantidades de urina (MONTAGNINO; RING, 2011).

Observa-se que o lactente está em uma fase de adaptação e ajustes a vida extra-uterina, muitas vezes a mãe também encontra-se neste período de adaptação aprendendo a conhecer as necessidades do lactente, e suas respostas. As disfunções geniturinárias, como já apresentado, muitas vezes são de difícil identificação nesta faixa etária. Diante disso, cabe a enfermagem estar apta a identificar as respostas do lactente frente as disfunções urinárias, bem como orientar as mães a saberem identificar estas respostas em tempo necessário.

Objetivos

3.1. Objetivo geral

- Validar o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada considerando sua ocorrência entre lactentes.

3.2. Objetivos específicos

- Realizar a análise do conceito de eliminação urinária prejudicada.
- Analisar criticamente o enunciado, definição, fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico Eliminação Urinária Prejudicada da NANDA-I, Inc quanto a necessidade de adequações considerando os resultados da análise de conceito.
- Submeter o diagnóstico Eliminação Urinária Prejudicada com as potenciais adequações à análise de especialistas da área de Processo de Enfermagem e Enfermagem Pediátrica.
- Identificar características definidoras junto a lactentes com disfunções no trato urinário.

Referencial Metodológico

4.1. Validação dos diagnósticos de enfermagem

O movimento de elaboração e utilização das linguagens padronizadas de diagnósticos de Enfermagem levou aos estudos de validação dos mesmos (FAVRETTO; CARVALHO, 2008). Segundo Carvalho et al (2008), estes estudos despertaram expressivo interesse entre pesquisadores a partir da década de 1990, sendo que hoje ainda novos diagnósticos continuam a ser propostos reforçando a utilidade de seu emprego.

A validade é a avaliação se um determinado instrumento mede o que se propõe a medir, referindo-se a sua exatidão e confiabilidade (CHAVES et. al, 2008; POLIT; BECK, 2011). Neste sentido, a validação de diagnósticos de enfermagem estabelece o grau em que o fenômeno representa a real situação do indivíduo, família ou comunidade (CARVALHO et al., 2008), legitimando os diagnósticos para cenários clínicos específicos (CHAVES, 2008).

Desta forma, os estudos de validação de diagnósticos de enfermagem são importantes, uma vez que oferecem base para que ocorra o aperfeiçoamento de diagnósticos aprovados e para o desenvolvimento de novos diagnósticos (NANDA, 2010). Estes estudos devem resultar em diagnósticos de enfermagem fundamentados em evidências e resistentes à crítica de enfermeiros profissionais, definição elaborada por Fehring (1987) para designar um diagnóstico de enfermagem válido.

Diante da necessidade de padronização dos diagnósticos de enfermagem, Fehring (1986) aponta a importância da utilização de métodos de validação específicos para atingir o propósito de validação de diagnósticos.

Para Lunney (2008) a utilidade de uma classificação internacional depende de um consenso global que é estabelecido através de pesquisa. Assim, os estudos de validação são a base para futuros estudos relacionando os diagnósticos com outros fenômenos, populações específicas e diferentes faixas etárias.

Na literatura há descrição de alguns modelos para validação de diagnósticos de enfermagem, entre eles constam: Modelo de Gordon e Sweeney (1979) baseado no método clínico e método de validação de diagnóstico diferencial (CHAVES; CARVALHO, ROSSI, 2008; CHAVES, 2008; GARCIA, 1998; FEHRING, 1986); Modelos de Fehring (1986, 1987 e 1994): baseados em métodos denominados Validação de conteúdo de diagnóstico, validação clínica de diagnóstico, medidas de

correlação etiológica e validação diferencial de diagnósticos (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; CHAVES, 2008; GARCIA, 1998; FEHRING, 1986, FEHRING, 1987; FEHRING, 1994) e Modelo de Hoskins (1989) composto por três fases, análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica. Para a realização da análise de conceito Hoskins sugere o modelo de análise de Walker e Avant (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2002; CHAVES, 2008; GARCIA, 1998; HOSKINS, 1989).

No entanto, com o incremento de pesquisas sobre validação de diagnósticos de enfermagem ao longo dos anos, pode-se identificar em diferentes estudos (POMPEO, 2012; SILVA, 2010; CÔRREA, 1997), a necessidade de adaptação destes modelos propostos na literatura.

Diante do exposto, é necessário que enfermeiros, nos diferentes locais de atuação, utilizem a linguagem de diagnósticos de Enfermagem, busquem sempre identificar as potencialidades e os desafios de sua utilização, levantem dúvidas, identifiquem possíveis lacunas e procedam à busca por evidências em relação aos mesmos.

O presente estudo tem como embasamento metodológico o modelo de Hoskins (1989), uma vez que foram percorridas as três etapas propostas, a análise de conceito e a validação por especialistas e validação em ambiente clínico, porém foram realizadas adaptações necessárias que são descritas e justificadas nos tópicos subsequentes.

4.2. O modelo de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Hoskins

O modelo de validação clínica proposto por Hoskins (1989) é apresentado em três fases, são elas: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica.

Na primeira fase, análise de conceito, ocorre a determinação de atributos e características particulares de um conceito. Na segunda fase, validação por peritos, ocorre a validação por especialistas dos dados levantados na primeira fase. E na última etapa os dados levantados na primeira fase, confirmados por especialistas na segunda etapa, são identificados na clínica através de uma interação direta com os pacientes (HOSKINS, 1989).

Para o desenvolvimento da primeira fase, análise de conceito, Hoskins (1989) sinaliza para o modelo de Walker e Avant como um exemplo de método. Walker e Avant (2005) apontam que a análise de conceito encoraja a comunicação uma vez que os atributos dos conceitos são definidos cuidadosamente e precisamente, facilitando o desenvolvimento de teorias e tornando mais fácil o entendimento entre colegas sobre o fenômeno que está sendo discutido. A análise de conceito incorpora uma revisão de literatura, correspondendo ao enquadramento teórico do processo de investigação (WALKER; AVANT, 2005).

A etapa seguinte a análise de conceito, a validação por especialistas, prevê a validação das características definidoras encontradas na primeira etapa, buscando estabelecer quais características definidoras irão representar o conceito e quais deverão ser excluídas (HOSKINS, 1989). Para isso, os especialistas devem ser convidados a apontar se o que foi proposto a partir da primeira etapa representa de fato o conceito, e a importância deste conceito para o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada (HOSKINS, 1989).

Nesta etapa Hoskins (1989) utiliza os passos metodológicos propostos por Fehring (1987). Neste modelo, peritos são convidados a taxar os itens encontrados na fase anterior de acordo com a sua relevância para o diagnóstico. Após a criação das definições operacionais e seleção dos peritos, os passos seguintes para o modelo de validação de conteúdo do diagnóstico proposto por Fehring são:

1. Taxação pelos peritos de cada característica definidora do diagnóstico em estudo em uma escala de 1 a 5. Nesta escala, 1= não é característica ou indicativa do diagnóstico; 2= muito pouco característica do diagnóstico; 3= um pouco característica; 4= consideravelmente característica; e 5= muito característica.

2. Usar a técnica Delphi para obter consenso. Este passo é opcional porque esta técnica poderia tomar uma quantidade considerável de tempo e diminuir a taxa de resposta. A técnica Delphi, contudo, é um excelente método de obtenção de consenso de um grupo de peritos. O método é autônomo, prevê “feedback” e usa repetidas rodadas de questionários.

3. Calcular relações de peso para cada característica definidora. Os pesos são dados da seguinte forma: 1= 0; 2= 0,25; 3= 0,50; 4= 0,75; 5= 1. Os pesos são dados de forma que o escore máximo possível é 1.0 e, assim, um valor não será dado a uma característica definidora que os peritos julgarem não ser indicativa do diagnóstico.

4. Descartar as características definidoras com relações de peso menor que 0.5. Este passo é experimental e é dado apenas até um estudo com uma amostra grande de peritos de todo o país for realizado, ou até repetidos estudos pequenos proverem confirmação dos resultados.

5. As características definidoras com relação de peso maior ou igual a 0.8 serão consideradas “maiores”. Aquelas com relação de peso menor que 0.8 e maior que 0.5 serão chamadas de “menores”. Este passo experimental é tomado apenas até os resultados terem sido confirmados com estudos repetidos ou estudos generalizáveis. Até tal confirmação, as características definidoras serão chamadas “indicadores experimentais maiores ou menores”.

6. Obter um escore total de validação do conteúdo do diagnóstico pela soma dos escores individuais atribuídos e dividindo pelo número total de características definidoras do diagnóstico estudado. As características definidoras com escore menor ou igual a 0.5 não devem ser incluídas no escore total.

De acordo com este modelo, serão consideradas “maiores” se alcançarem um escore de 0.8 ou maior. A lógica é que este escore significa que os peritos concordam que as características definidoras são muito indicativas do diagnóstico estudado.

Para Fehring (1987), idealmente os enfermeiros peritos devem ter no mínimo grau de mestre. Além disso, deve-se considerar os anos de experiência na prática de enfermagem, a condução de pesquisas no diagnóstico de interesse, artigos publicados no diagnóstico e participação em conferências e cursos relevantes realizados na área do diagnóstico de enfermagem. A expertise do perito é um aspecto crítico para a validação por este método.

Na etapa de validação clínica é confirmada a existência no ambiente clínico das características definidoras encontradas na primeira etapa - análise de conceito - e avaliadas por peritos na segunda etapa - validação por especialistas (HOSKINS, 1989). Para a validação clínica, Hoskins (1989) adota os passos propostos por Fehring (1987).

Em seu modelo, Fehring (1987) aponta que se a natureza do diagnóstico de enfermagem se relaciona mais com o desempenho ou fisiologia, então uma abordagem de observação direta junto aos pacientes com o possível diagnóstico a ser estudado seria a mais indicada.

Fehring (1987) ainda prevê que para que seja identificado e validado um diagnóstico, são necessárias observação e constatação do mesmo por pelo menos dois enfermeiros diagnosticadores.

Para cada paciente em que foi identificado o diagnóstico de enfermagem estudado deverá ser calculado o coeficiente de confiabilidade de cada sinal levantado através da seguinte fórmula:

Fig. 1. Fórmula para cálculo de coeficiente de confiabilidade

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\frac{F1 + F2}{N}}{2}$$

Fonte: Fehring, J. R. The Fehring Model. In:Carrol-Johnson, P. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association. Philadelphia: Lippincott, 1994

Na qual:

R= Relação ponderada de confiabilidade entre os examinadores

A= Número de concordâncias

D= Número de discordâncias

F1= Frequência das características observadas pelo primeiro observador

F2= Frequência das características observadas pelo segundo observador

N= número de sujeitos observados

A fórmula usada nesse modelo para obter índices ponderados é uma fórmula padrão de confiabilidade interobservadores, utilizada para levar em conta a frequência relativa de uma dada característica definidora. As características definidoras são ponderadas de acordo com a frequência de observação por cada avaliador. Esta fórmula é utilizada para evitar que uma característica que não é observada com frequência, mas tem acordo entre avaliadores, torne-se uma característica com pontuação alta.

As demais etapas são as mesmas utilizadas para o modelo de validação por especialistas descritas anteriormente.

4.3. Análise de Conceito de Walker e Avant

Para a realização da análise de conceito, Walker e Avant (2005) propõe que as seguintes etapas sejam percorridas:

4.3.1. Seleção do conceito

Walker e Avant (2005) apontam que esta etapa é a que deve ser realizada com maior cuidado. As autoras orientam que seja escolhido um conceito associado ao seu trabalho e aquele mais crítico que atenda as necessidades da pesquisa, para que a partir dele possa ser dado o próximo passo a pesquisa.

4.3.2. Objetivos da análise

Determinar os objetivos ou propósitos da análise é o segundo passo. A determinação dos objetivos auxiliará a focar a atenção sobre exatamente qual uso se pretende fazer dos resultados da análise.

Dentre os objetivos da análise pode-se encontrar a distinção do conceito de linguagem comum e o uso científico dos mesmos conceitos. Outros objetivos podem ser clarificar o significado de um conceito que existe, o desenvolvimento de uma definição operacional ou adicionar a uma teoria existente.

4.3.3. Identificação dos usos do conceito

Usando dicionários de termos específicos e literatura disponível deve-se identificar todos os usos do conceito possíveis de se encontrar. Todos os usos do conceito devem ser considerados não se limitando apenas a busca em literatura médica ou de enfermagem, pois isso pode causar um viés no entendimento do conceito. É imprescindível que sejam realizadas leituras extensivas em tantas fontes diferentes quanto possível.

A revisão de literatura ajuda no suporte ou na validação da sua da definição de atributos.

Uma vez identificados todos os usos do conceito, tanto o comum quanto o científico, deve ser decidido se todos os aspectos do conceito serão considerados ou se aqueles pertinentes ao uso científico.

4.3.4. Determinação de atributos definidores

A determinação dos atributos definidores é o coração da análise de conceito. O esforço é tentar mostrar os atributos que são mais frequentemente associados com o conceito e que permitem ao pesquisador uma percepção mais ampla do conceito.

Ao examinar todos os diferentes aspectos de um conceito, o pesquisador deve tomar notas das características que aparecem mais frequentemente. Deve ser elaborada uma lista de características do conceito, a qual irá auxiliar a nomear a ocorrência deste fenômeno específico, diferenciando-o de outro fenômeno similar ou a ele relacionado.

Se, quando o pesquisador examinar todos os aspectos de um conceito for identificado um amplo número de possibilidades, então uma decisão deve ser tomada em relação a que uso será mais útil, de acordo com o objetivo da análise.

4.3.5. Desenvolvimento de casos-modelo

Um caso modelo é um exemplo de uso do conceito que demonstra todos os atributos definidores do mesmo. Isto é, o caso modelo, deverá ser um caso puro do conceito, um exemplo paradigmático. Basicamente, o caso modelo é algo de que deve estar absolutamente certo de ser um exemplo do conceito.

O caso modelo pode ser desenvolvido primeiro na análise, pode ser desenvolvido simultaneamente com a identificação dos atributos, ou pode emergir após os atributos serem provisoriamente determinados. Eles podem ser exemplos concretos tirados da vida real, encontrados na literatura, ou mesmo construídos pelo pesquisador.

Desenvolvimento de casos adicionais

O propósito básico destes casos é ajudar a decidir os atributos realmente importantes para o conceito. Todos esses casos não são exemplos legítimos do conceito.

Os casos adicionais sugeridos são: borderline, relacionado, inventado, e contrário. Novamente, estes casos podem ser exemplos da vida real, podem vir da literatura, ou podem ser construídos pelo pesquisador.

Casos borderline são aqueles exemplos que contêm muitos dos atributos definidores do conceito em exame, mas não todos. Eles podem conter muitos ou mesmo todas as características definidoras, mas diferem substancialmente em algum deles, tais como a extensão de tempo ou intensidade da ocorrência. Estes casos são inconsistentes de alguma maneira em relação ao conceito em consideração, e enquanto tais eles nos ajudam a ver porque o caso modelo não é inconsistente.

Casos contrários são exemplos claros de “não conceitos”, o que quer que seja o conceito, certamente não será um exemplo dele. Casos contrários são com frequência muito úteis porque geralmente é mais fácil dizer o que algo não é do que o que ele é. Descobrir o que um conceito não é ajuda a ver de que forma o conceito analisado é diferente dos casos contrários. Isto, por sua vez dará a informação sobre o que o conceito deveria ter como atributos definidores se aqueles do caso contrário estão claramente excluídos.

Casos inventados são casos que contêm ideias externas a experiência. Eles em geral são lidos como ficção científica. Frequentemente, para formar uma imagem verdadeira dos atributos definidores críticos, deverá ser retirado o conceito de seu contexto ordinário e colocá-lo em um outro inventado. Nem todas as análises de conceito precisam de casos inventados. Se o conceito for claro e o caso modelo e outros casos ajudam a completar a análise sem dificuldades ou ambiguidades, então provavelmente não será necessária a construção de um caso inventado.

Casos relacionados dão o exemplo do termo conceitual usado impropriamente ou fora do contexto. Estes casos são úteis quando se lida com um significado do termo que é completamente diferente de todos os outros. Ele pode ter um ou dois dos atributos críticos, mas a maior parte dos atributos não se aplicará a ele.

Uma vez que os casos tenham sido criados, eles serão comparados aos atributos definidores uma vez mais para assegurar que todos os atributos definidores foram descobertos.

4.3.6. Identificação de antecedentes e consequências

Walker e Avant (2005) apontam que embora esses dois passos sejam frequentemente ignorados ou tratados com menor ênfase, eles podem clarificar os contextos nos quais o conceito é geralmente usado. Eles também são úteis em posteriores refinamentos dos atributos definidores.

Walker e Avant (2005) apontam que antecedentes são aqueles eventos ou incidentes que devem ocorrer antes da ocorrência do conceito. Assim, um antecedente também não pode ser um atributo definidor para o mesmo conceito. Consequências, por outro lado, são aqueles eventos ou incidentes que ocorrem como um resultado da ocorrência do conceito – em outras palavras os resultados do conceito.

4.3.7. Identificação de referentes empíricos

Determinar os referentes empíricos para os atributos definidores é o passo final na análise de conceito. Quando a análise de conceito está próxima do fim emerge a questão: “Se fosse mensurar este conceito ou determinar sua existência no mundo real, como se faria isso?”.

Em muitos casos, os atributos definidores e os referentes empíricos serão idênticos. Contudo, há momentos nos quais o conceito analisado é altamente abstrato e assim também os seus atributos definidores. Quando isso ocorre, referentes empíricos são necessários. Referentes empíricos são categorias ou classes de um fenômeno concreto que por sua existência ou ocorrência demonstram a ocorrência do conceito.

Referentes empíricos, uma vez definidos, são extremamente úteis no desenvolvimento de instrumentos porque eles são claramente ligados às bases teóricas do conceito, contribuindo assim tanto para a validação do conteúdo e do construto de qualquer novo instrumento. Eles também são muito úteis na prática porque fornecem claramente ao clínico, fenômenos observáveis pelos quais se determina a existência do conceito em clientes específicos.

Procedimiento metodológico

5.1. Análise de conceito

Para o desenvolvimento da análise de conceito fez-se necessário uma revisão bibliográfica cujos passos percorridos estão descritos a seguir.

5.1.2. Identificação do tema e questão de pesquisa

Esta fase consiste na identificação da questão de pesquisa, devendo basear-se em uma pergunta explícita e clara, de modo a auxiliar na identificação das palavras-chaves, bem como a delimitação de busca de informações e escolha dos estudos e informações a serem extraídas (BROOME, 2000).

A pergunta de pesquisa no presente estudo foi: *Quais os elementos caracterizam a eliminação urinária prejudicada no lactente?*

5.1.3. Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para o estudo.

Mendes; Silveira; Galvão (2008) apontam que é desejável incluir todos os estudos encontrados, porém, quando o número de estudos encontrados é extenso faz-se necessário uma seleção, estabelecendo critérios de inclusão e exclusão.

Assim, os critérios de inclusão e exclusão deste estudo foram:

Critérios de inclusão:

- Artigos publicados em inglês, espanhol ou português;
- Artigos que abordavam situações relacionadas à eliminação urinária prejudicada em lactentes;
- Artigos publicados em um período 2008 a 2012. As buscas se limitaram a artigos publicados em revistas científicas dos últimos cinco anos, devido à recomendação da NANDA-I, Inc, de que, para revisão de seus diagnósticos seja realizado revisão bibliográfica em artigos científicos neste período.
- Artigos analisados na íntegra;

Critérios de exclusão:

- Artigos que não respondiam à questão do estudo;
- Resumos;

- Artigos que não abordavam a faixa etária dos lactentes (1 mês de idade à 12 meses de idade)

5.1.4. Estratégia de busca dos estudos

Nesta etapa, procurou-se realizar uma busca reproduzível, objetiva. A mesma foi realizada em quatro bases de dados com significância para a enfermagem, sendo elas:

- CINAHL (*Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), acessada por meio do portal de periódicos CAPES, através do sistema *proxy* oferecido pela biblioteca da UFSCar, disponível em: <<http://web.ebscohost.com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/search/basic?sid=3ffc1495-eec6-43e8-a624-25726cb636f4%40sessionmgr104&vid=1&hid=111>>
- Biblioteca Cochrane, acessada por meio do portal de periódicos CAPES, através do sistema *proxy* oferecido pela biblioteca da UFSCar, disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=pt>>.
- LILACS (Literatura Latina-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>>.
- PubMed, serviço da *U.S. National Library of Medicine do National Institutes of Health*, acessada por meio do portal de periódicos CAPES, através do sistema *proxy* oferecido pela biblioteca da UFSCar, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez31.periodicos.capes.gov.br/sites/entrez>>.

Os descritores deste estudo utilizados nas bases foram selecionados através do MeSH, para termos em inglês, e DeCS para termos em português.

O MeSH é uma lista de termos do vocabulário utilizados para analisar assuntos da literatura biomédica na NLM (*National Library of Medicine*), criado em 1963 pela base de dados MEDLINE (LOURENCINI, 2011).

O DeCS é um vocabulário trilingue que significa Descritores em Ciências da Saúde, foi criado pela BIREME em 1986, para servir como uma linguagem única de indexação. Foi desenvolvido a partir do MeSH visando o uso de terminologia comum para pesquisa (LOURENCINI, 2011).

Desta forma, foram selecionados os seguintes descritores:

MeSH: *urologic diseases, urination disorders, urinary tract, infant.*

DeCS: *doenças do trato urinário, transtornos urinários, trato urinário e lactente.*

A partir disso, para a realização da busca dos estudos foram feitas combinações entre os descritores utilizando os operadores booleanos. Lourencini (2011) aponta que os operadores booleanos são considerados uma das mais importantes ferramentas de pesquisa nas bases de dados bibliográficas, uma vez que estabelecem uma relação entre os termos, sendo importantes para refinar a pesquisa e obter resultados mais precisos. Os operadores podem ser representados como AND, OR, NOT.

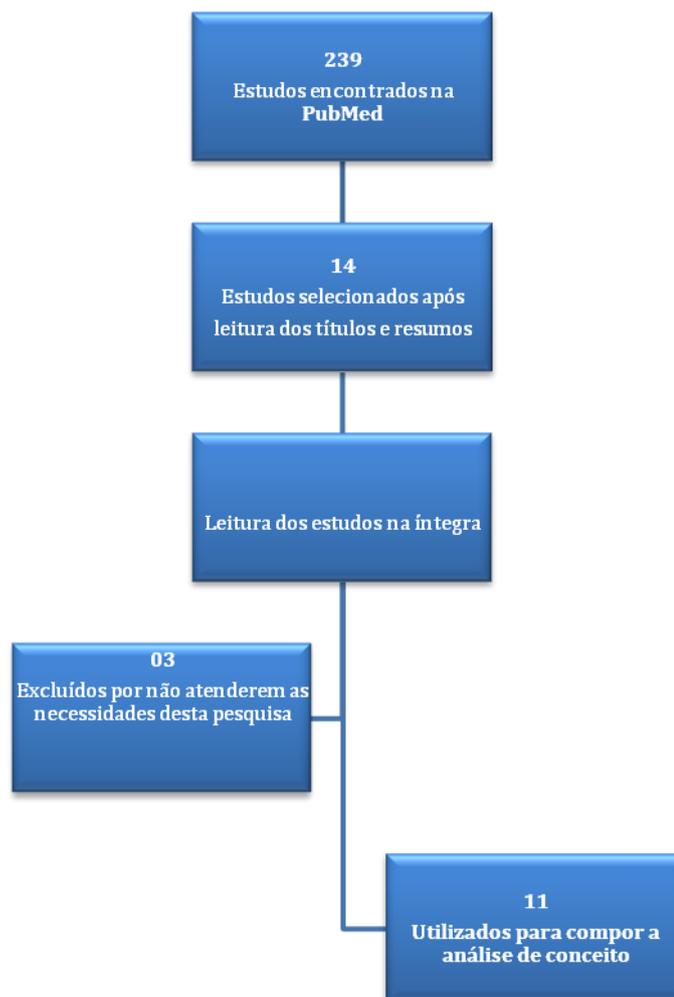
O operador booleano AND deve ser usado para indicar que todos os termos procurados devem estar presentes nos estudos encontrados, de forma que dois ou mais termos utilizados devam aparecer juntos nos estudos encontrados. O operador OR permite a localização de todos os artigos como pelo menos um dos termos buscado. E o operador NOT exclui do resultado os estudos que tenham determinado termo (LOURENCINI, 2011).

Após a identificação dos descritores, procedeu-se a pesquisa nas bases de dados. Os passos percorridos são descritos a seguir:

PubMed

Nesta base utilizou-se a estratégia *PubMed Search Builder*. Primeiramente foi realizado um cruzamento com os seguintes termos: *urinary tract AND urination disorders OR urologic diseases AND infants*, utilizando os limites: Publicações dos últimos 5 anos, humanos, artigos em português, inglês e espanhol, lactentes: 1-23 meses e com abstracts. Esta pesquisa resultou em 70 estudos, dos quais apenas 12 atenderiam os critérios propostos.

Desta forma, optou-se por realizar outro cruzamento com os seguintes termos: *urologic diseases AND urinary tract AND infant*, com os mesmos limites anteriormente citados. Esta busca resultou em 682 estudos. Considerando-se uma grande quantidade de estudos a serem lidos e selecionados, optou-se por refinar esta busca combinando-se os termos: *urination disorders AND urinary tract AND infant*, ainda com os mesmos limites anteriormente citados. A busca resultou em 239 estudos. Destes, após a leitura dos títulos e resumos 14 estudos atenderam os critérios de inclusão e foram buscados em sua íntegra para leitura e categorização de cada um. Após a leitura na íntegra, três foram excluídos, restando 11 estudos que compuseram a amostra desta base.



Fluxograma 1. Etapas de seleção dos artigos na PubMed. São Carlos, 2012.

Cinahl

Nesta base foi utilizado o formulário de pesquisa avançada. Para a busca utilizou-se os seguintes termos: *urinary tract* OR *urologic diseases* OR *urination disorders* AND *infant*. No item opções de pesquisa foram selecionados os itens: booleano/frase; *infant*; excluir registros MEDLINE e publicações do mês de janeiro de 2007 à dezembro de 2011.

A busca resultou em 45 estudos. Destes, após a leitura dos títulos e resumos 20 estudos atenderam os critérios de inclusão e foram buscados em sua íntegra para leitura e categorização de cada um. Dos selecionados, três não foram encontrados na íntegra e um estudo era em língua francesa. Após a leitura na íntegra de todos os estudos, seis foram excluídos, restando dez estudos que compuseram a amostra desta base.



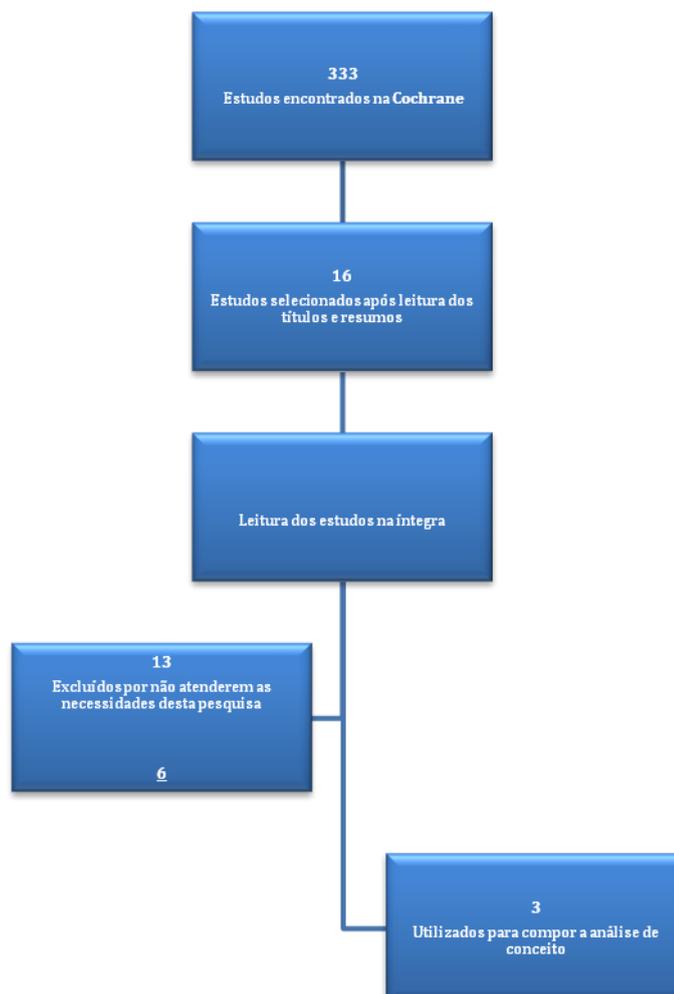
Fluxograma 2. Etapas de seleção dos artigos na CINAHL. São Carlos, 2012.

Cochrane

Nesta base foram utilizados os seguintes termos de busca: “*urinary tract*” OR “*urologic diseases*” OR “*urination disorders*” AND “*infant*”. Não foram utilizados nenhum limite de busca. A busca resultou em 153 estudos, que após a leitura dos títulos e resumos observou-se que os mesmos não atendiam os critérios de inclusão propostos.

Diante disso, foram feitas outras combinações visando encontrar estudos elegíveis. Combinou-se então: “*urologic diseases*” AND “*infant*”, resultando em 13 estudos. “*urologic disorders*” AND “*infant*”, resultou em 3 artigos e “*urinary tract*” AND “*infants*” resultando em 333 artigos. Destes, após a leitura dos títulos e resumos, 16 estudos atenderam os critérios de inclusão e foram buscados em sua íntegra para leitura e categorização de cada um. Após a leitura na íntegra, 13 foram excluídos, restando 3 estudos que compuseram a amostra desta base.

O fluxograma a seguir descreve a trajetória para a seleção e utilização dos artigos levantados nesta base.



Fluxograma 3. Etapas de seleção dos artigos na Cochrane. São Carlos, 2012.

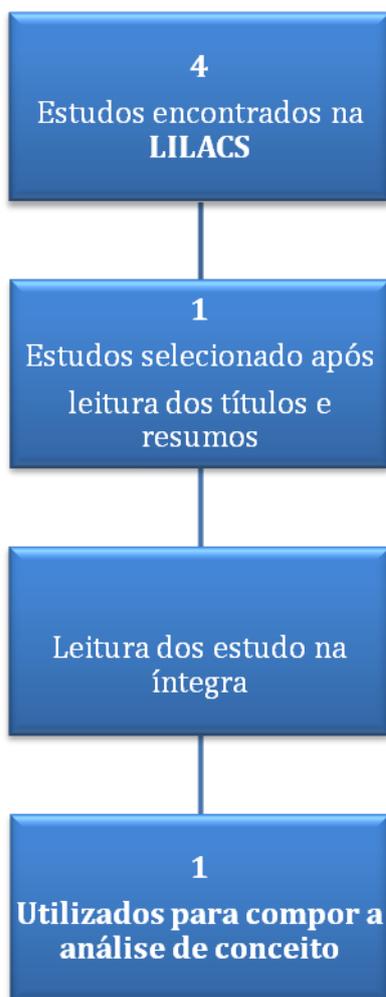
LILACS

Nesta base utilizou-se os seguintes termos: *doenças do trato urinário, trato urinário, transtornos urinários e lactente*. A busca se deu através de pesquisa via formulário iAH. Primeiramente foi realizado um cruzamento com os seguintes termos: *doenças do trato urinário OR transtornos urinários OR trato urinários AND lactentes*. Esta pesquisa resultou em dois estudos, sendo que nenhum atendia os critérios propostos.

Desta forma, optou-se por realizar outro cruzamento com os seguintes termos: *doenças do trato urinário AND lactentes*, esta busca resultou em apenas um estudo.

Optou-se então por fazer um terceiro cruzamento com os seguintes termos: *trato urinário* AND *lactente*, a busca resultou em apenas um estudo. O cruzamento dos termos: *transtornos urinários* AND *lactentes* não resultou em nenhum estudo.

No quinto cruzamento foram utilizados os seguintes termos: *trato urinário* AND *lactentes*. Esta última busca resultou em quatro artigos. Destes, após a leitura dos títulos e resumos 1 estudo atendeu os critérios de inclusão e foi buscado em sua íntegra para leitura e categorização. Assim, apenas um estudo compôs a amostra desta base.



Fluxograma 4. Etapas de seleção dos artigos na LILACS. São Carlos, 2012.

Para realizar a análise de todos os elementos do diagnóstico, previstos de acordo com o modelo utilizado, sentiu-se necessidade de consultar ainda livros textos e dicionários. Essa consulta visou melhor clarificar o conceito, uma vez que o mesmo está fortemente ligado a fisiologia e urologia. Assim, foram consultados dois livros

atualizados de Urologia Pediátrica, utilizando-se 8 capítulos dos mesmos, 2 livros de fisiologia humana e 2 Dicionários de termos médicos (APÊNDICE 1)

5.2. Validação por especialistas

Como já descrito anteriormente no método de validação de Hoskins, nesta etapa é prevista a validação das características definidoras encontradas na primeira etapa, buscando estabelecer quais características definidoras irão representar o conceito e quais deverão ser excluídas (HOSKINS, 1989). Porém, neste estudo, também será avaliada a pertinência da definição do diagnóstico e os fatores relacionados, uma vez que as etapas descritas anteriormente, na análise de conceito, preveem a revisão destes itens.

Para isso, os especialistas serão convidados a apontar se o que foi proposto, a partir da primeira etapa, representa de fato o conceito, e a importância deste conceito para o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada quando identificado em lactentes (HOSKINS, 1989).

Pesquisadores apontam que um dos pontos mais críticos nos estudos de validação é a seleção por peritos, devido ao perfil proposto para os mesmos. Considera-se que a obtenção do número adequado de peritos é o passo mais difícil do modelo de validação por peritos (CARVALHO et. al, 2008).

Diante disto, optou-se por explorar um modelo de validação por especialistas que possa ser conduzido com quantidade menor de peritos. Assim, no presente estudo será realizada a validação por consenso, que consiste em um processo onde se obtém a opinião ou concordância entre o autor do instrumento e um grupo de especialistas em menor número do que o proposto por Fehring (1987) em seu modelo de validação.

5.2.1. O modelo de validação consensual

O modelo de validação consensual foi desenvolvido inicialmente por Wesorick e vem sendo aprimorado por vários pesquisadores (WESTMORELAND, et.al., 2000). Este processo tem sido utilizado na construção de questionários e escalas e durante a realização de adaptação cultural (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Tem como

principais objetivos determinar a validade de conteúdo de um instrumento, e identificar partes dele nas quais são necessárias adições, exclusões ou revisões (WESTMORELAND, et.al., 2000).

A literatura aponta a ampla utilização deste método de validação de conteúdo para diversos tipos de estudos. Alguns autores o utilizaram para validar as ligações entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (AZZOLIN, et.al., 2010). Outros autores, para o mapeamento e validação de diagnósticos de enfermagem em unidades específicas (AQUINO et.al., 2010) e também para validar as características definidoras de diagnóstico de enfermagem (SURIANO et.al, 2011). Além disso, sua utilização foi citada em estudos de validação de instrumentos (WESTMORELAND, et.al., 2000).

Para a realização da validação de conteúdo os peritos devem classificar cada elemento em uma escala Likert de um a quatro pontos, onde um será considerado não relevante; dois, um pouco relevante; três, bastante relevante e quatro, muito relevante. Neste modelo de validação os peritos devem identificar lacunas e fazer sugestões. Os itens que não obtiverem um nível mínimo de concordância devem ser excluídos (WESTMORELAND, et.al., 2000).

Lynn (1986) aponta que no mínimo cinco peritos fornece um nível suficiente para validação. Entretanto em algumas áreas torna-se difícil obter este número, desta forma o número mínimo de peritos pode ser três.

Determinado o número de peritos, deve-se estabelecer o índice de concordância entre peritos que será adotado (LYNN, 1986), ou seja, a nota de corte a ser adotada com vistas a delimitar o que será validado e o que será excluído. O modo mais utilizado para calcular a validade de conteúdo é o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que deriva de uma escala ordinal de quatro pontos onde um representa um item não relevante, e quatro um item extremamente relevante (LYNN, 1986; WESTMORELAND, 2000). A escala de quatro pontos tem sido apontada como preferível uma vez que ela não inclui uma pontuação mediada (LYNN, 1986).

O IVC para cada item é determinado pela proporção de peritos que consideraram o conteúdo válido (pontuaram três ou quatro) (LYNN, 1986; WESTMORELAND, 2000). O do IVC é realizado através da divisão entre a soma das respostas três e quatro (concordância) e o número total de respostas (WYND, 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; WESTMORELAND, et.al., 2000). Cada item do instrumento deve

receber IVC superior a 0,8 para ser considerado válido (WESTMORELAND, et.al., 2000).

Figura 2. Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). São Carlos, 2012.

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas 3 e 4}}{\text{Número total de respostas}}$$

Fonte: WESTMORELAND, D.; WESORICK, B.; HANSON, D.; WYNGARDEN, K. Consensual Validation of Clinical Practice Model Practice Guidelines. *J Nurs Care Qual.* v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000

Os itens que obtiverem IVC de 0,8 ou maior são considerados válidos (WESTMORELAND, 2000). Já os itens que não atingirem a concordância mínima de 0,8 devem ser revisados ou retirados (LYNN, 1986).

5.2.2. Seleção dos peritos

Levando-se em consideração que os enfermeiros expertos ou peritos devem possuir profundo conhecimento em determinada área, a literatura recomenda que, para o processo de seleção de peritos, levem-se em conta que os mesmos tenham experiência clínica, pesquisem e publiquem sobre o tema (GRANT; DAVIS, 1997; DAVIS, 1992). Assim, Galdeano e Rossi (2006) apontam para a necessidade da seleção de peritos ser embasada em critérios bem estabelecidos e claros.

Desta forma, considerando os estudos já realizados sobre diagnóstico de enfermagem utilizando a validação por consenso, e a especificidade do diagnóstico de enfermagem a ser validado neste estudo, optou-se por uma amostra de dez peritos, tendo os mesmos experiência em saúde da criança, em diagnósticos de enfermagem e pesquisa em enfermagem.

Os especialistas foram selecionados de acordo com os critérios recomendados por Fehring (1994). Este modelo foi apontado por uma revisão integrativa de literatura como o mais indicado para estudos de validação de conteúdo diagnóstico (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Este autor (FEHRING, 1994) recomenda que os peritos tenham minimamente mestrado em enfermagem e propõe um sistema de pontuação para direcionar essa seleção, apresentado a seguir:

Quadro 1. Sistema de pontuação para peritos proposto por Fehring.

Crítérios	Pontos
Mestrado em enfermagem	4
Mestrado em enfermagem – dissertação de conteúdo relevante para este estudo	1
Pesquisa com publicação na área de diagnósticos ou saúde da criança	2
Artigo publicado sobre diagnósticos em revista científica	2
Doutorado na área de diagnóstico ou saúde da criança	2
Prática clínica de no mínimo um ano em área relevante ao diagnóstico de interesse	1
Especialização em área de prática clínica relevante ao diagnóstico de interesse	2

Fonte: Fehring, J. R. The Fehring Model. In:Carrol-Johnson, P. Classification of nursing diagnoses: procedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association. Philadelphia: Lippincott, 1994, p.59.

Nesta pontuação, cada perito deve ter no mínimo cinco pontos para que seja selecionado e quanto maior os pontos atribuídos a cada perito, maior a força de evidência de sua expertise (FEHRING, 1994).

A identificação dos potenciais peritos para esta pesquisa se deu através de contatos do grupo de pesquisa SAESC (Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistema de Classificação) da UFSCar com pesquisadores de outros grupos.

5.2.3. Coleta de dados

Realizado o levantamento dos peritos, foi emitido um convite para a participação deste estudo, por e-mail, para cada um dos peritos. Este e-mail explicava os objetivos da pesquisa, bem como os critérios utilizados para classifica-lo como perito.

Dezoito convites foram enviados (APÊNDICE 2). Destes, nove responderam aceitando participar do estudo e um se recusou a participar. A recusa foi acompanhada de uma indicação de outro perito, que foi convidado também por e-mail e aceitou participar da pesquisa.

Após os aceites dos participantes da pesquisa, um novo e-mail foi enviado. Este continha um instrumento que visava caracterizar os peritos (APÊNDICE 3), com informações referentes ao perfil profissional. Também foi enviado o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) que deveria ser assinado, digitalizado e devolvido, e o instrumento para a avaliação do diagnóstico de enfermagem em estudo.

O instrumento de coleta de dados foi construído com base na análise do conceito eliminação urinária prejudicada, considerando sua identificação em lactentes, e na revisão do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada da NANDA-I, Inc.

No instrumento constava o objetivo do estudo, bem como uma explicação sobre a forma de resposta que deveria constar abaixo de cada questionamento, visando clarificar o máximo possível a preenchimento do mesmo. Assim, os peritos os receberam instruções específicas sobre como avaliar cada item e o instrumento como um todo (APÊNDICE 4). Para mensuração de cada item proposto a ser validado foi utilizada a escala Tipo Likert com pontuação de um a quatro.

5.2.4. Tratamento dos dados

Para avaliar as medidas de concordância entre avaliadores foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este índice é obtido através da divisão entre a soma das respostas três e quatro (concordância) e o número total de respostas (WYND, 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; WESTMORELAND, et.al., 2000). O IVC foi calculado para cada item que compõe o diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada.

Para cada item ser considerado válido ele deveria receber IVC igual ou superior a 0,8 (WESTMORELAND, et.al., 2000).

Para a análise da avaliação dos peritos os dados foram distribuídos em uma planilha do programa Excel da Microsoft®.

5.3. Validação Clínica

O modelo de validação proposto por Hoskins prevê, na etapa de validação clínica, a confirmação da existência no ambiente clínico das características definidoras encontradas na primeira etapa - análise de conceito - e avaliadas por peritos na segunda etapa - validação por especialistas (HOSKINS, 1989). Para a validação clínica, Hoskins (1989) sugere os passos propostos por Fehring (1987), anteriormente descritos.

No entanto, com o incremento de pesquisas sobre validação de diagnósticos de enfermagem ao longo dos anos, pode-se identificar em diferentes estudos (POMPEO, 2012; SILVA, 2010; CÔRREA, 1997), a necessidade de adaptação do modelo proposto por Fehring (1997). No presente estudo, também foi identificada a necessidade de adaptação deste modelo, devido ao limite de tempo para o término da pesquisa.

Em seu modelo, Fehring (1997) aponta que se a natureza do diagnóstico de enfermagem se relaciona mais com o desempenho ou fisiologia, então uma abordagem de observação direta, junto aos pacientes com o possível diagnóstico a ser estudado, seria a mais indicada. No presente estudo, os dados relativos às características definidoras serão coletados através de entrevista com os pais ou responsáveis pelos lactentes e também através de consulta aos prontuários. Optou-se por substituir a observação direta pela entrevista aos pais, uma vez que, em se tratando de crianças mais novas, na maioria das vezes as informações são comunicadas aos enfermeiros pelos pais (HOCKENBERRY, 2006).

5.3.1. Local de Estudo e período da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos seguintes locais: Enfermaria pediátrica de um Hospital Geral de grande porte; Ambulatório de pediatria do mesmo hospital; e uma Clínica de Urologia. Todas situadas em uma capital da região centro-oeste do país.

A enfermaria pediátrica e o ambulatório de pediatria foram escolhidos por estarem inseridos em uma instituição pública, de grande porte e que dispõe de um departamento de ensino e pesquisa, oferecendo infraestrutura necessária para o desenvolvimento do estudo.

A clínica de urologia foi escolhida por se tratar de uma clínica que oferece atendimento especializado em uropediatria.

A coleta de dados ocorreu durante todos os dias do mês de Outubro de 2012.

5.3.2. População e amostra

A população deste estudo foi composta por lactentes (crianças de 1 mês a doze meses de idade) com patologias relacionadas ao sistema geniturinário, que estiveram nos locais e data pré-estabelecidos para a coleta de dados e, cujos pais ou responsáveis aceitaram responder a entrevista, autorizaram a coleta de dados dos prontuários dos lactentes e assinaram o TCLE.

Desta forma, foi composta uma amostra por conveniência (POLIT; BECK, 2011). Este tipo de amostra utiliza pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes (POLIT; BECK, 2011).

5.3.3. Instrumento de coleta de dados

Foi construído um instrumento específico para o atendimento do objetivo desta etapa do estudo, composto por três partes (APÊNDICE 5):

- **Parte 1:** Idade e sexo do lactente, identificação sobre o tipo e local de atendimento, experiência com internações anteriores e diagnóstico médico.
- **Parte 2:** Dados coletados junto aos responsáveis do lactente, através de entrevista estruturada, sobre impressões acerca da eliminação urinária do lactente.
- **Parte 3:** Composta por dados clínicos coletados junto ao prontuário do lactente.

5.3.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de acordo com a unidade em que acontecia.

- ***Coleta de dados na enfermaria pediátrica***

Diariamente na unidade pediátrica, junto ao serviço de enfermagem, eram identificados os lactentes internados no setor com patologias relacionadas ao sistema geniturinário.

A partir da identificação dos possíveis sujeitos para a pesquisa, havia uma aproximação da pesquisadora com a criança e sua família, com apresentação e

explicação sobre os objetivos da pesquisa, como seriam coletados os dados e a importância da participação daquela criança e seu responsável no estudo. Mediante o aceite e assinatura do TCLE pelos responsáveis pelas crianças, era iniciada a coleta de dados.

Eram coletados dados do prontuário da criança. A coleta destes dados visava a identificação das características definidoras do DE em estudo entre as anotações dos profissionais de saúde, assim como o motivo da internação e diagnóstico médico.

Após a coleta de dados junto aos prontuários, eram realizadas as entrevistas com os responsáveis pelos lactentes. Esta entrevista visava coletar percepções dos mesmos com relação à eliminação urinária dos lactentes.

- ***Coleta de dados no ambulatório de pediatria***

Para a coleta no ambulatório de pediatria foram identificados os dias e horários em que havia atendimento agendado a lactentes. Após esta identificação os responsáveis pelos lactentes eram abordados pela pesquisadora, que apresentava os objetivos da pesquisa e os convidava-os a participarem da entrevista sobre a eliminação urinária do lactente.

Mediante o aceite será solicitada a assinatura do TCLE e iniciada a coleta de dados. Primeiramente será realizada a entrevista com o responsável. Após a entrevista, serão coletados os dados junto aos prontuários dos lactentes.

- ***Coleta de dados na clínica de urologia***

Para a coleta de dados na clínica de urologia era identificado o agendamento, dia e horário, de lactentes para consulta médica. Esta identificação ocorria por contato telefônico com as secretárias da clínica. Nos dias em que haviam lactentes agendados para atendimento, a pesquisadora se dirigia à clínica e abordava os pais com a apresentação dos objetivos do estudo e convite para participar do mesmo.

Mediante o aceite era solicitada a assinatura do TCLE e iniciada a coleta de dados. Primeiramente era realizada a entrevista com o responsável e após a entrevista, eram coletados os dados junto aos prontuários.

5.3.5. Análise dos dados

Para descrever e sintetizar os dados coletados foi utilizada a estatística descritiva (POLIT; BECK, 2011), que é utilizada para descrever e sintetizar os dados através de médias e porcentagens, resultando em parâmetros (POLIT; BECK, 2011).

Para a análise das características definidoras encontradas na população do estudo foi utilizada a distribuição por frequência, que é utilizada para a ordenação de dados numéricos e resultando arranjo sistemático de valores numéricos em ordem crescente, ao lado da soma ou porcentagem do número de vezes que cada valor foi obtido (POLIT; BECK, 2011).

A partir disso foi observada a frequência em que as características definidoras constantes na NANDA- I, Inc para o DE eliminação urinária prejudicada, assim como as novas características definidoras propostas, eram identificadas nos lactentes com problemas urinários, seja pelo relato dos responsáveis, seja pelo registro no prontuário ou por ambos. Cada CD será considerada apenas uma vez, ainda que seja identificada durante a entrevista e no prontuário.

Para auxiliar no registro e análise dos dados coletados serão utilizados os programas Microsoft Office Excel 2007 e Microsoft Word 2007.

6. Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos de uma Universidade Federal localizada em uma capital do centro-oeste do país, sob carta de aprovação No. 0331.0.049.000-11. Todas as recomendações da Resolução CONEP 196/96 foram atendidas.

Os dados das duas etapas que envolviam seres humanos, somente foram coletados e computados na pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos.

Na etapa de validação por especialistas os TCLE foram digitalizados e enviados via e-mail. A devolução dos mesmos também se deu por e-mail. Os participantes do estudo após o recebimento do TCLE por e-mail, imprimiam os mesmos, assinavam-o e os devolviam digitalizados.

Resultados e Discussão

7.1. Análise de conceito

7.1.2. Seleção do conceito

Foi realizada uma análise do conceito “eliminação urinária prejudicada”, considerando-se sua ocorrência em lactentes. O atributo prejudicada foi incluso no conceito uma vez que o seu uso especifica o sentido do conceito do diagnóstico, dando clareza ao mesmo (HERDMAN, 2013), no caso o dano na eliminação urinária.

7.1.3. Objetivos da análise

O objetivo desta análise foi explorar o conceito “eliminação urinária prejudicada”, com vistas a analisar com maior profundidade os elementos do diagnóstico de enfermagem com o mesmo nome, quando observado entre lactentes e, a partir desta análise, obter subsídios para validar este diagnóstico junto a esta população.

Esta análise mostrou-se necessária mediante a realização de estudos anteriores desenvolvidos (BARBOSA; NAPOLEÃO, 2010a e BARBOSA; NAPOLEÃO, 2010b) nos quais foram observados que possivelmente havia lacunas no diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada quando o mesmo era observado em lactentes, concluindo-se que outras características definidoras deveriam ser consideradas para melhor retratar a condição dos lactentes com este diagnóstico de enfermagem.

Observou-se também que este diagnóstico foi apresentado em 1973, com revisão em 2006. Constata-se, em consulta a exemplares da taxonomia da NANDA-I, Inc, que houve alteração apenas de seu título, antes apresentado como eliminação urinária alterada, reforçando assim necessidade da revisão deste diagnóstico.

7.1.4. Identificação dos usos do conceito

O conceito “eliminação urinária prejudicada” foi utilizado com maior frequência pela medicina e suas especialidades e em uma quantidade bem menos expressiva pela enfermagem. Dentro da área médica a especialidade que mais apresenta estudos sobre o

tema é a nefrologia pediátrica, seguida da urologia pediátrica e pediatria geral. Em uma quantidade menor também se identificou sua abordagem nas especialidades: nefrologia geral, cirurgia pediátrica, e patologia pediátrica.

Os estudos da enfermagem são de atualização sobre o diagnóstico médico de infecção do trato urinário, demonstrando os tipos de infecção, bem como os sinais e sintomas, tipos de exames e tratamento visando dar subsídios para uma prática assistencial segura (O'SHEA, 2010; LIPLEY, 2007) e sobre como o exame de urina pode fornecer condições valiosas sobre a condição do paciente, permitindo a detecção de doenças sistêmicas e infecções (BISHOP, 2008).

A nefrologia e a nefrologia pediátrica possuem estudos que descrevem achados clínicos e laboratoriais de patologias do trato urinário observadas entre lactentes (MUÑOZ; GUÍO, 2009; ISMAILI et. al, 2011), prevalência de algumas patologias (PERU et. al, 2009) e prevenção e tratamento das mesmas (HSU; SYMONS, 2010). Utilizam-se também de estudos de caso para demonstrar novos achados clínicos em lactentes com patologias urinárias (ATAEI et. al, 2010).

A urologia pediátrica também traz estudos de prevalência de patologias, tratamento e achados clínicos. Porém difere da nefrologia com relação à localização destas patologias, uma vez que a nefrologia foca mais em doenças do trato urinário superior (rins e ureteres) e a urologia, de todo o trato urinário (rins, ureteres, bexiga e uretra).

A cirurgia pediátrica avalia anormalidades urodinâmicas em lactentes (DEMIBARG et.al , 2009). Já a pediatria traz estudos que observam manifestações gerais das crianças, que por vezes são relacionadas a distúrbios geniturinários, como Bolte (2007), que descreve patologias que apresentam o choro como sinal observado no lactente, entre elas a infecção do trato urinário. Bolte (2007) também aponta que entre lactentes os sinais manifestados no caso de algumas patologias, são inespecíficos quando comparados a outras faixas etárias.

Os livros utilizados na análise de conceito eram da especialidade urologia pediátrica. Apresentavam atualizações com relação a patologias do trato urinário mais incidentes em crianças, bem como tratamento, métodos de diagnóstico e prevenção (GIRON, et. al. 2011; GODBOLE, et. al, 2008), além de trazer descrições de problemas urinários por meio de simulações de casos clínicos (GODBOLE, et. al, 2008).

7.1.5. Determinação de atributos definidores

Os atributos definidores são os mais frequentemente associados com o conceito e permitem ao pesquisador uma percepção mais ampla do mesmo. Na análise de conceito são características que atuam como elementos para discriminar o que é uma expressão do que não é (WALKER; AVANT, 2005).

Nesta etapa foram identificados os atributos mais fortemente associados com o conceito “eliminação urinária prejudicada”, quando este fenômeno é observado em lactentes.

O quadro abaixo lista os atributos associados ao conceito.

Quadro 2. Atributos definidores do conceito eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2013.

Atributos definidores	Fonte
Febre	Muñoz; Guío (2009); Ismaili et. al. (2011); Bolte (2007); Newson (2009); Larcombe (2008); Pellowe; Rogers (2007); Friedman (2007); Neher (2008); O’Shea (2010); Liplely (2007); Shaikh et. al. (2007); Brandström et. al. (2010); Dénes (2011); Schuartsman (2011); Mauriquand (2008); Hutton (2008)
Anúria	Sinha; Agarwal (2010)
Disfunção vesical	Demibarg, et. al. (2009); Izquierdo; Mialdea (2008)
Retenção urinária	Wickramasuriya, et. al (2008); Giron (2011); Dénes; Machado (2011)
Jato urinário fraco	Wickramasuriya, et. al (2008); Giron (2011); Dénes; Machado (2011)
Interrupção na micção	Izquierdo; Mialdea (2008)
Disfunção miccional	Malone (2008)
Choro inconsolável	Bolte (2007); Bolte (2007)

Choro ao urinar	Schuartsman (2011)
Irritabilidade	Bolte (2007); Newson (2009); Larcombe (2008); Pellowe; Rogers (2007); O'Shea (2010); Hutton (2008)
Letargia	Newson (2009); Larcombe (2008); Pellowe; Rogers (2007); Dénes (2011); Hutton (2008)
Septicemia	Newson (2009);
Vômito	Newson (2009); Larcombe (2008); Pellowe; Rogers (2007); O'Shea (2010); Dénes (2011); Hutton (2008)
Dor abdominal	Larcombe (2008); Pellowe; Rogers (2007);
Hematúria	Larcombe (2008); Pellowe; Rogers (2007); O'Shea (2010); Giron (2011)
Urina fétida	Larcombe (2008); Pellowe; Rogers (2007); O'Shea (2010); Schuartsman (2011); Hutton (2008)
Perda de apetite	Pellowe; Rogers (2007); O'Shea (2010); Dénes (2011)
Micção por gotejamento	Giron (2011); Gundeti ; Mushtaq (2008)
Fluxo retrógrado de urina	Dénes (2011)
Obstrução do trato urinário	Dénes; Machado (2011)
Distensão abdominal	Dénes; Machado (2011)
Líquido claro proveniente do ânus	Gundeti ; Mushtaq (2008)
Percepção de disúria pelos pais	Hutton (2008)

A partir da análise dos atributos encontrados na literatura os mesmos foram agrupados nas seguintes categorias:

- Atributos específicos da eliminação urinária prejudicada no lactente: anúria, disfunção vesical, retenção urinária, jato urinário fraco, interrupção na micção; disfunção miccional; choro ao urinar; hematúria; urina fétida; micção por

gotejamento; fluxo retrógrado de urina; obstrução do fluxo de urina; líquido claro proveniente do ânus e percepção de disúria pelos pais.

- Atributos inespecíficos observados no lactente: febre; choro inconsolável; irritabilidade; septicemia; vômito; letargia; perda de apetite; e distensão abdominal.

Os atributos definidores relacionados à eliminação urinária se relacionam com diferentes etapas do processo de eliminação urinária, quais sejam: transporte de urina dos rins até a bexiga, armazenamento e micção.

Autores da fisiologia apontam que o processo de eliminação de urina se inicia nos rins, onde ocorre a filtração do plasma sanguíneo e formação da urina que é drenada para o interior de uma cavidade denominada pelve renal e, a seguir, é canalizada de ambos os rins através dos ureteres até a bexiga, onde é armazenada e eliminada através do ato de micção (BISHOP, 2008; FOX, 2007; BIRNEY, 2007).

Com relação aos atributos inespecíficos do conceito eliminação urinária prejudicada em lactentes, observou-se que o atributo inespecífico febre é o mais frequentemente citado na literatura. Lipley (2007) aponta que a febre é considerada quando a temperatura corporal do lactente esta acima de 38^o por mais de 24 horas, já Shaikh et. al. (2007) e Schuartsman (2011) sugerem que a febre ocorre quando a temperatura corporal do lactente está acima de 39^oC por mais de 48 horas sem foco aparente, para ser um indicativo de problemas com a eliminação de urina. E Brandström et. al (2010) aponta que febre recorrente pode ser indício de disfunção no aparelho urinário.

Assim, os atributos definidores identificados consistem em evidências de eliminação urinária prejudicada, considerando sua ocorrência em lactentes.

7.1.6. Desenvolvimento do caso modelo

Um caso modelo é um exemplo de uso do conceito que demonstra todos os atributos definidores do mesmo. Deverá ser um caso puro do conceito, algo de que deve estar absolutamente certo de ser um exemplo do conceito (WALKER; AVANT, 2005).

Nesta etapa foi construído um caso modelo fictício que retratou a eliminação urinária prejudicada em lactentes, incluindo atributos definidores identificados.

CASO MODELO

Lactente do sexo masculino, três meses e 10 dias, é trazido à unidade de saúde pela mãe. A mesma relata à enfermeira que o filho apresenta febre de 38^oC persistente desde ontem. Ela também diz que o filho não está mamando como de costume, está choroso e hoje pela manhã, observou que o bebê começou a chorar muito enquanto urinava. Este fato chamou sua atenção e ela resolveu observar com mais atenção a urina do bebê. Sentiu odor forte e também que durante a micção a urina não “sai de uma vez”, ela vai “pingando os poucos”.

Ao examinar a criança, a enfermeira notou que a criança apresenta irritabilidade, bexiga palpável na região suprapúbica, está com febre (38,5^oC) no momento. Também constatou que o lactente perdeu 500g desde sua última consulta.

7.1.7. Identificação de casos adicionais

Visando decidir os atributos realmente importantes para o conceito. Foi construído um caso contrário fictício.

Segundo Walker e Avant (2005) casos contrários são exemplos claros de “não conceitos”, o que quer que seja o conceito, certamente não será um exemplo dele. Eles são muito úteis porque geralmente é mais fácil dizer o que algo *não* é do que o que ele é.

CASO CONTRÁRIO

Lactente de três meses, sexo masculino, é trazido à unidade para consulta de puericultura. Durante entrevista com a mãe, a mesma relata que o filho mama a cada 3 horas, tem apresentado sono tranquilo, e quando acordado está sempre risonho, chorando apenas quando está com fome ou necessitando de troca de fraldas.

Ao exame físico, abdome apresenta-se normotenso, sem massas palpáveis. Ao observar a micção, notou-se que o jato urinário apresenta-se forte e contínuo, a urina está com coloração clara e odor característico.

Os dados antropométricos mostram que o lactente teve ganho de 1kg desde sua última consulta. No momento encontra-se afebril, corado e risonho.

7.1.8. Identificação de antecedentes e consequências

Antecedentes

Os antecedentes identificados na literatura consultada durante análise de conceito bem como as consequências serão listados nos Quadros 3 e 4 a seguir.

Quadro 3. Antecedentes do conceito eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2013.

Antecedentes	Fonte
Pielonefrite	Muñoz; Guío (2009)
Uropatia obstrutiva	Sinha; Agarwal, (2010)
Litíase	Ataei et. al, (2011)
Refluxo vesicoureteral	Ismaili et. al (2011); Izquierdo; Mialdea(2008); Demibarg et. al (2009); Neher (2008); Dénes (2011); Mauriquand, (2008): Peru (2008)
Anormalidades congênitas do rim e do trato urinário	Ismaili et. al (2011)
Anormalidade anatômica do trato urinário	Newson (2009)
Infecção do trato urinário	Ismaili et. al. (2011); Ataei et. al. (2011); Bolte (2007); Pellowe; Rogers (2007); Friedman(2008); O´Shea (2010); Lipley, (2007); Schuartsman(2011); Peru (2008); Newson (2009); Larcombe (2008)
Má formação geniturinária	Coker et. al (2008)
Obstrução anatômica	Wickramasuriya et. al.(2008); Malone (2008)
Obstrução de vias urinárias	O´Toole (2008)
Dilatação de vias urinárias	O´Toole (2008)

Bacteriúria	Bolte (2007)
Tumor de Wilm's	Ataei et. al (2010)
Hidronefrose	Ataei et. al (2010); Coker (2008); Giron (2011)
Válvula de uretra posterior	Dénes; Machado (2011)

Após a análise dos antecedentes do conceito eliminação urinária prejudicada observou-se que os mesmos podem ser agrupados em:

- **Infecção do trato urinário:** Infecção do trato urinário, Pielonefrite e Bacteriúria.
- **Obstrução anatômica:** Uropatia obstrutiva, Litíase e Obstrução de vias urinárias
- **Anormalidades congênitas do rim e do trato urinário:** Refluxo vesicoureteral, Estenose de Junção Pielo-ureteral (estenose de JUP), Válvula de uretra posterior, megaureter primário.
- **Neoplasia:** Tumor de Wilm's

A infecção do trato urinário é uma denominação aplicada a diversas condições clínicas, sendo que essas podem variar desde a presença assintomática de bactérias na urina até a infecção renal grave (NOUYEN, 2007).

Das infecções que acometem o trato urinário, as infecções bacterianas são as mais frequentes em pediatria, sendo responsável por 5 a 14% das visitas anuais ao atendimento de emergência (SCHVARTSMAN, 2011). Estas infecções são definidas pelo crescimento significativo de bactérias no trato urinário podendo ser manifestado como cistite, quando limitada à bexiga, ou pielonefrite, quando envolve o parênquima renal (SCHVARTSMAN, 2011).

Os agentes etiológicos mais comuns são as bactérias gram- negativas (MUÑOZ; GUÍO, 2009) sendo as presentes no trato intestinal habitualmente responsáveis pelas infecções do trato urinário, destacando-se a *Escherichia coli*, implicada em 60 a 80% das ITU em ambos os sexos (SCHVARTSMAN, 2011). A incidência de ITU é afetada por diversos fatores, entre eles, sexo, idade e presença de prepúcio no menino. No entanto, de forma geral, as meninas são mais predispostas a ITU (SCHVARTSMAN, 2011). Até o terceiro mês de vida, observa-se que os meninos estão mais predispostos a desenvolver ITU, porém, a partir do terceiro mês a prevalência de ITU entre os meninos

diminui progressivamente e observa-se valores elevados de ITU entre as meninas a partir do terceiro mês de vida (SCHVARTSMAN, 2011).

A proximidade do orifício uretral em relação ao anal, e o menor comprimento da uretra são considerados os principais fatores predisponentes de ITU entre as meninas. Já nos meninos a prega prepucial parece facilitar a colonização periuretral e o aumento da densidade local de bactérias, acarretando maior ocorrência de ITU em meninos nos primeiros três meses de idade (SCHVARTSMAN, 2011).

Crianças entre dois meses a dois anos de idade, com febre persistente por mais de dois dias sem nenhuma outra fonte identificável de febre sugere fortemente a presença de infecção do trato urinário (FRIEDMAN, 2008). Além da febre, outros sintomas ainda que inespecíficos podem ser indicativo de ITU, quais sejam: inapetência, letargia, irritabilidade, febre, vômitos, perda de peso, urina com mau odor e percepção de disúria pelos pais (HUTTON, 2008).

A importância clínica da ITU em lactentes está no fato desta faixa etária estar mais suscetível a lesões no parênquima renal, e com isso subsequente cicatrização renal, podendo causar futura hipertensão renal e se esta for grave e bilateral poderá levar a insuficiência renal (MUÑOZ; GUÍO, 2009; HUTTON, 2008). Assim, a detecção acurada e precoce por parte dos profissionais, bem como a adoção de um apropriado tratamento e subsequente controle contribuem para limitar essa morbidade.

A pielonefrite é uma infecção bacteriana supurativa aguda do rim e da pelve renal, sendo a necrose de supuração sua marca mais característica. O agente bacteriano mais comumente envolvido nesta infecção é a *Escherichia Coli* que por mecanismo ascendente se instala no rim, podendo causar graves complicações clínicas, como abscessos renais (D'IPPOLITO et.al, 2005).

A bacteriúria assintomática é definida por um número significativo de bactérias no trato urinário, porém há ausência de sintomatologia sugestiva de infecção do trato urinário superior ou inferior. Geralmente ela é diagnosticada por acaso, quando é realizado o seguimento de crianças após ITU, no qual é encontrada a mesma bactéria em várias amostras de urina (SCHVARTSMAN, 2011).

No geral, a bactéria apresenta baixa virulência e baixa capacidade de aderência ao epitélio do trato urinário, podendo persistir por meses ou até mesmo anos de forma comensalista com o hospedeiro, sem causar danos renais. Ela pode ocorrer em crianças com trato urinário normal ou alterado, como por exemplo, crianças com refluxo

vesicoureteral, bexiga neurogênica ou em cateterismo intermitente. Em crianças normais, recomenda-se que ela não seja tratada e em crianças portadoras de alteração no trato urinário o risco do não tratamento ainda não foi estabelecido (SCHVARTSMAN, 2011).

- **Obstrução urinária**

A obstrução pode ser classificada de acordo com a causa (congenita ou adquirida), duração (aguda ou crônica), grau (parcial ou completo) e o nível (trato urinário superior ou trato urinário inferior). Ex: cálculo uretral; tumor maligno, válvulas uretrais posteriores (TANAGHO, 2007)

A litíase urinária é definida como a presença de um cálculo em qualquer parte da via urinária (MEDINA-ESCOBEDO et. al, 2006). É consequência da combinação de fatores físico-químicos e anatômicos. Alguns fatores como a falta de água ou o excesso de cálcio, oxalato, fosfato e uratos podem levar a formação de cálculos. Fatores metabólicos e dietéticos também podem ser responsáveis pelo aparecimento de cálculos, como no caso de crianças de baixa renda (DUARTE, CRISTOFANI, 2011).

A suspensão precoce do aleitamento materno e a introdução de dieta rica em cereais e pobre em proteínas e minerais levam a baixa excreção urinária de fosfato e magnésio, causando o aumento da eliminação de oxalato, cálcio, ácido úrico e amônia, que quando associadas a frequentes episódios de diarreia e consequentes desidratações, favorecem a formação de cálculos na bexiga das crianças (DUARTE, CRISTOFANI, 2011).

Desta forma, isso se torna um grande fator de risco ao funcionamento renal das crianças, uma vez que estudos apontam que a litíase urinária pode causar efeitos deletérios na função renal do lactente em longo prazo (MEDINA-ESCOBEDO et. al, 2006).

Assim Duarte e Cristofani (2011) alertam que a litíase urinária nos primeiros anos de vida sinaliza para uma possível situação de risco, merecendo uma intervenção cuidadosa visando à prevenção de complicações renais.

A obstrução da junção pielouretral ou estenose da junção ureteropielílica (JUP) é uma anomalia que se caracteriza pelo estreitamento do ureter próximo a pelve renal, levando a redução ou paralisação do fluxo urinário através do ureter (GOUVEIA; PASSEROTTI, 2011). Conforme o grau de obstrução pode evoluir com perda progressiva da função renal (HACHULL et. al, 2006).

Sua incidência é mais comum em crianças do sexo masculino, sendo mais frequentemente do lado esquerdo (GOUVEIA; PASSEROTTI, 2011). No geral, o diagnóstico ocorre no período pré-natal, quando há descobrimento da hidronefrose nos exames rotineiros. Após o nascimento, déficit no crescimento, alterações alimentares e infecção do trato urinário podem ser indícios de JUP (GOUVEIA; PASSEROTTI, 2011).

A válvula de uretra posterior (VUP) é uma obstrução congênita da porção proximal da uretra que ocorre exclusivamente no sexo masculino (DÉNES; MACHADO, 2011), representando a causa mais frequente de obstrução uretral em crianças (SAIOVICI et. al, 2006). Trata-se de uma anomalia congênita, caracterizada por uma estrutura membranosa, localizada na mucosa do assoalho pélvico da porção prostática da uretra masculina (SAIOVICI et. al, 2006).

Devido à presença da válvula ocorre um impedimento do fluxo normal de urina, resultando no acúmulo de líquido entre a válvula e a bexiga, elevando a dilatação desta porção. Em consequência disso, há uma dificuldade no esvaziamento, fazendo com que o esforço vesical seja cada vez maior, acarretando um espessamento da parede da bexiga, podendo causar cistos de retenção, que são pequenas bolhas nas paredes da bexiga. Em casos graves, a urina pode passar a refluir através de ureteres, alcançando os rins, causando hidronefrose (CARNIELLO, 2012).

Os sintomas refletem o grau de obstrução do conduto urinário. A micção pode demorar mais para iniciar e ter um jato fraco. A bexiga dessas crianças é dilatada e o abdome pode estar distendido. O diagnóstico pode ser feito ainda durante a vida fetal, a partir da 24ª semana de gestação, porém a maioria das crianças só será diagnóstica no primeiro ano de vida. O tratamento é sempre cirúrgico (CARNIELLO, 2012).

- **Anomalias congênitas do rim e do trato urinário**

As anomalias congênitas do rim e do trato urinário compreendem um amplo espectro de malformações do trato urinário como válvula de uretra posterior, refluxo vesicoureteral, rim policístico, duplicação do trato urinário e obstrução da junção ureteropélvica. Essas anomalias são observadas em uma frequência de 0.5 a 1 em cada 500 nascidos vivos, sendo que possuem origem complexas e diversificadas (REIS, 2011).

Magaureter é uma anomalia na qual há o aumento do diâmetro uretral, normalmente devido a uma alteração de ureter distal intravesical. É classificado

segundo a presença ou a ausência de refluxo e/ou obstrução (GOUVEIA; PASSEROTTI, 2011).

A maioria dos casos é diagnosticada na vida uterina, ou logo ao nascimento, os casos não diagnosticados nestes períodos podem apresentar manifestações clínicas como dores abdominais e infecções do trato urinário. O tratamento deve ser cirúrgico (GOUVEIA; PASSEROTTI, 2011).

O refluxo vesicoureteral (RVU) é caracterizado pelo fluxo retrógrado de urina da bexiga para o trato urinário superior (DÉNES, 2011). Trata-se de uma das doenças mais frequentes no tratamento urológico de crianças (ZIRATI et. al, 2006). Observa-se que a incidência maior é entre meninos, sendo 80% dos casos de refluxo vesicoureteral observado neste sexo (DÉNES, 2011).

A importância clínica desta doença está na sua associação com a infecção do trato urinário, pielonefrite e cicatrizes renais. Na presença de infecção urinária, o refluxo de urina contamina o rim, causando pielonefrite (IZQUIERDO; MIALDEA, 2008) Se não tratados imediatamente, os focos de pielonefrite evoluem para cicatrizes no parênquima renal que ocasionam a deformação dos rins e consequente perda da função renal. O refluxo de vias urinárias é o principal fator etiológico de hipertensão na infância, insuficiência renal terminal, proteinúria e alteração no crescimento (DÉNES, 2011).

- **Neoplasia**

O Tumor de Wilm's ou nefroblastoma é a malignidade abdominal mais comum da infância, afetando 10 crianças em cada um milhão antes dos 15 anos de idade (BASKIN; SWANA, 2008). Na década de 60, uma criança portadora de tumor de Wilm's tinha uma perspectiva de cura ao redor de 20%, atualmente o índice ultrapassa 90% (DUARTE; CRISTOFANI, 2011).

Esta neoplasia apresenta-se como uma massa renal heterogênea que destrói a arquitetura do órgão através de necrose, hemorragia e neoplasia. Geralmente apresenta-se como uma massa palpada pelos familiares em 90% dos casos. Hematúria e dor abdominal também são sinais observáveis em crianças com tumor de Wilm's (DUARTE; CRISTOFANI, 2011).

Consequências

As consequências do conceito eliminação urinária prejudicada em lactentes identificadas na análise de conceito estão apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4. Consequências do conceito eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2013.

Consequências	Fonte
Lesão aguda do parênquima renal	Muñoz; Guío (2009)
Falência renal	Sinha; Agarwal, (2010)
Completa deterioração da função renal	ataei et. al (2010)
Dano renal	Izquierdo; Mialdea (2008)
Diminuição da função renal	Brandström et. al (2010) ; O'Toole (2009)
Insuficiência renal aguda	Hsu; Symons, 2010
Déficit de crescimento	Newson, (2009); Iarcombe (2008); Pellowe; Rogers, (2007); O'Shea (2010)
Cicatriz no parênquima renal	Ismaili et. al. (2010); peru et. al (2009); Brandström et. al (2010);
Decréscimo da função renal	Ataei et. al. (2010)
Retardo no crescimento	Dénes (2011)
Perda de peso	Hutton (2008)

As consequências podem ser divididas em dois grupos:

- **Lesões renais:** Lesão aguda do parênquima renal; Falência renal; Completa deterioração da função renal; Dano renal; Diminuição da função renal; Decréscimo da função renal; Cicatriz no parênquima renal; Insuficiência renal aguda.
- **Comprometimento do crescimento:** Retardo do crescimento e Perda de peso.

Observa-se que o as consequências relacionadas à eliminação urinária prejudicada no lactente estão relacionadas ao risco de lesões renais que podem levar a um comprometimento do funcionamento renal, e até mesmo a insuficiência renal. A insuficiência renal é caracterizada por uma redução abrupta da função renal, resultando

na inabilidade dos rins em exercer suas funções básicas de excreção e manutenção da homeostase eletrolítica do organismo (SANTOS et. al, 2005)

Outra consequência marcante nesta faixa etária é o comprometimento no crescimento. Os quadros infecciosos nas crianças podem evoluir para um quadro adverso, levando ao aumento das necessidades nutricionais, associado à redução do apetite e ao menor aproveitamento biológico dos alimentos. Quando há elevação da temperatura corpórea, observa-se que para cada grau de temperatura acima de 38°C, estima-se um aumento de 20% nas necessidades calóricas e proteicas da criança, além de causar perda acentuada de apetite (BRASIL, 2002).

Diante disso, os episódios de repetidas infecções podem levar ao retardo do crescimento e à desnutrição que, por sua vez tem como consequência uma maior vulnerabilidade das crianças aos episódios infecciosos mais graves e de maior duração (BRASIL, 2002).

7.1.9. Definição de referentes empíricos

Mediante o questionamento apresentado por Walker e Avant (2005), “Se fosse mensurar este conceito ou determinar sua existência no mundo real, como se faria isso?”, foram levantados referentes empíricos, conforme listados no Quadro 5.

Quadro 5. Referentes empíricos do conceito eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2013.

Referentes empíricos	Fonte
Leucocitose maior que 15000	Muñoz; Guío (2009)
Urocultura positiva	Muñoz; Guío (2009)
Ultrassom demonstrando dilatação do sistema coletor	Sinha; Agarwal (2009)
Cistometria (para avaliação da capacidade de armazenamento da bexiga)	Demibarg et. al (2009)
Bexiga palpável, uretrocistografia miccional (demonstrando obstrução na base da bexiga durante a micção)	Wickramasuriya et. al (2008)

Cultura de urina (demonstrando presença de bactéria da urina) e ultrassonografia (demonstrando anormalidade no trato urinário ou o refluxo vesicoureteral)	Ismaili et. al (2009); Ataei et. al (2010) ; Bolte (2007) ; Newson (2009) ; Larcombe (2008) ; Friedman (2008) ; O'Shea (2010) ; Shaikh et. al (2007); Schuartsman (2011); Hutton (2008)
Ultrassonografia (visualização de litíase)	Ataei et. al (2010)
Cintilografia renal (decréscimo da função renal)	Ataei et. al (2010)
Observação miccional durante 4 horas (Observação contínua do padrão miccional, volume de enchimento e resíduo pós-miccional, com ajuda de ecografia e medida de diurese pesando a fralda)	Izquierdo; Mialdea (2008)
Ultrasonografia de vias urinárias	Neher (2008); Schuartsman (2011); O'Toole (2008)
Exame físico	Schuartsman (2011)
Avaliação metabólica e da função renal	Schuartsman (2011)
Cintilografia miccional	Schuartsman (2011)
Uretrocistografia miccional	Gundeti ; Mushtaq (2008)
Anamnese	Gundeti ; Mushtaq (2008)

Os referentes empíricos do conceito eliminação urinária prejudicada em lactentes podem ser agrupados em:

- Diagnóstico por imagem: Ultrassonografia de vias urinárias; Cistometria; Uretrocistografia miccional; cintilografia renal e cintilografia miccional.
- Exames laboratoriais: Urina I e Urocultura
- Exame físico e anamnese: Observação miccional e Achados no exame físico (bexiga palpável)

8. Revisão do diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada considerando sua identificação em lactentes

A análise do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada da NANDA- I, Inc (HERDMAN, 2013) a luz da análise de conceito é apresentada a seguir.

8.1. Enunciado Diagnóstico

O nome do diagnóstico é a palavra, ou conjunto de palavras que expressam a conclusão da interpretação que o enfermeiro, através de seu conhecimento ou experiência, faz dos sinais que identifica junto às pessoas que cuida (CRUZ, 2010).

A Taxonomia II da NANDA-I, Inc (HERDMAN, 2013) possui um formato multiaxial, no qual o modelo de um enunciado diagnóstico é composto por sete eixos. Cada eixo é definido operacionalmente por uma dimensão da resposta humana, quais sejam:

- Eixo 1: conceito diagnóstico, constitui o principal elemento do diagnóstico, é a raiz, do enunciado do diagnóstico. Cabe a este eixo descrever a resposta humana que é o elemento central do diagnóstico.
- Eixo 2: sujeito do diagnóstico, que pode ser o indivíduo, família, grupo ou comunidade. Este eixo não necessariamente está descrito no enunciado, quando ele não está, sabe-se que é naturalmente o indivíduo.
- Eixo 3: julgamento, descritor ou modificador que limita ou especifica o sentido do diagnóstico.
- Eixo 4: localização, descreve regiões/partes do corpo e/ou suas funções relacionadas.
- Eixo 5: idade do sujeito do diagnóstico.
- Eixo 6: tempo, descreve a duração do conceito diagnóstico.
- Eixo 7: situação do diagnóstico, refere-se à realidade ou potencialidade do problema ou à categoria do diagnóstico.

Os três primeiros eixos são obrigatórios para a submissão de diagnósticos, os demais eixos são necessários quando importantes para descrever com mais clareza os mesmos (HERDMAN, 2013).

O diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada é composto pelos eixos um, dois, três e quatro, sendo eixo 1- conceito diagnóstico: eliminação; eixo 2- sujeito: indivíduo; eixo 4- localização: urinário e eixo 3- julgamento: prejudicada.

O eixo um é composto pelo substantivo “eliminação”. A partir da consulta a dicionários nota-se que o substantivo eliminação significa “ato, processo ou efeito de eliminar, remoção dos resíduos do corpo” (LYRA, 2009), e o verbo eliminar refere-se a “suprimir, excluir, e expulsar do organismo” (FERREIRA, 2004).

O eixo quatro refere-se à localização, no caso do diagnóstico estudado é designado pelo termo “urinário”. O sistema urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Os rins, localizados na área lombar do retroperitônio, produzem e excretam urina, mantendo a homeostase do corpo. Os ureteres têm a função de transportar a urina produzida até a bexiga, que serve de reservatório para a urina até ela deixar o corpo através da uretra (BIRNEY, 2007).

A urina é composta por resíduos do organismo, que são captados através da filtração do sangue pelos rins (BIRNEY, 2007). Entre esses resíduos estão ureia (do metabolismo de aminoácidos), creatinina (da creatina muscular), ácido úrico (dos ácidos nucleicos), produtos finais da quebra da hemoglobina e metabólitos de vários hormônios. Esses produtos devem ser eliminados do corpo tão rapidamente quanto produzidos (GUYTON, 2006).

Com essa definição interpreta-se que o termo eliminação urinária está ligado à produção, armazenamento e excreção de urina, ou seja, a eliminação urinária é um processo que se inicia nos rins com a filtração do plasma sanguíneo e é concluída com a micção. Assim, a eliminação da urina depende da função dos rins, ureteres, bexiga e uretra (POTTER; PERRY, 2005).

O eixo três relaciona-se ao julgamento, neste caso o julgamento deste diagnóstico é indicado pelo termo “prejudicado”, que se define como “lesado”, “que sofreu dano”, “danificado” (HOUAISS, 2009), que deriva do verbo prejudicar que significa “causar prejuízo, dano ou transtorno, lesar, tornar sem efeito, anular e sofrer prejuízo” (FERREIRA, 2004).

Desta forma, tem-se que o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada refere-se a danos no processo de eliminação de urina. Portanto, julga-se adequado o enunciado do diagnóstico.

8.1.2. Definição do Diagnóstico

O diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada é como disfunção na eliminação de urina (HERDMAN, 2013)

O uso do termo “disfunção” indica que o órgão ou sistema funciona de maneira “anômala” (FERREIRA, 2004), neste caso, o sistema urinário. Diante desta definição entende-se que algum evento anormal ocorreu durante o processo de eliminação de urina.

Foi identificado a partir da análise do conceito “eliminação urinária prejudicada” que nas áreas de estudo que utilizam o conceito, a eliminação urinária prejudicada está associada a danos na eliminação de urina em qualquer uma das etapas da mesma, sejam elas produção, armazenamento e micção. Ou seja, uma definição mais ampliada do que propõe o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada.

A partir disso, considerou-se a possibilidade de sugestão de mudança na definição do diagnóstico, para “disfunção em uma ou mais das etapas (produção, armazenamento e micção) do processo de eliminação de urina”. Porém, esta mudança seria inadequada para fins de nomeação de um diagnóstico de enfermagem, cuja função é “nomear as respostas humanas”. Entendeu-se que uma ampliação na definição do diagnóstico de enfermagem levaria a diminuição de sua aplicabilidade clínica, uma vez que o diagnóstico estaria relacionado apenas a afecções do sistema urinário, excluindo outros problemas

Assim, para fins de definição de um diagnóstico de enfermagem, considera-se a eliminação de urina a partir do processo iniciado na micção.

Desta forma, a partir do presente estudo considera-se adequada a definição dada ao diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada pela NANDA- I, Inc.

8.1.3. Características Definidoras

Segundo a taxonomia da NANDA- I, Inc as características definidoras são “indícios/inferências passíveis de observação, agrupadas como manifestação de um diagnóstico real, de promoção da saúde ou de bem-estar” (HERDMAN, 2013), sendo que essas características podem ser individuais ou coletivas (família e comunidade) e

devem ser passíveis de observação e verificação (CRAFT-ROSENBERG; SMITH, 2010)

Diante do modelo de análise de conceito apresentado por Walker e Avant (2005), nota-se que as características definidoras da taxonomia têm correspondência com os atributos definidores do conceito apresentados pelas autoras, uma vez que os atributos definidores frequentemente são associados com o conceito permitindo uma visão ampla do mesmo. Assim, as características definidoras, ou atributos definidores são úteis na medida em que identificam a ocorrência de um fenômeno específico e também o diferencia de fenômenos que são similares (WALKER; AVANT, 2005)

Em estudos de validação de diagnóstico nos quais a análise de conceito é utilizada como ferramenta para respaldar as mudanças propostas para os diagnósticos, os autores têm comparado os atributos definidores do conceito encontrados na revisão de literatura com as características definidoras propostas pelo diagnóstico de enfermagem em questão, propondo então as modificações necessárias ou reafirmando as características definidoras já existentes (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005; CHAVES, 2008, APPOLONI, 2011).

As características definidoras que originalmente compõem o diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada da NANDA- I, Inc são: disúria, frequência, hesitação urinária, incontinência, noctúria, retenção urinária e urgência urinária.

A partir dos resultados da análise do conceito “eliminação urinária prejudicada”, considerando sua identificação em lactentes, foram identificadas as seguintes características definidoras que podem também retratar a eliminação urinária prejudicada em crianças nessa faixa etária: crescimento de bactérias na urina, anúria, disfunção vesical, retenção urinária, jato urinário fraco, interrupção na micção; disfunção miccional; choro ao urinar; hematúria; urina fétida; micção por gotejamento; fluxo retrógrado de urina; obstrução do fluxo de urina; líquido claro proveniente do ânus e percepção de disúria pelos pais; febre; choro inconsolável; irritabilidade; septicemia; vômito; letargia; perda de apetite; e distensão abdominal.

Entre as características definidoras identificadas na análise de conceito e que são contempladas pela NANDA- I, Inc destacam-se:

- Disúria, que em lactentes pode ser identificada como choro ao urinar e percepção de disúria pelos pais;

- Retenção urinária

Sugere-se então que a característica definidora da NANDA- I, Inc, disúria, possa ser escrita da seguinte forma: disúria (em lactentes, choro ao urinar ou relato dos pais de percepção de disúria no lactente). Acredita-se que essa nova redação possa melhor nomear esta característica definidora quando observada entre lactentes.

Com relação aos outros atributos definidores levantados na análise de conceito que seriam passíveis de sugestão de inclusão no diagnóstico como características definidoras, julgou-se necessário analisar o referente empírico de cada um, buscando verificar se todos podem ser mensurados e analisados pela enfermagem, para então sugerir a sua inclusão no diagnóstico.

O quadro abaixo demonstra cada atributo levantado na análise de conceito com o seu respectivo referente empírico.

Quadro 6. Atributo definidor e referente empírico. São Carlos, 2013.

Atributo Definidor	Referente Empírico
Crescimento de bactérias na urina	Urocultura positiva
Anúria	Sucessivas pesagens de fralda e constatação de ausência de urina no período de 24 horas
Disfunção vesical	Uretocistografia que evidencia incompleto esvaziamento da bexiga, com retorno de urina através dos ureteres, podendo chegar aos rins
Jato urinário fraco	Urofluxometria que evidencia a diminuição do fluxo urinário (ml/s)
Interrupção na micção	Observação miccional que evidencia interrupção involuntária do jato urinária, com posterior retorno.
Disfunção miccional	Uretocistografia miccional que evidencia retenção de urina
Hematúria	Macroscópica, observação de coloração avermelhada ou pardacenta da urina;

	Microscópica, necessária a avaliação microscópica da urina com visualização de eritrócitos
Urina fétida	Uso de olfato para a identificação de odor fétido na urina
Micção por gotejamento	Observação miccional evidenciando gotas de urina durante a micção ao invés de jato urinário contínuo
Fluxo retrógrado de urina	Uretocistografia que mostra refluxo de urina da bexiga para os ureteres e em alguns casos alcançando os rins
Obstrução do fluxo de urina	Ultrassonografia que mostra obstrução do fluxo de urina em alguma parte do sistema urinário
Líquido claro proveniente do ânus	Observação direta de saída de líquido claro do ânus
Febre	Temperatura acima de 37,5°C verificada por meio de termômetro. Deixa-se o termômetro durante dois minutos, pelo menos, na axila. Na primeira infância, preferencialmente, a temperatura deve ser medida no reto
Choro inconsolável	Observação do lactente evidenciando choro que não cessa
Irritabilidade	Observação do lactente evidenciando agitação, choro persistente ou inconsolável e aparentemente sem motivo
Septicemia	Avaliação clínica. Fica estabelecido que há septicemia quando o paciente apresenta dois ou mais focos de infecção, acompanhados de bacteremia, ou fungemia, e comprometimento das

	funções orgânicas
Vômito	Observação de saída de conteúdo gástrico pela boca
Letargia	Observação do lactente constatando sonolência excessiva e indiferença a estímulos
Perda de apetite	Observação de mudança no padrão de alimentação, demonstrada por recusa dos alimentos que normalmente aceita bem nos horários em que costuma se alimentar
Distensão abdominal	Exame físico evidenciando abaulamento do abdome

Observa-se no quadro acima que os atributos definidores *crescimento de bactérias na urina, disfunção vesical, jato urinário fraco, disfunção miccional, fluxo retrógrado de urina e obstrução do fluxo de urina* necessitam ou de exames laboratoriais ou radiológicos para serem visualizados, uma vez que estão relacionados ao processo de eliminação de urina em etapas anteriores a micção.

Desta forma, não se considerou pertinente sugerir a inclusão dos mesmos como novas características definidoras do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada, uma vez que como já citado anteriormente, as características definidoras devem ser passíveis de observação (HERDMAN, 2013).

O atributo *líquido claro proveniente do ânus* foi indicado em apenas um estudo, sendo descrito como sintoma de um raro caso de fístula uretroprineal congênita (GUNDETI; MUSHTAQ, 2008), portanto um sintoma poucas vezes identificado em lactentes, não justificando a sugestão da inclusão do mesmo como uma característica definidoras para eliminação urinária passível de identificação em lactentes.

Os atributos *septicemia, vômito, letargia, perda de apetite e distensão abdominal*, ainda que presentes em várias referências da literatura analisadas, são atributos muito inespecíficos para serem relacionados à disfunção na eliminação de urina. Assim inclui-los na taxonomia pode gerar dúvidas na elaboração do diagnóstico, não clarificando se há de fato ou não a eliminação urinária prejudicada no lactente.

O choro inconsolável foi considerado um referente empírico da irritabilidade (BOLTE, 2007; MARTÉ, 2010). Assim o mesmo será considerado para a avaliação da irritabilidade do lactente e não como uma característica definidora do diagnóstico de enfermagem em estudo.

Desta forma, os atributos definidores levantados na análise de conceito e que são mais indicativos de eliminação urinária prejudicada em lactentes são: anúria; interrupção na micção; hematúria; urina fétida; micção por gotejamento; febre e irritabilidade. Uma vez que os mesmos estão fortemente ligados à eliminação urinária prejudicada do lactente, acredita-se ser pertinente a sugestão da inclusão dos mesmos como novas características definidoras do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada, visando melhor identificar este diagnóstico entre os lactentes.

Para melhor entendimento de tais características definidoras, optou-se por descrever as definições operacionais de cada uma. As definições operacionais atribuem significados a um conceito. Em essência, descrevem o que será mensurado e como será mensurado (GRANT; KINNEY, 1991). Elas também servem como uma referência constante para determinar quando uma característica definidora está presente em um paciente com aquele diagnóstico de enfermagem (GRANT; KINNEY, 1991).

Quadro 7. Definições operacionais das sugestões para novas características definidoras. São Carlos, 2013.

Novas características definidoras e definições operacionais (DO)
Anúria
DO: Supressão da secreção de urina. Observada através da pesagem da fralda, a mesma deve estar com o mesmo peso anterior a sua colocação no lactente (CORTADO, 1999; ZAGURY; BANDEIRA, 2007).
Interrupção na micção
DO: Micção intermitente ou não contínua (IZQUIERDO; MIALDEA, 2008) A interrupção pode ser abrupta, e acompanhada de dor (McANINCH, 2007).
Irritabilidade
DO: Agitação, choro persistente ou inconsolável (BOLTE, 2007) e aparentemente sem motivo (MARTÉ, 2010).
Hematúria
DO: Presença de eritrócitos na urina. Divide-se em macroscópica (visível) e microscópica. Hemácias em pequeno número não alteram a cor da urina e só ao exame microscópico revela a anormalidade. Em grande número, imprimem à urina coloração avermelhada ou pardacenta (SMELTZER; BARE, 2005; COSTEIRA, 2001;

PERNETTA, 1990).
Urina fétida
DO: O odor da urina normal, ao ser excretada é leve e sui generis. Na presença de infecção bacteriana o odor torna-se amoniacal pela ação bacteriana desdobrando a uréia em amônia, deixando a urina com odor fétido. Assim, na presença de infecção fica com odor de amônia ou odor fecal (PERNETTA, 1990; PORTO, 2000; COUTINHO, 2005).
Micção em gotejamento
DO: Micção que ocorre por gotejamento, devido à diminuição do jato urinário (GIRON, 2011).
Febre
DO: Elevação da temperatura do corpo acima do normal (COSTEIRA, 2001). Febre baixa (37.5 a 38 C); febre moderada (38.5 a 39.5 C) e febre alta (39.5 a 40.5C) (PERNETTA, 1990).

Ao buscar na literatura as definições operacionais de cada característica definidora foi encontrado um novo atributo definidor que pode ser uma característica definidora indicativa de eliminação urinária prejudicada em lactentes, trata-se da oligúria. Diante disso, inclui-se a mesma nas sugestões para novas características definidoras do diagnóstico. A oligúria é definida como excreção de urina inferior às necessidades para eliminação de catabólitos. No lactente considera-se oligúria quando a diurese é inferior a 1ml/kg/hora. (PORTO, 2000; CORTADO, 1999; SILVEIRA; PROCIANOY, 2001). É observada através da pesagem da fralda.

Diante do exposto neste item, notou-se que novas características definidoras podem ser sugeridas para compor o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada, visando melhor retratar este fenômeno quando observado em lactentes.

8.1.4. Fatores Relacionados

Segundo a definição da NANDA- I, Inc “os fatores relacionados parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como antecedentes de, associados a, relacionados a, contribuintes para ou estimulantes” (HERDMAN, 2013). Eles oferecem o contexto para as características definidoras, identificados como características ou histórias dos indivíduos (CRAFT-ROSEMBERG; SMITH, 2010).

Os fatores relacionados apresentados pela NANDA-I, Inc do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada são: dano sensorio –motor, infecção do trato urinário, múltiplas causas e obstrução anatômica.

Appoloni (2011) aponta que os fatores relacionados são comparáveis aos antecedentes identificados na análise de conceito. Assim foram identificados a partir da análise de conceito os seguintes antecedentes que podem ser comparados aos fatores relacionados do diagnóstico: infecção do trato urinário, pielonefrite e bacteriúria; uropatia obstrutiva, litíase e obstrução de vias urinárias; refluxo vesicoureteral; anormalidades congênitas do rim e do trato urinário; anormalidade anatômica do trato urinário; má formação geniturinária; dilatação de vias urinárias; hidronefrose e válvula de uretra posterior e tumor de Wilm's.

Baseada na descrição feita anteriormente sobre cada fator relacionado identificado na literatura infere-se que infecção do trato urinário, pielonefrite e bacteriúria são contempladas nos fatores relacionados da NANDA-I, Inc no item Infecção do trato urinário. Considera-se que uropatia obstrutiva, litíase e obstrução de vias urinárias são contempladas na NANDA- I, Inc no fator relacionado obstrução anatômica.

Os outros antecedentes identificados não estão contemplados nos fatores relacionados da NANDA- I, Inc.

Seguindo o agrupamento proposto por Reis (2011) os antecedentes refluxo vesicoureteral; anormalidade anatômica do trato urinário; má formação geniturinária; dilatação de vias urinárias; hidronefrose e válvula de uretra posterior, podem ser agrupado em um único antecedente, qual seja: anormalidades congênitas do rim e do trato urinário.

Em um primeiro momento julgou-se oportuno sugerir que o fator relacionado anormalidades congênitas do rim e do trato urinário fosse incluído como um novo fator relacionado do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada, porém neste estudo ele não será, uma vez que neste momento não foi visualizado como a enfermagem poderia atuar de forma independente no mesmo.

Assim como realizado na análise das características definidoras, visando clarificar melhor as mesmas, neste item também se elaborou a definição operacional de cada fator relacionado. O quadro abaixo demonstra cada fator relacionado do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária, bem como sua definição operacional.

Quadro 8. Fatores relacionados e definições operacionais. São Carlos, 2013.

Fatores relacionados e definições operacionais (DO)
Dano sensorio-motor
DO: O Funcionamento normal da bexiga exige a interação coordenada de componentes sensitivos e motores do sistema nervoso. Desta forma, doenças neurológicas causam alterações do funcionamento da bexiga. Lesão das raízes sacrais ou do plexo pélvico também podem causar alterações do funcionamento da bexiga destruindo a coordenação reflexa eficiente entre o esfíncter e a bexiga (TANAGHO, LUE, 2007).
Infecção do trato urinário
DO: Infecção do trato urinário (ITU) é a denominação aplicada a diversas condições clínicas, que variam desde a presença assintomática de bactérias na urina até a infecção renal grave (NGUYEN, 2011). Pode manifestar-se como cistite, quando limitada a bexiga, ou pielonefrite, quando envolve o parênquima renal (SCHVARTSMAN, 2011).
Obstrução anatômica
DO: Refere-se a alterações estruturais ou extrínsecas ao trato urinário que impedem o fluxo adequado de urina em qualquer ponto ao longo do trato urinário (GULMI; FELSEN; VAUGHAN, 2002; DIAS; GONTIJO; FIGUEIREDO, 1999).
Múltiplas causas
DO: Considera-se múltiplas causas a associação de um ou mais dos demais fatores relacionados apresentados pela NANDA-I, Inc para o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada.

O fator relacionado múltiplas causas foi definido como a associação de um ou mais dos fatores relacionados apresentados pela NANDA- I, Inc, uma vez que não foram encontrados na literatura estudos que definissem este fator relacionado.

A análise dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada, à luz da análise do conceito, possibilitou constatar que os antecedentes encontrados na literatura relacionados ao conceito eliminação urinária prejudicada, considerando sua identificação em lactentes estão contemplados neste diagnóstico de enfermagem. Desta forma, diante dos resultados encontrados neste estudo não se considera necessária a inclusão de novo fator relacionado.

Diante dos achados da análise de conceito, identifica-se que o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada da NANDA- I, Inc possui lacunas com relação à sua observação em lactentes. As modificações sugeridas embasadas nesta etapa do estudo serão encaminhadas a enfermeiros peritos, para que os mesmos julguem a pertinência destes achados por meio de validação consensual.

9. Validação consensual

Nesta etapa, os enfermeiros peritos avaliaram a adequação dos elementos que compõem o Diagnóstico de Enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando observado em lactentes, bem como as sugestões de alterações para os elementos deste diagnóstico.

9.1. Caracterização dos peritos

Expertos, peritos ou especialistas são enfermeiros com profundo conhecimento em uma determinada área, assim, seu grau de expertise é determinado pelo desenvolvimento de pesquisas e seu tempo de experiência clínica concentradas na área em que o estudo está sendo realizado (GALDEANO; ROSSI, 2006). Desta forma, considera-se importante que a seleção de peritos esteja embasada em critérios bem estabelecidos, assim como os propostos por Fehring (1994), garantindo assim a fidedignidade dos resultados do estudo.

Segundo Fehring (1994), a expertise de um perito é medida, diante dos critérios supramencionados, de acordo com uma atribuição de pontos, que atende a critérios pré-estabelecidos. Cada perito deve alcançar o mínimo de cinco pontos para ser selecionado e quanto maior os pontos atribuídos a cada perito, maior a força de evidência de sua expertise.

Os dez peritos participantes deste estudo atingiram a pontuação mínima proposta por Fehring. Na Tabela 1 está apresentada a pontuação obtida pelos peritos.

Tabela 1. Distribuição de frequência dos peritos (N e %) quanto à pontuação obtida, segundo o modelo de Fehring. São Carlos, 2013.

Pontuação	N	%
5	1	10
7	4	40
9	2	20
10	1	10
12	1	10

Para o cálculo desta pontuação, foram investigados junto aos peritos dados referentes ao tempo de experiência profissional, titulação acadêmica, área de atuação profissional, pesquisa e publicações nas áreas de interesse para o diagnóstico em estudo e a utilização do diagnóstico de enfermagem em suas rotinas de trabalho.

Com relação à titulação acadêmica, todas as peritas tinham mestrado, nove peritas (90%) tinham mestrado em enfermagem e uma (10%) tinha em área afim. Das dez peritas, cinco (50%) já possuem título de doutor e cinco (50%) estão em processo de doutoramento. Sete (70%) peritas também possuíam especialização, duas (20%) em enfermagem pediátrica; duas (20%) em saúde pública; duas (20%) em administração de serviços de saúde; uma (10%) em enfermagem obstétrica e uma (10%) em oncologia.

Segundo os critérios propostos por Fehring (1994) a titulação de mestrado é de grande importância, visto que a pontuação para este critério é alta (4 pontos). Entretanto, Fehring (1994) também aponta, que ainda que seja de extrema relevância, o mestrado não é suficiente, pois o enfermeiro deve ter desenvolvido pesquisas sobre diagnóstico de enfermagem, ter apresentado trabalhos e, ainda, possuir publicações na área em estudo. Frente a isso, buscou-se conhecer as atividades relacionadas à pesquisa dos peritos participantes desta etapa.

Das dez peritas participantes do estudo, oito (80%) possuem pesquisa realizada e publicada sobre pacientes pediátricos. Cinco (50%) peritas também relataram possuir pesquisa realizada e publicada sobre diagnósticos de enfermagem. Uma perita (10%) perita relatou apresentar pesquisa realizada e publicada referente ao sistema geniturinário.

Com relação ao tempo de experiência profissional em enfermagem, metade (50%) das peritas têm mais de 20 anos de atuação na enfermagem, sendo que estes anos são divididos entre assistência em enfermagem e ensino. Nos quadros abaixo estão apresentados tais dados.

Tabela 2. Distribuição de frequência dos peritos (N) quanto ao tempo de experiência em enfermagem das peritas participantes deste estudo. São Carlos, 2013.

Tempo de experiência profissional	N
5 a 10 anos	2
11 a 20 anos	3
21 a 30 anos	5

Tabela 3. Distribuição de frequência dos peritos (N) quanto ao tempo de experiência em ensino e assistência em enfermagem. São Carlos, 2013.

Ensino em Enfermagem	N
1 a 5 anos	4
6 a 11 anos	2
13 a 20 anos	2
>20 anos	2
Assistência em Enfermagem	N
4 anos	1
6 anos	4
8 anos	2
10 anos	1
18 anos	1
30 anos	1

No ensino em enfermagem, 80% das peritas relataram ministrar aulas na saúde da criança. Também foram mencionadas disciplinas referentes à saúde da mulher e fundamentos da enfermagem.

No campo da assistência em enfermagem, todas (100%) as peritas tiveram como campo de atuação a enfermagem pediátrica ou UTI neonatal. Também foram descritas outras áreas de atuação, quais sejam: UTI adulto, Atenção Básica, Emergência adulto e infantil; Alojamento conjunto e Centro Obstétrico. Tais características as habilitam como peritas, retomando Fehring (1994) que aponta que a experiência profissional é um fator de importância na expertise dos peritos, uma vez que a prática profissional também é uma maneira de se adquirir conhecimento (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Frente a isso, infere-se que os peritos que compuseram esta etapa do estudo possuem relevante experiência profissional, pois 60 % dos respondentes atuam há mais de 10 anos no ensino em enfermagem e 90% dos participantes atuam ou atuaram há mais de 5 anos na assistência de enfermagem.

Quanto à utilização dos diagnósticos de enfermagem em suas rotinas de trabalho, todas as peritas (100%) relataram que elaboram diagnósticos de enfermagem em suas práticas de ensino ou assistência em enfermagem. Todas as peritas (100%) também relataram que já identificaram o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada durante sua atuação profissional.

Frente aos dados apresentados entende-se que os peritos participantes da etapa de validação consensual do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada em lactentes contemplaram os requisitos necessários para participação deste estudo.

9.2. Inserção do diagnóstico na taxonomia da NANDA-I, Inc

Na tabela X estão apresentadas as respostas dos peritos quanto a adequação da inserção do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada na taxonomia da NANDA-I, Inc.

Tabela 4. Distribuição de frequência (N) das respostas dos peritos quanto à inserção do diagnóstico na taxonomia da NANDA- I, Inc. São Carlos, 2013.

Nível de adequação	Domínio 3	Classe 1
	N	N
Nada adequado	0	0
Muito pouco adequado	0	0
Em grande parte adequado	1	3
Totalmente adequado	9	7
Total de peritos	10	10

O diagnóstico de Enfermagem EUP está inserido na taxonomia da NANDA-I, Inc no Domínio 3 -Eliminação/Troca- Secreção e excreção de produtos residuais do organismo e Classe 1 - Função urinária- Processo de secreção, reabsorção e excreção de urina. Segundo a avaliação dos peritos, o diagnóstico está inserido corretamente na

taxonomia, uma vez que tanto a inserção no domínio 3 quanto na classe 1, obtiveram $IVC=0,1$.

9.2.1. Validação do enunciado do diagnóstico

Com relação à validação do enunciado do diagnóstico “Eliminação Urinária Prejudicada”, as respostas dos peritos estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 5. Distribuição de frequência (N) das respostas dos peritos quanto à adequação do enunciado do diagnóstico. São Carlos, 2013.

Nível de adequação	N
Nada adequado	0
Muito pouco adequado	1
Em grande parte adequado	4
Totalmente adequado	5
Total de peritos	10

O enunciado do diagnóstico estabelece um nome a ele. É um termo ou uma expressão concisa que representa um padrão de indícios relacionados (HERDMAN, 2013). Um diagnóstico de enfermagem é constituído por meio da combinação de valores do Eixo 1 (conceito diagnóstico), Eixo 2 (sujeito do diagnóstico) e Eixo 3 (julgamento), quando necessário, com acréscimo de valores dos demais eixos para a clareza relevante (HERDMAN, 2013).

Assim, o enunciado do diagnóstico EUP é constituído através da combinação dos valores do Eixo 1 (conceito diagnóstico – eliminação), Eixo 3 (julgamento – prejudicado) e Eixo 4 (localização – urinário). Segundo a avaliação dos peritos, o enunciado do diagnóstico é considerado adequado, uma vez obteve $IVC=0,9$, sendo, portanto considerado válido.

Foi apontado, por uma das especialistas participantes do estudo, que o enunciado do diagnóstico deixa-o muito amplo, o que dificulta a determinação das intervenções de enfermagem para este diagnóstico. Neste sentido Carpenito – Moyet (2009) também aponta que talvez este seja um diagnóstico amplo demais para o uso clínico efetivo.

Também foi sugerido por uma especialista que no enunciado do diagnóstico fosse incluído o Eixo 5 (Idade) e desta forma o mesmo tivesse o seguinte enunciado: Eliminação Urinária Prejudicada do Lactente. Herdman (2013) apresenta diagnósticos que são específicos para crianças, entre eles: Padrão ineficaz de alimentação do lactente, Icterícia neonatal, Comportamento desorganizado do lactente, Risco de comportamento desorganizado do lactente. Entende-se que algumas respostas humanas são específicas de determinadas faixas etárias, como por exemplo, a icterícia neonatal, e daí a necessidade de diagnósticos específicos para determinadas faixas etárias.

Todavia, infere-se que a eliminação urinária prejudicada é uma resposta humana passível de ser observada em todas as faixas etárias. Assim, não se considera a necessidade de um diagnóstico específico para lactentes com disfunção na eliminação de urina, mas sim de características definidoras específicas para tal, que possibilitem a correta nomeação desta resposta humana nesta faixa etária.

9.2.2. Validação da definição do diagnóstico

A tabela 6, demonstra a avaliação dos peritos com relação à definição deste diagnóstico.

Tabela 6. Distribuição de frequência (N) das respostas dos peritos quanto à definição do diagnóstico Eliminação urinária prejudicada. São Carlos, 2013.

Nível de adequação	N
Nada adequado	0
Muito pouco adequado	2
Em grande parte adequado	3
Totalmente adequado	5
Total de peritos	10

A função da definição do diagnóstico é oferecer uma descrição clara e precisa, delineando seu significado e ajudando a diferenciá-lo de diagnósticos similares (HERDMAN, 2013). O diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada é definido como “Disfunção na eliminação de urina” (HERDMAN, 2013). O IVC obtido

para a definição do diagnóstico foi de 0,8, sendo, portanto, considerado válido quanto a sua definição, segundo o julgamento dos especialistas.

No entanto, ainda que considerada válida, houve colocações dos especialistas acerca da definição do diagnóstico. Duas peritas apontaram que esta definição é ampla e pouco específica. Uma perita apontou que um lactente com insuficiência renal apresenta dificuldade na formação de urina, e não na sua eliminação (micção), o que pode dificultar a utilização do diagnóstico se o mesmo não for claro com relação ao momento que se inicia o processo de eliminação de urina. A NOC (2004) define a eliminação de urina como a capacidade do sistema urinário de filtrar resíduos, conservar os solutos e coletar e descarregar a urina num padrão saudável.

Embasado na análise de conceito, como descrito na primeira etapa, observou-se que a eliminação de urina é um processo fisiológico que se inicia na filtração dos resíduos corpóreos e se encerra com a micção, porém, julgou-se que se considerado este processo na definição do diagnóstico, haveria possibilidade do mesmo tornar-se amplo demais para o uso clínico efetivo e nomear de forma diferente diagnósticos médicos.

9.2.3. Validação das características definidoras

O diagnóstico de enfermagem EUP apresenta sete características em sua composição original, são elas: disúria, frequência, hesitação urinária, incontinência, noctúria, urgência urinária e retenção urinária. Os peritos avaliaram cada característica com relação a sua ocorrência e também sua facilidade de observação entre lactentes.

A tabela 4 demonstra a pontuação obtida com relação a ocorrência, de cada uma das características definidoras que compõem o diagnóstico de enfermagem EUP. E a tabela 5 demonstra a pontuação obtida por estas mesmas características com relação a sua facilidade de observação.

Tabela 7. Avaliação dos peritos quanto à ocorrência das características definidoras originais da NANDA-I, Inc (2012) para o diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando observado em lactentes. São Carlos, 2013.

Característica definidora	Escore final
Disúria	0,8
Frequência	0,7
Hesitação urinária	0,6
incontinência	0,5
Retenção urinária	0,6
Noctúria	0,5
Urgência urinária	0,5

Tabela 8. Avaliação dos peritos quanto à facilidade de observação das características definidoras originais da NANDA-I, Inc (2012) para o diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando observado em lactentes. São Carlos, 2013.

Característica definidora	Escore final
Disúria	0,4
Frequência	0,4
Hesitação urinária	0
Incontinência	0,2
Retenção urinária	0,8
Noctúria	0,2
Urgência urinária	0,2

Segundo a avaliação dos peritos, são consideradas características válidas para o diagnóstico de enfermagem EUP quando observados em lactentes: disúria, que obteve IVC= 0,8, com relação a sua ocorrência em lactentes com disfunção na eliminação de urina e retenção urinária, que obteve IVC=0,8 com relação a sua facilidade de observação em lactentes que apresentam disfunção na eliminação de urina.

Com relação à disúria, uma especialista observou que apesar de muitas vezes recorrente, esta característica pode ser de difícil observação, uma vez que o choro é a sua principal manifestação, e como os lactentes choram para expressar todo tipo de

desconforto, há necessidade de constante observação para assegurar-se do real motivo do choro, associando-o a outros sinais e sintomas associados ao diagnóstico. Devido a isso, o que se propõe neste estudo é que a disúria no lactente seja observada através do choro durante o ato de urinar.

Quatro especialistas apontaram que a característica definidora “incontinência” é inadequada para lactentes, pois nesta faixa etária ainda não há controle de esfíncter, o que torna impossível a observação da incontinência. Segundo Wilson (2011) o controle voluntário dos esfíncteres anal e uretral é conseguido pouco tempo depois que a criança começa a andar, entre 18 e 24 meses de vida.

Frequência, Hesitação urinária, Noctúria e Urgência urinária, não foram validadas nem com relação à ocorrência e nem com relação à facilidade de observação.

Infere-se que tais características não foram validadas por estarem de alguma forma ligada ao controle do esfíncter uretral, e uma vez que não há controle do esfíncter nesta faixa etária, torna-se improvável a observação de tais características definidoras.

Foi sugerido que a característica definidora da NANDA-I, Inc disúria, fosse escrita da seguinte forma: disúria (em lactentes, choro ao urinar ou relato dos pais de percepção de disúria no lactente), visto que essa nova redação pode melhor nomear esta resposta quando observada entre lactentes. Esta sugestão obteve IVC= 1,0, sendo, portanto considerada válida segundo a opinião dos especialistas.

Com base na análise de conceito realizada na primeira etapa, foram propostas que novas características definidoras fossem inseridas visando melhor retratar as especificidades do lactente. Tais características também foram avaliadas pelos peritos com relação a sua ocorrência e facilidade de observação. A Tabela 6 apresenta a pontuação obtida para as novas características definidoras com relação a sua ocorrência, e a Tabela 7 apresenta a pontuação obtida com relação a sua facilidade de observação.

Tabela 9. Avaliação dos peritos quanto à ocorrência das características definidoras sugeridas para a inclusão no diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando observado em lactentes. São Carlos, 2013.

Característica definidora	Escore final
Anúria	0,5
Oligúria	1
Interrupção na micção	0,6

Irritabilidade	1
Hematúria	0,9
Urina fétida	0,8
Micção em gotejamento	0,5
Febre	0,7

Tabela 10. Avaliação dos peritos quanto à facilidade de observação das características definidoras sugeridas para a inclusão no diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando observado em lactentes. São Carlos, 2013.

Característica definidora	Escore final
Anúria	0,9
Oligúria	0,9
Interrupção na micção	0,5
Irritabilidade	0,9
Hematúria	0,9
Urina fétida	0,8
Micção em gotejamento	0,3
Febre	0,9

As seguintes características definidoras obtiveram pontuações para serem consideradas validadas: hematúria (IVC= 0,9) e urina fétida (IVC= 0,8). Anúria (IVC=0,9), oligúria (IVC= 0,9), irritabilidade (IVC=0,9), hematúria (IVC=0,9), urina fétida (0,8) e febre (IVC=0,9), obtiveram escore para serem consideradas válidas, com relação a sua facilidade de observação em lactentes quando o mesmo apresenta EUP.

Irritabilidade e hematúria, também foram encontradas em um estudo prospectivo longitudinal no qual foram analisados os dados clínicos e laboratoriais de uma coorte de lactentes com litíase urinária (MEDINA-ESCOBEDO et. al, 2006).

Os especialistas também foram consultados com relação à sugestão de inclusão de novas características definidoras, que não estavam contempladas no instrumento. Foram sugeridas as seguintes características definidoras:

- Bexigoma

DO: abaulamento suprapúbico por distensão da bexiga decorrente de acúmulo de urina que por múltiplas razões não tenha sido eliminada (definição operacional fornecida pela especialista)

- Jato urinário fraco
- Apatia
- Débito urinário diminuído

DO: Volume urinário inferior ao necessário considerando o peso, volume e o período (definição operacional oferecida pela especialista)

- Edema
- Crescimento físico alterado
- Ingestão hídrica insuficiente

Sobre o bexigoma, entende-se que esteja relacionada a retenção urinária. O referente empírico para esta característica é globo vesical palpável mesmo após a micção. Julga-se que o termo bexigoma está diretamente relacionado com a característica definidora retenção urinária.

Débito urinário diminuído é definido na literatura como a quantidade de urina eliminada num determinado espaço de tempo inferior às necessidades para eliminação de catabólitos. No lactente isso ocorre quando a diurese estiver inferior a 1ml/kg/hora (PORTO, 2000; CORTADO, 1999; SILVEIRA; PROCIANOY, 2001), ou seja, mesma definição dada para oligúria. Frente a isso, entende-se que o débito urinário diminuído está contemplado na característica definidora oligúria.

A análise de conceito realizada na primeira etapa deste estudo prevê a identificação de antecedentes e consequentes do conceito em estudo, no caso a eliminação urinária prejudicada. Apatia e Crescimento físico alterado, foram identificados nesta como consequentes do conceito eliminação urinária prejudicada. Os consequentes do conceito não se correlacionam com nenhum dos componentes do diagnóstico de enfermagem. Diante disso, seguindo a análise de conceito, não há indicação para os mesmos integrarem o diagnóstico de enfermagem como características definidoras.

Edema, também sugerido pelos peritos, é uma manifestação clínica da insuficiência renal crônica (WILSON; RING, 2011). Com base na análise de conceito, entendeu-se que a insuficiência renal crônica pode ser uma consequência da eliminação urinária prejudicada no lactente.

Com relação à ingestão hídrica insuficiente, infere-se que a mesma antecede a eliminação urinária, já que a partir da ingestão de líquidos que há a formação de urina pelos rins (GUYTON, 2006). Desta forma, acredita que tal sugestão possa ser melhor alocada entre os fatores relacionados do DE EUP.

Jato urinário fraco foi uma característica definidora encontrada na primeira etapa do estudo. O mesmo não foi sugerido para a inclusão no diagnóstico de enfermagem como característica definidora. Porém, uma vez que tal característica foi encontrada na primeira etapa e sugerida na segunda, julga-se oportuna a sua inclusão no diagnóstico. Giron (2011) aponta que o jato urinário fraco é uma manifestação clínica característica da hidronefrose no lactente.

9.2.4. Validação dos fatores relacionados

Os fatores relacionados originais do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada da NANDA-I, Inc são: infecção urinária; dano sensorio-motor; obstrução anatômica e múltiplas causas.

Tais fatores relacionados foram julgados pelos peritos e os escores finais obtidos por cada um encontram-se no quadro 12.

Tabela 11. Avaliação dos peritos quanto à adequação dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada da NANDA-I, Inc. São Carlos, 2013.

Fator relacionado	Escore final
Obstrução anatômica	1
Infecção do trato urinário	1
Dano sensorio-motor	1
Múltiplas causas	0,7

Dos fatores relacionados do DE EUP foram considerados válidos: Obstrução anatômica (IVC= 1), infecção do trato urinário (IVC=1) e Dano-sensorio motor (IVC=1). O fator relacionado múltiplas causas não foi considerado válido.

Três peritos apontaram que o fator relacionado múltiplas causas é amplo e pouco específico, sendo necessário explicar mais claramente quais são as múltiplas causas. E

no caso dos lactentes, especificar as múltiplas causas referentes e esta faixa etária. Neste estudo não foram identificados outros estudos que pudessem definir múltiplas causas. Diante disso, entendeu-se múltiplas causas como sendo a associação de um ou mais fatores relacionados apresentados pela NANDA-I, Inc para o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada.

Uma especialista apontou que o fator relacionado obstrução anatômica exclui outros defeitos anatômicos. Desta forma a mesma julga que “defeitos anatômicos do trato geniturinário” seria mais abrangente e contemplaria além da obstrução outras mal formações.

Também foram sugeridos pelos especialistas a inclusão de 4 novos fatores relacionados, sendo eles: Higiene da genitália inadequada, doença crônica, desidratação e ambiente estranho.

Higiene da genitália inadequada foi definida pela especialista, a partir de Ricci (2008) como a higiene da genitália externa realizada de forma incorreta em meninas, no sentido ântero-posterior, o que predispõe à infecção urinária. As outras sugestões também tiveram definições apontadas pelos especialistas, sendo elas: Doença crônica-doença com duração igual ou superior a 3 meses por ano; Desidratação – volume líquido abaixo das necessidades corporais e Ambiente estranho – ambiente desconhecido e não colaborativo para a eliminação urinária.

Conforme apontado pela especialista, a higiene inadequada predispõe a infecção urinária, um dos fatores relacionados já pertencentes ao diagnóstico de enfermagem em estudo. Assim, infere-se que a higiene inadequada é um antecedente da infecção, portanto, entende-se que esta sugestão estaria mais bem alocada como um fator de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de Infecção.

Doença crônica, Desidratação e Ambiente estranho mostram-se como importantes fatores relacionados que necessitam ser estudados quanto a adequação na composição do DE em estudo.

Frente aos achados da validação consensual, identificou-se que as lacunas do diagnóstico de enfermagem, quando observado em lactentes, podem ser melhoradas a partir da inclusão dos itens validados pelos especialistas nesta etapa.

10. Validação clínica.

Foram identificadas em ambiente clínico, características definidoras em lactentes com disfunção do trato urinário, bem como perfil clínico dos lactentes que compuseram a amostra nesta etapa.

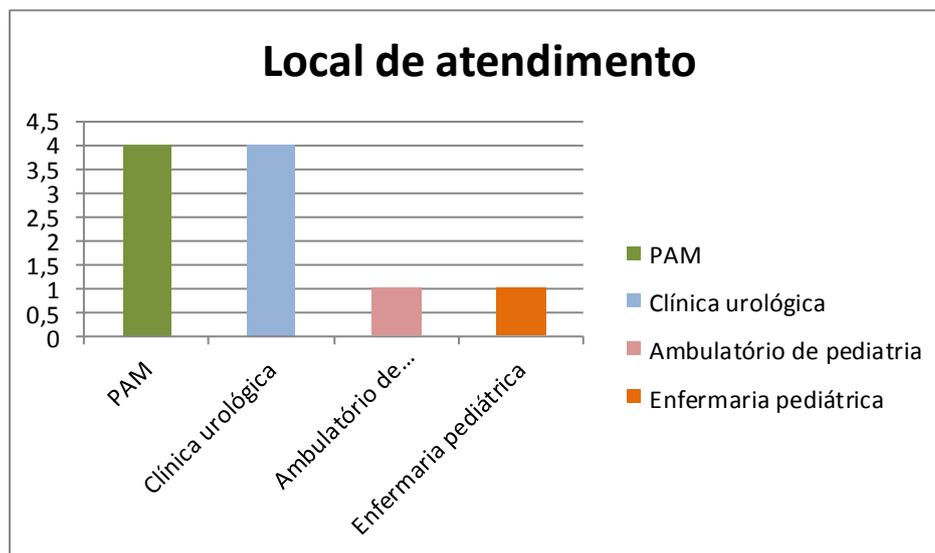
10.1 Perfil clínico dos lactentes

A amostra foi composta por 5 meninos (50%) e 5 meninas (50%). A literatura aponta que o gênero influi na presença de terminadas patologias, a exemplo disso está a ITU. SHAIK et. al (2008) apontam que até os 3 meses de idade os meninos estão mais propensos a desenvolverem ITU, e após esta faixa etária as meninas se tornam mais propensas. A hidronefrose, que corresponde à dilatação fisiológica ou orgânica das vias excretoras (GIRON, 2011) é mais incidente em meninos, já o Megaureter, que é uma dilatação do ureter, tem maior incidência entre meninas (GIRON, 2011).

Com relação à idade, compuseram a amostra 4 lactentes (40%) com idade de 1 a 3 meses; 2 lactentes (20%) com idade de 5 a 7 meses e 4 lactentes (40%) com idade de 8 a 12 meses. A literatura aponta que algumas faixas etárias são mais suscetíveis a determinadas patologias urológicas. No neonato e em lactentes mais novos, em geral, os distúrbios do trato urinário estão associados à mal formações e anomalias do trato urinário (MONTAGNINO; RING, 2011).

Os lactentes foram identificados nos seguintes locais: Serviço de Pronto Atendimento Pediátrico (PAM- Ped); Clínica Urológica; Ambulatório de pediatria e Enfermaria pediátrica (internação). O gráfico X demonstra a distribuição de lactentes nos locais de atendimento.

Gráfico 1. Distribuição dos lactentes segundo o local de atendimento. Campo Grande, 2013.



Quatro lactentes (40%) foram identificados no PAM- ped. Dos lactentes que foram atendidos neste setor, 100%, tiveram como motivo de permanência no serviço o diagnóstico de ITU. Este achado coincide com os dados apontados por Shaik et. al (2008) de que a ITU é responsável por 5 a 14% das visitas anuais no atendimento de emergência.

No consultório foram identificados quatro lactentes (40%). Três dos lactentes em acompanhamento no consultório tiveram suas disfunções geniturinárias identificadas ainda no período de gestação, através de ultrassonografia realizada no pré-natal. Giron (2011) aponta que as anomalias geniturinárias podem ser detectadas no período antenatal com incidência de 0,5 a 1% na população gestacional. Ainda segundo este autor a ultrassonografia gestacional foi responsável pelo grande impacto na detecção de anomalias fetais, permitindo com isso o diagnóstico presuntivo e o tratamento de uropatias obstrutivas assintomáticas no período neonatal, evitando a instalação da ITU.

No ambulatório de pediatria foi identificado um lactente (10%) de apenas um mês que está em acompanhamento para investigação de anormalidades geniturinárias, uma vez que a ultrassonografia demonstrou rins aumentados.

Foi identificado um lactente na enfermaria pediátrica (10%). Este, também apresentava diagnóstico médico de ITU. Yorita et. al (2008) mostram que nos Estados

Unidos, a ITU é a segunda causa de internação hospitalar por doenças infecciosas em lactentes.

Foram identificados lactentes com os seguintes diagnósticos: ITU (40%); ITU + Desidratação (30%); Hidronefrose (20%) e Megaureter (10%). Observa-se que a maioria dos casos identificados são referentes a ITU. Schvartsman (2011) aponta que a ITU é uma das infecções bacterianas mais frequentes em pediatria.

Os casos de Hidronefrose e Megaureter que foram identificados, segundo informações dos pais, foram diagnosticados ainda na gestação em decorrência da realização da tomografia nos exames pré-natais. Segundo Giron (2011) com os avanços técnicos dos sonógrafos de alta resolução, atualmente é possível identificar, de maneira não invasiva a anatomia do trato urinário em 90% dos fetos com 17 a 20 semanas e em até 95% dos fetos com 25 semanas de gestação. Em dois destes casos de anomalias genitourinárias, foi relatado pelos pais que a criança apresentou pelo menos um episódio de ITU em decorrência da anomalia. A literatura aponta que a presença subjacente de anormalidades anatômicas ou funcionais do trato urinário favorece a ITU de repetição e danos permanentes como cicatrizes renais (SCHVARTSMAN, 2011; COELHO et. al, 2008; CONWAY et. al, 2007)

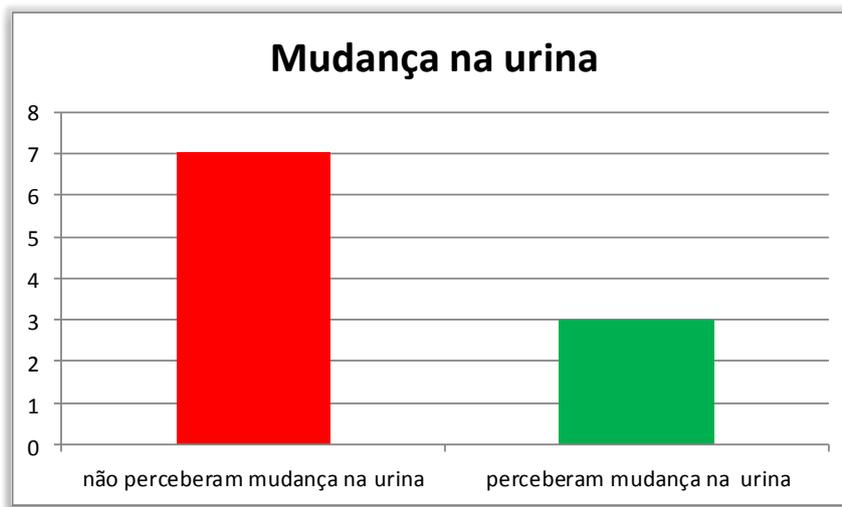
Em dois casos foram identificados o ITU juntamente com um quadro de desidratação em decorrência de diarreia. Nos dois casos tratava-se de meninas. Entende-se que a ITU possa ter ocorrido em decorrência da diarreia, devido as constantes evacuações que facilitam a contaminação da uretra. Isso porque, a maioria das ITU desenvolve-se por via ascendente, a partir da colonização da região perineal e uretral com bactérias provenientes da flora intestinal, que ascendem ao trato urinário por meio do orifício uretral (SCHVARTSMAN, 2011; O'SHEA, 2010; MONTAGNINO; RING, 2011).

10.2. Entrevista com as mães e pais

Foram realizados os seguintes questionamentos aos pais: O senhor(a) notou mudanças na urina (xixi) do seu filho? Se sim, quais?/ O senhor(a) notou mudança no comportamento dele(a)?

Dos 10 pais/mães entrevistados (100%), quando questionados sobre a percepção de mudança da urina do lactente 7 (70%) relataram não perceber nem um tipo de mudança e 3 (30%) relataram a percepção de alguma mudança na urina do lactente.

Gráfico 2. Percepção dos pais com relação a mudanças no comportamento do lactente.
Campo Grande São Carlos, 2013.



Supõe-se que a maioria dos pais/mães não tenha conseguido reconhecer nenhum tipo de mudança na urina do lactente devido ao fato do lactente usar fralda e nem sempre os pais presenciavam a micção ou se atentavam a característica da urina que acaba sendo absorvida pelas fraldas descartáveis.

Outro aspecto importante neste não reconhecimento está o fato do lactente nem sempre apresentar mudanças na urina na presença de disfunções geniturinárias, uma vez que nesta faixa etária o quadro clínico muitas vezes é inespecífico. No caso da ITU, por exemplo, que foi o problema mais recorrente nesta amostra, o quadro clínico pode ser caracterizado por irritabilidade, letargia, choro inconsolável, anorexia (SCHVARTSMAN, 2011; O'SHEA, 2010; BOLTE, 2007).

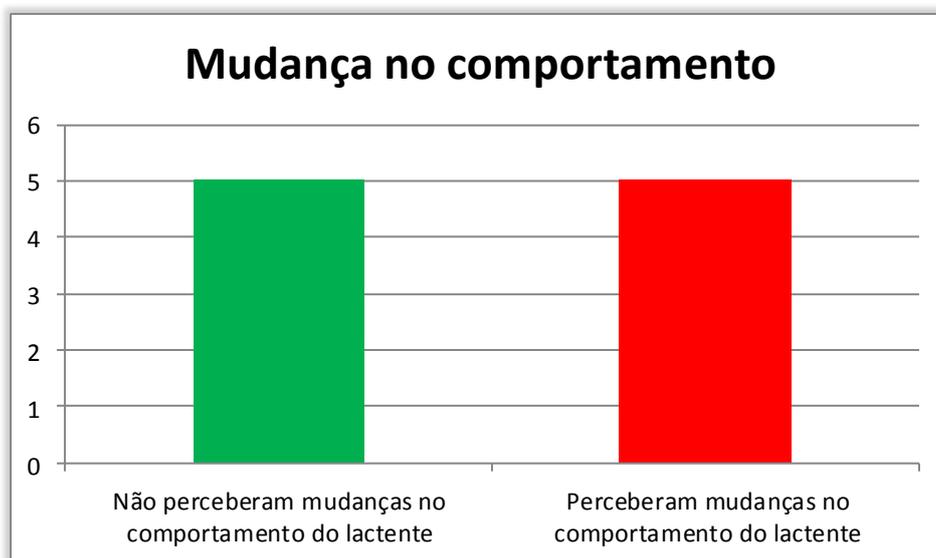
Frente a isso, a NIC (2008) propõe como intervenção de enfermagem, para o controle da eliminação urinária, orientar o paciente a monitorar sinais e sintomas de infecção do trato urinário. No caso dos lactentes, orientar os pais/mães ou cuidadores do bebê a reconhecer estes sinais para que de imediato procurem os serviços de saúde. Isso se torna necessário uma vez que a taxa de recorrência da ITU após a primeira infecção é de 30 a 40% e por conta disso expõe o lactente a um risco progressivo de

lesões renais permanentes (SCHVARTSMAN, 2011). Ryuzo et. al (2007) encontraram uma taxa de recorrência de 36% em crianças abaixo de 1 ano.

As mudanças percebidas e relatadas pelos pais/mães na urina do lactente foram: urina com pus; ausência de urina por 24 horas; urina com cheiro forte e urina escura.

Com relação à percepção de mudanças no comportamento do lactente, 5 (50%) dos pais informaram ter notado algum tipo de mudança no comportamento do bebê, já os outros 5 (50%) relataram não observar nenhum tipo de mudança.

Gráfico 3. Percepção dos pais com relação a mudanças no comportamento do lactente. Campo Grande, 2013.



As mudanças no comportamento dos lactentes identificadas pelos pais/mães foram: apatia, irritabilidade, perda de apetite, sonolência, e choro persistente. Aqui, torna-se importante relatar que durante a entrevista, as mães que relataram perceber alguma mudança, no entanto, apontaram que tiveram dificuldades em associar estas mudanças a possibilidade do filho estar com alguma disfunção geniturinária devido a inespecificidade dos sintomas.

Uma das mães entrevistadas informou que tinha conhecimento da disfunção geniturinária da filha desde o pré-natal. Frente a isso buscou conhecer tudo sobre o problema da filha e deparou-se com a possibilidade da mesma apresentar ITU em decorrência da disfunção apresentada. Entretanto, ainda que apropriada do assunto, relatou que teve muita dificuldade em associar as manifestações que percebia em sua

filha com os sintomas com ITU. Diante disso, ainda segundo o relato da mãe, ela demorou a procurar o atendimento médico, pois ficou tentando contornar a irritabilidade e febre em casa, julgando que pudesse ser alguma “virose passageira”.

Frente a isso, reforça-se a importância em conhecer os sinais e sintomas de ITU em lactentes e orientar os pais a como identificar, uma vez que Doganis et.al. (2007) apontam que o retardo no início do tratamento da ITU febril aumenta a ocorrência de pielonefrite.

Observou-se também, que todos os pais que relataram não notarem nenhum tipo de alteração na urina ou no comportamento dos lactentes, quando eram questionados diretamente sobre a presença ou ausência de alguma alteração específica respondiam afirmativamente. A exemplo: “ O senhor (a) notou alguma alteração no comportamento do bebê?” obtinha-se resposta negativa. Em seguida questionava-se “O senhor notou de o bebê chorava enquanto urinava?” Obtinha-se resposta afirmativa.

Diante dessa discordância julga-se haver duas possibilidades. A primeira é que tenha havido uma indução nas respostas dos pais quando as perguntas eram direcionadas sobre os tipos de alteração na urina e no comportamento.

A segunda possibilidade é que perguntas feitas aos pais de maneira aberta podem não serem colaborativas para uma boa coleta de dados, sendo necessário um melhor direcionamento para que haja uma coleta de dados que responda as necessidades de investigação. Neste sentido Hockenberry (2011) aponta que a capacidade de direcionar o foco da entrevista, e ao mesmo tempo, permitir liberdade máxima de expressão é uma das metas mais difíceis na obtenção de uma comunicação eficaz. Assim a entrevista junto aos pais deve consistir na utilização de perguntas amplas, seguidas de declarações orientadoras (HOCKENBERRY, 2011).

Diante disso, entende-se que há necessidade de, ao entrevistar pais durante a anamnese do lactente, enfermeiros busquem questiona-los sobre a eliminação urinária do seu filho e para isso faça perguntas direcionadas buscando identificar a existência de sinais sugestivos de alterações geniturinárias, com atenção para os sinais inespecíficos desta faixa etária.

10.3. Características definidoras levantadas

Na tabela 8 são apresentadas as frequências das características definidoras entre os lactentes.

Tabela 12. Sinais e sintomas identificados em lactentes com disfunções geniturinárias. Campo Grande, 2013.

Característica definidora	N	Porcentagem
Febre	8	80
Choro ao urinar	6	60
Esforço ao urinar	6	60
Oligúria	5	50
Cheiro forte	4	40
Irritabilidade	3	30
Retenção urinária	2	20
Gotejamento	2	20
Interrupção na micção	2	20
Frequência	2	20
Anúria	2	20
Hematúria	0	0

Febre foi a característica definidora de maior ocorrência (80%), sendo que em todas as suas ocorrências a mesma esteve ligada à ITU. Esta característica também foi a de maior ocorrência na primeira etapa deste trabalho, sendo citada em diversos estudos (MUÑOZ; GUÍO, 2009; ISMAILI et. al, 2011; BOLTE, 2007; NEWSON, 2009; LARCOMBE, 2008; PELLOWE; ROGERS, 2007; FRIEDMAN, 2008; O'SHEA, 2010; LIPLEY, 2007; SHAIK et. al, 2007; BRANDSTRÖM et. al, 2010).

Uma vez que a febre foi identificada com grande frequência na primeira etapa, validada pelos peritos na segunda e também identificada com alta frequência nesta etapa, entende-se que ainda que seja uma característica inespecífica do sistema urinário

a mesma deva ser incluída como característica definidora do DE EUP, visando melhor nomear as disfunções na eliminação de urina neste faixa etária.

A segunda característica mais encontradas foram choro ao urinar e esforço ao urinar, com frequência de 60%. Choro ao urinar também foi levantada na análise de conceito (SCHVARTSMAN, 2011) e validada pelos especialistas, sendo indicativa de disúria no lactente. Portanto, defende-se que a mesma deva ser incluída no diagnóstico com uma especificação da disúria para o lactente. Diante disso, entende-se que se a característica disúria for escrita da seguinte forma: disúria (em lactentes, choro ao urinar) poderá melhor nomear esta característica definidora quando observada entre lactentes.

Ainda que não encontrada durante a análise de conceito e também não validada pelos especialistas, esforço ao urinar foi característica de ocorrência considerável nesta etapa. Medina-Escobedo et.al (2006) em um estudo prospectivo longitudinal, com um amostra de 63 lactentes com litíase urinária, encontraram como manifestação clínica o esforço ao urinar. Assim, entende-se que outros estudos devam ser realizados em buscas de maiores evidências para esta característica definidora e possível inclusão da mesma no DE EUP.

Oligúria teve ocorrência de 50% nesta amostra. Esta característica não foi levantada durante a análise de conceito, porém, durante a pesquisa para a construção das definições operacionais das características definidoras levantadas deparou-se com essa característica e julgou-se necessário inclui-la. Na etapa de validação consensual a mesma foi considerada válida pelos especialistas. Nesta etapa, esta característica na maioria de suas ocorrências esteve associada à desidratação devido à presença de diarreia.

Diante dos achados, visualizou-se que no lactente diarreia, desidratação, oligúria e ITU estão associados. Devido às constantes evacuações, causadas pela diarreia, aumenta-se a possibilidade de contaminação da uretra levando a ITU, em paralelo a isso a oligúria se evidencia devido a desidratação causada pela diarreia. Assim, entende-se ser pertinente a inclusão da oligúria como característica definidora do DE EUP e a desidratação como fator relacionado para este diagnóstico.

Desidratação ainda que não levantada como possível fator relacionado, durante a análise de conceito, foi sugerida para a inclusão no diagnóstico por um dos peritos participantes.

Irritabilidade e cheiro forte na urina foram as únicas características definidoras que foram relatadas pelos pais/mães espontaneamente quando se fazia a pergunta aberta sobre a percepção de mudanças na urina e no comportamento do lactente. Sendo assim, entende-se que se tratam de características definidoras que os pais visualizam com melhor facilidade, porém tiveram dificuldade iniciais em associá-las a problemas urinários. Frente a isso, ao utilizar a intervenção de enfermagem que prevê a orientar o paciente a monitorar sinais e sintomas específicos de infecção do trato urinário, cabe à enfermagem orientar que irritabilidade e cheiro forte na urina, podem ser indício de problemas urinários.

Retenção urinária, interrupção na micção, anúria e hematúria foram características definidoras de baixa ocorrência nesta etapa. Porém, as mesmas foram levantadas na análise de conceito e posteriormente validadas pelos especialistas. Sendo assim, entende-se que as mesmas poderiam ser consideradas para serem inclusas como características definidoras do DE EUP.

Micção em gotejamento e frequência obtiveram baixa frequência nesta etapa e também não foram validadas pelos especialistas na etapa anterior. Entende-se que estas são características definidoras de difícil visualização no lactente. Assim, até este momento não se justifica a inclusão de micção em gotejamento como característica definidora do DE EUP, uma vez que frequência já pertence a este diagnóstico.

Hematúria, característica também levantada na análise de conceito e validada por especialistas, não teve nenhuma ocorrência desta etapa. Desta forma, entende-se que seja necessário mais estudos acerca desta característica para que ela possa ser inclusa entre as características definidoras do DE EUP.

Conclusões

O objetivo geral deste estudo foi validar o diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada (EUP) considerando sua ocorrência em lactentes, para tanto, a partir do referencial de Hoskins, seguiram-se três etapas, porém com adaptações necessárias a este estudo.

A partir da análise de conceito, observou-se que a inserção deste diagnóstico na taxonomia, bem como seu nome e sua definição foram reforçados. Entretanto visualizou-se a possibilidade de revisão das características definidoras que compõem o diagnóstico, para com isso assegurar maior clareza acerca da eliminação urinária prejudicada em lactentes e, conseqüentemente, proporcionar maior acurácia na elaboração deste diagnóstico, garantindo uma prática mais segura e resolutiva junto aos lactentes.

Frente a isto foi sugerida uma nova redação para a característica definidora disúria e a inclusão de outras características definidoras. Destas sugestões, observou-se que algumas são diretamente relacionadas à eliminação de urina, tais como: hematúria e oligúria. Porém, outras são características inespecíficas para a eliminação de urina, mas que constituem respostas próprias desta faixa etária frente à disfunção na eliminação de urina, como por exemplo, febre e irritabilidade.

Os dados emergentes da análise de conceito foram submetidos à avaliação por especialistas na etapa subsequente, validação consensual. Para a realização desta etapa, optou-se por não seguir o modelo de validação proposto por Fehring que é o recomendado pelo referencial metodológico adotado neste trabalho. Devido às dificuldades que várias pesquisas encontram nesta etapa, relacionadas ao número de peritos e qualificação adequada, optou-se pelo modelo de validação consensual, proposto Westmoreland, que fosse embasado a um número menor de especialistas.

Ainda que embasada em um referencial metodológico que necessitasse de menor quantidade de especialistas sentiu-se dificuldade em selecionar um número de peritos com qualificação adequada, dada a especificidade da população e o tema em estudo. No entanto, julga-se que a etapa de validação por especialistas traz valiosas considerações para o desenvolvimento do estudo.

A inserção do diagnóstico na taxonomia, seu nome e sua definição foram validadas pelos peritos. Embora a definição do diagnóstico tenha sido validada, foram feitas observações sobre a mesma, julgando-a pouco esclarecedora e indicativa de qual

momento é iniciado o processo de eliminação de urina, e, portanto, a partir de qual momento deve-se considerar que há disfunção na eliminação de urina.

A partir dos dados da análise de conceito, concluiu-se que o processo de Eliminação de Urina começa com a filtração glomerular e termina com a micção. No entanto, julgou-se que se a definição do diagnóstico fosse aumentada, delimitando o início e o término do processo de eliminação de urina, ocorreria a diminuição da aplicabilidade clínica do diagnóstico para a prática de enfermagem, uma vez que o diagnóstico estaria relacionado apenas a afecções do sistema urinário, excluindo outros problemas .

Também a partir da análise de conceito e das considerações apontadas pelos peritos o presente estudo possibilitou identificar a necessidade de aprofundar a discussão sobre esta definição e esclarecer se o conceito eliminação urinária foi originalmente concebido sem se considerar a formação da urina e se isto deve ficar claro na definição do diagnóstico EUP.

Segundo o referencial metodológico adotado, após a etapa de validação por peritos, deve ocorrer a validação em ambiente clínico dos dados levantados na primeira etapa e reforçados pelos peritos na segunda etapa. Entretanto, de acordo com cronograma do estudo foi possível realizar um levantamento de dados em ambiente clínico, buscando identificar correlação com os dados levantados na primeira e segunda etapa.

A amostra foi constituída por 10 lactentes. A ITU, que é um fator relacionado original do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada, foi a disfunção geniturinária de maior incidência entre os sujeitos da amostra. Ainda que o lactente apresentasse outras disfunções geniturinárias relacionadas à obstrução anatômica ou anomalias geniturinárias, a infecção do trato urinário estava presente como uma consequência da disfunção. Diante disso, infere-se a importância de um olhar atento dos enfermeiros que atuam em pediatria para esta patologia que leva a disfunção na eliminação de urina do lactente.

Durante as entrevistas, a maioria dos pais verbalizou a sua dificuldade em associar os sintomas que a criança apresentava com a possibilidade de haver disfunções urinárias, o que causava um atraso na procura pelo atendimento de saúde e consequente diagnóstico e tratamento. Este atraso, como já visto, pode causar danos permanentes na

função renal do lactente, devido a maior suscetibilidade que esta faixa etária apresenta para cicatriz renal.

Diante disso se torna de fundamental importância as intervenções de enfermagem, já previstas na NIC (2008), que objetivam “ensinar o paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário” e “orientar o paciente a monitorar sinais e sintomas de infecção do trato urinário”. No caso dos lactentes, torna-se necessário orientar os pais a reconhecerem e monitorarem esses sinais, visto que a probabilidade de repetição dos episódios de infecção de urina no lactente é alta.

O presente estudo possibilitou sugerir a inserção de novas características definidoras e fatores relacionados para o Diagnóstico de Enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada, considerando sua ocorrência entre lactentes (Quadro 9).

Quadro 9. Composição do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada com sugestão de inclusão de novas características definidoras e fatores relacionados. São Carlos, 2013.

Eliminação Urinária Prejudicada
Domínio 3: Eliminação e Troca
Classe 1: Função urinária
Definição: Disfunção na eliminação de urina
Características Definidoras
Disúria (<i>choro ao urinar ou relato dos pais de percepção de disúria</i>)
Frequência
Hesitação urinária
Incontinência
Noctúria
Retenção urinária
Urgência urinária
Febre
Oligúria
Esforço ao urinar
Fatores Relacionados
Dano sensorio-motor

Infecção do trato urinário Obstrução anatômica

As características definidoras disúria, frequência, hesitação urinária, incontinência, noctúria, retenção urinária e urgência urinária compõem originalmente o diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada da NANDA-I, Inc. A nova redação da disúria (*choro ao urinar ou relato dos pais de percepção de disúria*), febre, oligúria, e esforço ao urinar são sugeridas para serem inclusas como características definidoras deste uma vez que foram encontradas na análise de conceito, validadas pelos especialistas e validas na clínica.

Entende-se que febre, oligúria e esforço ao urinar não são características exclusivas dos lactentes, porém, neste estudo o enfoque foi dado apenas a esta faixa etária. Desta forma, mostra-se necessário um estudo com outras faixas etárias para que as mesmas possam ser validadas em outras faixas etárias. O choro ao urinar, irritabilidade e febre são características identificadas entre os lactentes.

O fator relacionado múltiplas causas foi apontado como pouco específico no presente estudo. Doença crônica e ambiente estranho foram sugeridos como fatores relacionados na etapa de validação consensual, porém como não foram identificados na análise de conceito e na etapa clínica, entende-se que se faz necessário o desenvolvimento de outros estudos que possam validar tais fatores relacionados. Desidratação foi sugerida pelos peritos na etapa de validação consensual e foi encontrada na clínica, porém como o estudo foi realizado com uma amostra pequena de lactentes, sugere-se que a mesma possa ser mais investigada em outros estudos para que possa compor os fatores relacionados do DE EUP.

Os resultados desta dissertação podem contribuir para a melhoria da assistência aos lactentes que apresentam disfunção na eliminação de urina, uma vez que a acurácia na elaboração de um diagnóstico leva a intervenções adequadas a esta população, promovendo um cuidado seguro em busca de resultados satisfatórios. A validação deste diagnóstico colabora com as recomendações da NANDA- I, Inc para o desenvolvimento contínuo de pesquisas, contribuindo para que os diagnósticos que compõem a taxonomia sejam baseados em evidências científicas.

Referências

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALFARO- LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**: tradução Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283p.

AQUINO, R.D.; FONSECA, S.M.; LOURENÇO, E.P.L.; LEITE, A.L.; BETTENCOURT, A.R.C. Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 2, p. 192-198, 2011.

APPOLONI, A.H. **Validação do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada**. 2011. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, 2011.

AZZOLIN, K.; LUCENA, A.F.; RUSCHEL, K.; MUSSI, C.; SOUZA, E.N.; RABELO, E.R. Consenso de diagnósticos, intervenções e resultados conforme a NANDA-NOC-NIC para pacientes com insuficiência cardíaca atendidos em visita domiciliar. In: Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem, 10., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília (DF): ABEn- Nacional, 2010. p.182-185.

BARBOSA, F. R; NAPOLEÃO, A. A. Eliminação urinária prejudicada: análise das características definidoras observáveis em lactentes. In: II Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente, 2010, São Paulo. **Anais do CISCA**. São Paulo: Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 2010. p.509.

BARBOSA, F. R; NAPOLEÃO, A. A. Análise conceitual do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada. In: XVIII Congresso de Iniciação Científica, 2010, São Carlos. **Anais de Eventos da UFSCar**, 2010, p.222.

BASKIN, Laurence S.; SWANA, Hubert S. Tumores Geniturinários. In: **Problemas Clínicos em Urologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 165- 174.

BIRNEY, M.H. **Fisiopatologia**. Edição 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, 640 p.

BISHOP, T. Urine testing. **Practice Nurse**, Londres, v.35, n.12, 18-20, 2008.

BOLTE, R. What are they trying to tell you? **Contemporary Pediatrics**, May, 91-95, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, 2002. 100 p.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A., editors. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B Saunders Company, 2000. p.231-50.

CARNIELLO, J. V. S. **Válvula de Uretra Posterior**. Disponível em: <<http://www.sbu-sp.org.br/site/index.php/valvula-de-uretra-posterior.html>>. Acesso em: 07 de Março de 2012.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação a prática clínica**. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CARVALHO, E.C. A problemática do diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.15, n.1/2, p.115-125, jan/abr, 1972.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Comunicação e o processo de enfermagem. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 11, n. 3. p.466, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>>. Acesso em: 20 de Abril de 2011.

CARVALHO, E. C.; MELO, A.S.; NAPOLEÃO, A. A.; BACHION, M.M.; DALRI, M.C.B.; CANINI, S.R.M.S. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.1, 235-240, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/sumario.htm>> Acesso em 12 de janeiro de 2009

CHAVES, E.C.L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual**. 2008. 255 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CHAVES, E.C.L.; CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.2, 513-520, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a22.pdf>> Acesso em: 26 de Julho de 2010.

COELHO, G.M; BOUZADA, M.C.F; LEMOS, G.S; PEREIRA, A.K;LIMA, B.P; OLIVEIRA, E.A. Risk factors for urinary tract infection in children with prenatal pelvic dilatation. *Jornal de Urologia*, v.179, n.1, 284-289, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 272/2002**. Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2002. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>> Acesso em: 23 de fevereiro de 2009

COULTHARD, M.G.; VERNON, S.J.; LAMBERT H.J.; MATTHEWS, J.N; A led education and direct access service for the management of urinary tract infections in children: prospective controlled trial. **British Medical Journal**.

Vol. 327, p. 656. 2003. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC196395/?tool=pubmed>> Acesso em: 24
de março de 2010

CORRÊA, CG. **Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

CORTADO, PLM. Terminologia Urológica. In: RODRIGUES NETTO JUNIOR, N. **Urologia Prática.** 4ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

COSTEIRA, O. **Termos e expressões da prática médica.** Rio de Janeiro: Farmoquímica, 2001

CONWAY, PH; CNAAN, A.Z.; ZAOUTIS, T; HENRY, BV; GRUNDMEIER, RW, KEREN, R. Recurrent urinary tract infections in children; risk factors and association with prophylactic antimicrobials. *JAMA*, v. 298, n. 2, 2007

COUTINHO, H.D.M. Infecções urinárias por enterobactérias. **Revista Médica Ana Costa**, v. 10, n.1. jan/març. 2005. Disponível em: <
[http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10\(1\)/artigo_2.htm](http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10(1)/artigo_2.htm)> Acesso em 02 de Julho de 2012.

CRAFT-ROSENBERG, M; SMITH, K. Diagnóstico de enfermagem em educação. In: NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011.** Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, D.A.M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R. R et. al. **Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica.** Porto Alegre: Artmed. p. 24-37, 2008.

DÉNES, Francisco Tibor. Refluxo Vesicoureteral. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP.** Barueri: Manole, 2011. 126-138.

DIAS, E.P.O; GONTIJO, J.A.R; FIGUEIREDO, J.F. Fisiopatologia da obstrução do trato urinário. In: RODRIGUES NETTO JUNIOR, N. **Urologia Prática.** 4ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

D'IPPOLITO, G.; ABREU JUNIOR, L.; BORRI, M.L.; GALVÃO FILHO, M.M.; HARTMANN, L.G.C.; WOLOSKER, A.M.B. Pielonefrite aguda: classificação e diagnóstico por imagem. **Revista Imagem.** v. 27, n.3, 183-194, 2005.

DOCHTERMAN, M.J; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MURR, A.C. **Diagnósticos de Enfermagem.** 12ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DOGANIS, D; SIAFAS, K; MAVRIKOU, M; ISSARIS, G; MARTIROSOVA, A; PERPERIDIS, G. Does early treatment of urinary tract infection prevent renal damage? **Pediatrics**. v 120, n.4, 922-928, 2007.

DUARTE, Ricardo João. Litíase urinária em crianças. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011. 325-335.

DUARTE, Ricardo João; CRISTOFANI, Lilian Maria. Tumores renais na infância. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011. 351-365.

FAVRETTO, D. O.; CARVALHO, C.C. Validação conceitual de diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada. **Online braz. j. nurs.** (Online); 7(2), 2008. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a22.pdf>> Acesso em: 16/02/2009

FEHRING, R.J. **Methods to validate nursing diagnoses**. Heart & Lung. v.16, n. 6, PT. 1, p. 625-629. 1987

FEHRING, R.J. **Validation diagnostic labels: standardized methodology**. In: HURLEY, M.E. et. al. (Eds) Classification of nursing diagnosis: Proceeding of the sixth conference of north nursing diagnosis association. St. Louis: Morby, 1986. P. 183-190.

FEHRING, RJ. The Fehring Model. In: CARROL -JOHNSON, RM; et al. **Classification of nursing diagnosis: procedins of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa**: coordenação de edição: Margarida dos Anjos. 6ª edição. Curitiba: Positivo, 2004, 896 p.

FONTES, CMB; CRUZ, DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.41, n.3, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12 de Setembro de 2011.

FOX, Stuart Ira. **Fisiologia Humana**, 7. Ed. Barueri: Manole, 2007.

FRIEDMAN, Aaron L. Acute UTI: What you want to know. **Contemporary Pediatrics**. Estados Unidos, v.25, n.10, 68-76, 2008.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan.-abr., 2006.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v11, n.3, p. 24-31. 1998. Disponível em: < http://www.unifesp.br/denf/acta/1998/11_3/pdf/art3.pdf> Acesso em: 20/02/2009

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.11, n.2, 2009. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11n2a01.htm>.> Acesso em: 10 de Abril de 2011.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E.M. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v.3, n.2, 2004. Disponível em < www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm> Acesso em: 20 de Março de 2011.

GIRON, A. M.; DÉNES, Francisco Tibor; SROUGI, Miguel. **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011.

GODBOLE, Prasad; GEARHART, John; WILCOX, Duncan. **Problemas Clínicos em Urologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

GOUVEIA, Éder Maxwell; PASSEROTTI, Carlo Camargo. Anomalias uretrais. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011. 113-125.

GRANT, J.S.; KINNEY, M.R. The need for operational definitions for defining characteristics. **Nursing Diagnosis**, v. 2, n. 4, 181-185, 1991.

GULMI, F.A.; FELSEN, D.; VAUGHAN JR, D. Pathophysiology of urinary tract obstruction. In: WALSH, P.C. **Campbell's Urology**. Philadelphia: Saunders, 2002.

GUYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HACHUL, M; IKARI, O; LESLIE, B; PEDRO, RN; SOUZA, AS. Sociedade Brasileira de Urologia. **Estenose da Junção Pieloureteral**. Disponível em:< http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/21-EstenoseJuncPielou.pdf>. Acesso em: 03 de Março de 2012.

HARMSSEN, M.; GIESEN, P.H.J.; VAN DER WOUDE, J.C.; et al. Urinary tract infections in young children: high guideline adherence of triage nurses at general practice co-operatives. **Quality in Primary Care**, vol. 13, p.241-247, 2005. Disponível em: < http://link.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl3?url_ver=Z39.882004&url_ctx_fmt=infofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF8&ctx_ver=Z39.882004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=111057004867036&svc.fulltext=yes> Acesso em: 24 de março de 2010.

HESELGRAVE, **Promoção da saúde do lactente e da família**. In: In: Hockenberry, MJ; Wilson, D; Winkelstein ML. Wong. Fundamentos da Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HERDMAN, T.H. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HOCKENBERRY M.J. Comunicação e avaliação da saúde da criança e da família. In: _____ **Wong Fundamentos da Enfermagem Pediátrica** – Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HOSKINS, L.M. Clinical Validation, methodologies for nursing diagnosis research. In: Carrol Johnson RM. et.al. (Ed) **Classification of nursing diagnoses: proceedings of eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincot, 1989. P. 126-31.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário de língua portuguesa Houaiss**. São Paulo: Objetivo Limitada, 2009. (Versão eletrônica)

HUTTON, Kim A. R. Infecções do Trato Urinário. In: **Problemas Clínicos em Urologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 184- 205.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. Disponível em: < <http://www.icsoffice.org/>> . Acesso em: 03 de Julho de 2012.

IZQUIERDO, R, M.; MIALDEA, R.L. Valoración de la función del tracto urinário inferior en el paciente pediátrico portador de reflujo vesicouretral primário. **Archivos Españoles**. Urol. v..61, n.2, 191-207. 2008.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

KANNELLOPOULOS, T. A; SAKALOS, C; SPILIOPOULOU, I. First urinary tract infection in neonates, infants e young childrens: a comparative study. **Pediatric Nephrology**. v.21, n.1, 1131-1137, 2006.

LANDIS, R. J.; KOCH, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* 33, 159-174, 1977.

LYRA, Carlos Roberto. **Compacto dicionário ilustrado de saúde e principais legislações de enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 1110p. (4 edição revista e atualizada)

LOURENCINI, R.R. **O ensino da ressuscitação cardiopulmonar em adultos na graduação em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura**. 2011. 149 p. Dissertação de Mestrado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Ribeirão Preto, 2011.

LUNNEY, M. Diagnósticos de enfermagem e pesquisas. In: NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011**. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTÉ, K.L. **Choro escute: eles estão falando com você!** Centres of excellence for children´s well-being. Montreal, 2010.

MOTA, D. D. C. F; CRUZ, D.A.L.M; PIMENTA, C.A.M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n.3, p.285-293, 2005.

McANINCH, J.W. Sintomas de distúrbios do trato geniturinário. In: **Urologia Geral de Smith**. Barueri: Manole, 2007.

McGUIRE, A.D. The genesis and nature of nursing diagnosis. In: CARLSON, J.H; CRAFT, C.A.; McGUIRE, A.D.; POPKESS-VAWTER, S. **Nursing Diagnosis: a case study approach**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1991. Chapter 1, p. 3-19.

MEDINA-ESCOBEDO, M; MEDINA-ESCOBEDO, C; MARTÍN-SOBERANIZ, G; VILLANUEVA-JORGE, S; HERNÁNDEZ-FLOTA, A. Litiasis urinaria em lactantes. Seguimiento a cuatro años. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc**. México, p. 195-200, 2006.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em <http://200.144.190.38/bitstream/handle/2012.1/3509/art_MENDES_Revisao_integrativa_metodo_de_pesquisa_para_a_2008.pdf?sequence=1> Acesso em: 10 de Julho de 2012.

MELO, A. S. **Validação dos Diagnósticos de Enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes**. 2004. 197 p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Ribeirão Preto, 2004.

MONTAGNINO, B.; RING, . A criança com disfunção geniturinária. Criança com disfunção genitourinária. In: Hockenberry, MJ; Wilson, D; Winkelstein ML. Wong. **Fundamentos da Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

MUÑOZ, Lina Margarita; GUÍO, Dora Zorro. Infección Urinaria en pediatría. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, Bogotá, v. 18, n. 3, 182-187, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011**. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 606p.

NGUYEN, H.T. Infecções bacterianas do trato geniturinário. In: **Urologia Geral de Smith**. Barueri: Manole, 2007.

O'SHEA, L. Diagnosing urinary tract infections. **Practice Nurse**. n. 19, 20-25, 2010.

PERNETTA, C. **Semiologia pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre, 2011

POMPEO, D.A. **Validação do diagnóstico de enfermagem náusea no período pós-operatório imediato.** Tese (doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012.

PORTO, C.C. **Exame clínico: bases para a prática médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PROCIANOY, R. S. ; SILVEIRA, R.C. Síndrome Hipóxico- isquêmica. **Jornal de Pediatria.** v77. supl 1. 2001

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2005

REIS, G.S. **Associação entre polimorfismos no gene BMP4 e expressão de fenótipos de CAKUT em amostra brasileira.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais- Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2011.

RIYUSO, M.C; MACEDO, C.S; BASTOS, H.D. Fatores associados a recorrência da infecção do trato urinário em crianças. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 7. n.2, 151-157, 2007.

ROSSI, L.A.; CASAGRANDE, L.D.R. **Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado.** In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M., ANABUKI, M.H. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, p 41-61, 2001.

SAIOVICI, S; NOBRE, YTDA; CARDOSO, SNC; TUCCI, Jr S; GOLDRAICH, NP. **Válvula de Uretra Posterior.** Sociedade Brasileira de Urologia. Disponível em: < http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/40-ValvulaUrePost.pdf > Acesso em: 03 de Março de 2012.

SANTOS, O. F. P.; PASSOS, Rogério da Hora; BOIM, Miriam Aparecida; SCHOR, Nestor. Insuficiência Renal Aguda. In: **Nefrologia Pediátrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 220-236.

SCHVARTSMAN, B. G. S. Infecção do trato urinário. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP.** Barueri: Manole, 2011. 223-247.

SHAIK, N; MORONE, N.E; LOPEZ, J; CHIANESE, J; SANGVAI, S; D'AMICO, F; HOBERMAN, A; WALD, E R. Does this child have a urinary tract infection? (Structured abstract). **The Journal of the American Association.** v. 298, n.24, 2895-2904, 2007.

SILVA, RCG. **Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: perfusão tissular periférica ineficaz em pacientes com doença arterial obstrutiva periférica sintomática.** Tese (doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de São Paulo. São Paulo, 2010.

SIMÕES, F.A. Exame de vias urinárias e genitais masculinos. In: **Semiologia clínica**. São Paulo: Sarvier, 2002.

SMELTZER, S. C. O.; BARE, B. G.. **Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. José Eduardo Ferreira de Figueredo (Trad.). 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.3. 2005.

SURIANO, M.L.F.; MICHEL, J.M.; ZEITOUN, S.S.; HERDMAN, T.H.; BARROS, A.L.B.L. Consensual Validation of the Nursing Diagnoses Fear and Anxiety Identified at the Immediate Preoperative Period in Patients Undergoing Elective Surgery. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 22, n. 3, p. 133-141, Jul/Sep. 2011.

TANAGHO, E.A.; LUE, T.F. Distúrbios da bexiga neuropática. In: **Urologia Geral de Smith**. Barueri: Manole, 2007

ZAGURY, A.; BANDEIRA, M.F. Insuficiência renal aguda. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. Tratado de Pediatria. 1ª edição. Barueri: Manole, 2007.

ZERATI, F M; LIGUORI, RLS; CALADO, AA. **Refluxo Vesico-Ureteral**. Sociedade Brasileira de Urologia. Disponível em:< http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/36-RefluxoVesicUretr.pdf> Acesso em: 03 de Março de 2012.

ZUCCOLOTTO, S. M. C.; SUCUPIRA A. C. S. L.; **Infecção do trato urinário**. In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccolotto SMC. Pediatria em Consultório. 4ª edição. São Paulo: Sarvier, 2000. p 393-409.

WALKER, LO; AVANT, KC. Concept Analysis. In: _____. **Strategies for Theory Construction in Nursing**. New Jersey: Pearson, 2005. p. 63-84.

WESTMORELAND, D.; WESORICK, B.; HANSON, D.; WYNGARDEN, K. Consensual Validation of Clinical Practice Model Practice Guidelines. **J Nurs Care Qual**. v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.

WICKRAMASURIYA, N.I.; MUTHUCUMARU, M.; HEWAVITHANA, P.B. A rare cause of acute urinary retention in a male infant. **Journal of Pediatric Urology**, n. 4, 243-244, 2008.

WILSON, D. Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In: HOCKENBERRY, M.J; WILSON, D. Wong Fundamentos da Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, 331-414.

WYND, C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

YORITA, K.L.; HOLMAN, R.C.; SEJVAR, J.J.; STEINER, C.A.; SCHONBERGER, L.B. Infectious disease hospitalizations among infants in the United States. **Pediatrics**, v.121, n. 2, 244-52, 2008.

Referências dos estudos selecionados na análise de conceito

ATAEI, N.; MADANI, A.; ESFAHANI, S.T.; SINA, A.; KAJBAFZADEH, A.; MONAJEMZADEH, M.; ATA EI, F. An infant presenting with a non-functional kidney on dimercaptosuccinic acid scan: question. **Pediatr Nephrol**, n. 25, 253-255, 2010.

ATAEI, N.; MADANI, A.; ESFAHANI, S.T.; SINA, A.; KAJBAFZADEH, A.; MONAJEMZADEH, M.; ATA EI, F. An infant presenting with a non-functional kidney on dimercaptosuccinic acid scan: answer. **Pediatr Nephrol**, N. 25, 257-260, 2010.

BISHOP, T. Urinalysis (urine testing) can provide valuable information about a patient's condition, allowing the detection of systemic disease and infection. **Practice Nurse**. V.35, n.12, 18-20, 2008

BOLTE, R. The crying child. **Contemporary Pediatrics**. v. 24, n.5, 74-81, 2007.

BOLTE, R. What are they trying to tell you? **Contemporary Pediatrics**, 91-95, 2007.

BRANDSTRÖM, P.; ESBJÖRNER, E.; HERTHELIUS, M.; SWERKERSSON, S.; JODAL, U.; HANSSON, S. The Swedish Reflux Trial in Children: III. Urinary Tract infection pattern. **The Journal of Urology**. v. 184, 286-291, 2010.

BRANDSTRÖM, P.; NEVÉUS, T.; SIXT, R.; STOKLAND, E.; JODAL, U.; HANSSON, S. The Swedish Reflux Trial in Children: IV. Renal Damage. **The Journal of Urology**, v. 184, 292-297, 2010.

BUSTOS, P.; ARTEAGA, M.C. ; BUSTAMANTE, M.; HORWITZ, B.; SILVA N., RUBIO F., ALTHAUSEN M. Relación entre malformaciones congénitas de la vía urinaria e infecciones del tracto urinario (ITU) bacterémicas en pacientes menores de 1 año hospitalizados en Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) entre 2001 y 2005. **Revista Pediatría Electrónica**, v. 3, n.3, 14-21, 2006.

COKER, A.M.; ALLSHOUSE, M.J.; KOYLE, M.A. Complete duplication of bladder and urethra in a sagittal plane in a male infant: case report and literature review. **Journal of Pediatric Urology**, n.4, 255-259, 2008.

DEMIRBAG, S.; ATABEK, C.; CALISKAN, B.; GUVEN, B.; SAKARYA, M.T.; SURER, I.; OZTURK,H. Blader dysfunction in infants with primary vasocoureteric reflux. **The Journal of International Medical Research**, n. 37, 1877-1881, 2009.

DÉNES, F. T. Refluxo Vesicoureteral. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011. 126-138.

DÉNES, F.T.; MACHADO, M.G. Válvula de uretra posterior. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011. 153- 171.

FRIEDMAN, A. L. Acute UTI: What you want to know. **Contemporary Pediatrics**. Estados Unidos, v.25, n.10, 68-76, 2008.

GIRON, A.M. Hidronefrose perinatal. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011. 75-90.

GUNDETI, M.S.; MUSHTAQ, I. Anomalias congênicas da Bexiga e da uretra. In: **Problemas Clínicos em Urologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 101-110.

HSU, C.W.; SYMONS, J.M. Acute kidney injury: can we improve prognosis? **Pediatr Nephrol**, n. 25, 2401-2412, 2010.

HUTTON, K.A.R. Infecções do trato urinário. In: **Problemas Clínicos em Urologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 184-205.

ISMAIL, K.; WISSING, K.M.; LOLIN, K.; QUOQ LE, P.; CHRISTOPHE, C.; LEPAGE, P.; MICHELLE HALL, M. Characteristics of First Urinary Tract Infection With Fever in Children: A Prospective Clinical and Imaging Study. **The Pediatric Infectious Disease Journal**. V. 30, N.5, 2011

IZQUIERDO, R, M.; MIALDEA, R.L. Valoración de la función del tracto urinário inferior en el paciente pediátrico portador de reflujo vesicouretral primário. **Arch. Esp. Urol**. v..61, n.2, 191-207. 2008.

LARCOMBE, J. Extensive investigation is not recommended for all children with UTIs. **Guidelines in practice**. v.11, n.1, 2008. Disponível em < http://www.eguidelines.co.uk/eguidelinesmain/gip/vol_11/jan_08/larcombe_uti_jan08.php> Acesso em : 20/07/2011.

LIPLEY, N. NICE issues guidance on urinary tract infection. **Emergency Nurse**. v.15, n.5, 2. 2007.

MALONE, P.S.J. Dysfunctional voiding. **Journal of Pediatric Urology**. v.5, 2, 2008.

MAURIQUAND, P. Refluxo vesicoureteral. In: **Problemas Clínicos em Urologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 75-87.

MUÑOZ, L.M.; GUÍO, D.Z.; Infeccion Urinaria em Pediatría. **Repertório de Medicina y Cirugía**. V. 18. N.3, 2009

NEHER, J.O. Vesicoureteral reflux: more molehill than mountain. **Evidence-Based Practice**. v. 11, n.5, 1-3, 2008.

NEWSON, L. Diagnosing urinary tract infections in childhood. **Independent Nurse**, 2009; 9. 21. Disponível em < http://www.independentnurse.co.uk/cgi-bin/go.pl/library/results_search.html?text_condition=all&searchboxtyped=short&index

=index_stem%2Cindex_sound%2Cindex_stem_delta%2Cindex_sound_delta§ion_uid=2910%2C2911&text=NEWSON&search=Go> Acesso em: 20/06/2011

O'SHEA, L. Diagnosing urinary tract infections. **Practice Nurse**. n. 19, 20-25, 2010.

O'TOOLE, S. Anomalias congênitas do rim e do ureter. In: **Problemas Clínicos em Urologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 88-100.

PELLOWE, C.M.; ROGERS, J. Preventing healthcare-associated infections when using urinary catheters. **Infant**. v.3. n.4. 150-152, 2007.

PERU, H.; BAKKALOGLU, S.A.; OGUZ SOYLEMEZOGLU, O.; BUYAN, N.; ENVER HASANOGLU, E. The relationship between urinary tract infections and vesicouretral reflux in Turkish children. **Int Urol Nephrol**. n. 41, 947-951, 2009.

SHAIKH N; MORONE N E; LOPEZ J; CHIANESE J; SANGVAI S; D'AMICO F; HOBERMAN A; WALD, E R. Does this child have a urinary tract infection? (Structured abstract). **The Journal of the American Association**. v. 298, n.24, 2895-2904, 2007.

SCHVARTSMAN, B. G. S. Infecção do trato urinário. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011. 223-247.

SINHA, R.; AGARWAL, I. Anuria in an infant secondary to bilateral ureteric stones. **Clin Exp Nephrol**, n. 14, 520-521, 2010

SINHA, R ; AGARWAL, I. Anuria in an infant secondary to bilateral ureteric stones. **Clin Exp Nephrol**, n. 14,420-421, 2010.

WICKRAMASURIYA, N.I.; MUTHUCUMARU, M.; HEWAVITHANA, P.B. A rare cause of acute urinary retention in a male infant. **Journal of Pediatric Urology**, n. 4, 243-244, 2008.

Apêndices

Apêndice 1 – Estudos selecionados para a análise de conceito

Título do trabalho	Autores	Periódico	Ano	Objetivo	Tipo de estudo
Infeccion Urinária em pediatria	Muñoz , L.M; Guío, D.Z	Repertório de Medicina e Cirurgia	2009	Descrever a relação entre os achados clínicos, laboratoriais e cintilografia renal em pacientes pediátricos hospitalizados por ITU	Estudo descritivo de coorte transversal
Anuria in an infant secondary to bilateral ureteric stones	Sinha, R ; Agarwal, I	Clin Exp Nephrol	2010	Descrever um caso de litíase bilateral em um lactente com sinais e sintomas não específicos	Relato de caso
Bladder dysfunction in infants with primary vesicoureteric reflux	Demibarg, S.; Atabek, c.; Caliskan, B.; Guven, A.; Sakarya, M.T.; Surer, I.; Ozturk, H.	The Journal of International Medical Reserach	2009	Avaliar a presença de anormalidades urodinâmicas em lactentes com RVU	Estudo de coorte
A rare cause of acute urinary retention in a male infant	Wickramasuriya, N.I., Muthucumar, M. Hewavithana, P.B	Journal of Pediatric Urology	2008	Descrever o caso de um lactente com retenção urinária aguda	Relato de caso
Characteristics of First Urinary Tract Infection With Fever in Children	Ismaili et. al	The Pediatric Infectious Disease Journal	2011	Fornecer as características clínicas, frequência de uropatógenos e resistência a antimicrobianos em lactentes com o primeiro episódio de ITU febril	Estudo prospectivo de coorte
Dysfunctional voiding	P.S.J. Malone	Journal of Pediatric Urology	2011	Resumir dois artigos que retraram sobre a disfunção de esvaziamento	Artigo de atualização
The relationship between urinary tract infections and vesicouretral reflux in Turkish children	Peru et.al.	Int Urol Nephrol	2009	O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de RVU e formação de cicatriz renal associada, em crianças que tiveram pielonefrite aguda, primeira ITU afebril e ITU recorrentes	Estudo descritivo
An infant presenting with a non-functional kidney on dimercaptosuccinic acid scan: question	Ataei et.al	Pediatr Nephrol	2010	Questões sobre o quadro clínico de um lactente de 6 meses com provável quadro de pielonefrite	Relato de caso
An infant presenting with a non-functional kidney on dimercaptosuccinic acid scan: answer	Ataei et.al	Pediatr Nephrol	2010	Responder sobre as questões do estudo anterior	Relato de caso
Complete duplication of bladder and urethra in a sagittal plane in a male infant: case report and literature review	Coker, A.M.; Allshouse, M.J.; Koyle, M.A	Journal of Pediatric Urology	2008	Reportar uma duplicação de bexiga de um lactente	Relato de caso
Valoración de la función del tracto urinario inferior en el paciente	Izquierdo, R, M.; Mialdea, R.L.	Arch. Esp. Urol	2008	Descrever os padrões urodinâmicos mais frequentes em pacientes com refluxo vesicouretral primários e	Estudo descritivo

pediátrico portador de reflujo vesicoureteral primario				seu tratamento com base nos padrões urodinâmicos	
Acute kidney injury: can we improve prognosis?	Hsu, C.W.; Symons, J.M.	Pediatr Nephrol	2010	Rever a existência de dados e definições para lesão renal aguda, prevenções gerais e métodos de tratamento	Artigo de revisão
The crying child	Bolte, R.	Contemporary Pediatrics	2007	Descrever os motivos pelos quais há o choro da criança	Artigo de atualização
What are they trying to tell you?	Bolte, R.	Contemporary Pediatrics	2007	Retratar sinais inespecíficos de doenças que os lactentes apresentam	Artigo de atualização
Diagnosing urinary tract infections in childhood	Newson, L	Independent Nurse		Descrever sinais e sintomas de infecção urinária em lactentes	Artigo de atualização
Extensive investigation is not recommended for all children with UTIs	Larcombe, J	Guidelines in practice		Descrever métodos de investigações para diagnóstico de infecção urinária em crianças	Artigo de atualização
Preventing healthcare-associated infections when using urinary catheters	Pellowe, C.M.; Rogers, J.	Infant	2007	Oferecer diretrizes para o cateterismo vesical em lactentes em recém-nascidos	Artigo de atualização
Acute UTI: what do you know	Friedman, A.L	Contemporary Pediatrics	2008	Usar estratégias recomendadas para o diagnóstico de ITU em crianças e lactentes; descrever tratamentos apropriados para crianças com suspeita de ITU; escolher abordagens apropriadas para profilaxia; determinar encaminhamento adequado para uma criança com ITU	Artigo de atualização
Vesicoureteral reflux: more molehill than mountain	Neher, J.O	Evidence-Based Practice	2008	Mostrar a opinião de especialistas sobre atuais modalidades terapêuticas no tratamento do RVU buscando evitar a lesão parenquimatosa	Artigo de atualização
Urinalysis (urine testing) can provide valuable information about a patient's condition, allowing the detection of systemic disease and infection	Bishop, T	Practice Nurse	2008	Mostrar que o exame de urina pode fornecer condições valiosas sobre a condição do paciente, permitindo a detecção de doenças sistêmicas e infecções.	Artigo de atualização
Diagnosing urinary tract infections	O'Shea, L.	Practice Nurse	2010	Atualização sobre o diagnóstico de infecção do trato urinário	Artigo de atualização
NICE issues guidance on urinary tract infection	Lipley, N	Emergency Nurse	2007	Atualização sobre a infecção do trato urinário	Artigo de atualização
Does this child have a urinary tract infection? (Structured abstract)	Shaikh et. al	JAMA	2007	Avaliar a precisão do diagnóstico de infecção do trato urinário através da análise de sinais e sintomas	Revisão sistemática
The Swedish Reflux Trial in Children: III. Urinary Tract infection	Brandström et. al	The Journal of Urology	2010	Avaliar a diferença na taxa de infecção do trato urinário febril em crianças com RVU, buscando	Estudo clínico randomizado controlado

pattern				alternativas para o controle	
The Swedish Reflux Trial in Children: IV. Renal Damage	Brandström et. al	The Journal of Urology	2010	Comparar o desenvolvimento de um novo dano renal em uma criança pequena com RVU aleatoriamente alocados para profilaxia antibiótica, tratamento endoscópio ou controle de grupo	Estudo clínico randomizado controlado
Hidronefrose perinatal	Giron, A.M.	Urologia (coleção pediatria)	2011	Livro	
Refluxo veiscouretral	Dénes, F.T.	Urologia (coleção pediatria)	2011	Livro	
Válvula de uretra posterior	Dénes, F.T.; Machado, M.G	Urologia (coleção pediatria)	2011	Livro	
Infecção do Trato Urinário	Schuartsman, B.G.S.	Urologia (coleção pediatria)	2011	Livro	
Refluxo veiscouretral	Mauriquand, P.	Problemas clínicos em urologia pediátrica	2008	Livro	
Anomalias congênitas do rim e do ureter	O'Toole, S.	Problemas clínicos em urologia pediátrica	2008	Livro	
Anomalias congênitas da Bexiga e da uretra	Gundeti, M.S.; Mushtaq, I	Problemas clínicos em urologia pediátrica	2008	Livro	
Infecções do trato urinário	Hutton, K.A.R.	Problemas clínicos em urologia pediátrica	2008	Livro	

Apêndice 2 – Carta convite enviada aos peritos

Carta convite

Prezada enfermeira,

Devido à necessidade da constante revisão e aprimoramento dos diagnósticos de enfermagem, solicitamos sua colaboração para o desenvolvimento deste estudo intitulado “Validação do Diagnóstico de Enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada entre lactentes”. O objetivo geral deste trabalho é validar o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada considerando sua ocorrência entre lactentes, enquanto os específicos são: realizar a análise de conceito de eliminação urinária prejudicada; realizar a validação de conteúdo do DE eliminação urinária prejudicada e realizar a validação clínica do DE eliminação urinária prejudicada.

Esta etapa caracteriza-se pela validação por especialistas e, portanto, sua participação neste estudo é de extrema importância. Sua participação consiste em julgar a adequação de cada informação, fornecida no instrumento. Para tanto, pedimos que observe os dados que estão no instrumento anexo a esta carta.

Com base em sua experiência profissional, conhecimentos e opinião, você deverá assinalar a adequação de toda composição do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando em crianças de 1 a 12 meses de idade. Você deverá assinalar apenas uma alternativa.

Caso sinta a necessidade de incluir mais características definidoras que julgue pertinente ao diagnóstico, faça-o no espaço final reservado a observações, se possível também coloque a definição operacional da característica definidora incluída.

Antecipadamente, agradecemos sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Francine Ramos Barbosa
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão
Prof. Dr. Ari Miotto Junior

Apêndice 3 – Caracterização dos peritos

Instrumento para caracterização dos peritos

Ano de conclusão do curso de graduação:			
Tempo de experiência profissional em enfermagem			(anos completos):
Pós Graduação			
Doutorado ()	Enfermagem ()	Áreas afins () - Especificar:	Ano de conclusão:
Tema:			
Mestrado ()	Enfermagem ()	Áreas afins () - Especificar:	Ano de conclusão:
Tema:			
Especialização: S() N ()		Área:	
Área de Atuação (Anterior e Atual)			
Ensino de Enfermagem Graduação	Tempo (em anos):	Disciplinas Ministradas:	
Ensino de Enfermagem Nível Médio	Tempo (em anos):	Disciplinas Ministradas:	
Assistência de Enfermagem	Tempo (em anos):	Área de atuação:	
Outros (Descrever setor e tempo de atuação em anos)			
Possui pesquisas realizadas e publicadas em periódicos sobre cuidados de Enfermagem a pacientes pediátricos? () Sim () Não			
Possui pesquisas realizadas e publicadas sobre Diagnósticos de			

Enfermagem? () Sim () Não
Possui pesquisas realizadas e publicadas sobre Enfermagem relativa ao sistema genitourinário? () Sim () Não
Elabora diagnósticos de enfermagem na prática do ensino ou da assistência? () Sim () Não
Já identificou o diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada? () Sim () Não
Outras observações que queira fazer:

Apêndice 4. Instrumento utilizado na validação consensual

Prezada enfermeira,

Devido à necessidade da constante revisão e aprimoramento dos diagnósticos de enfermagem, solicitamos sua colaboração para o desenvolvimento deste estudo intitulado “Validação do Diagnóstico de Enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada entre lactentes”. O objetivo geral deste trabalho é validar o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada considerando sua ocorrência entre lactentes, enquanto os específicos são: realizar a análise de conceito de eliminação urinária prejudicada; realizar a validação de conteúdo do DE eliminação urinária prejudicada e realizar a validação clínica do DE eliminação urinária prejudicada.

Esta etapa caracteriza-se pela validação por especialistas e, portanto, sua participação neste estudo é de extrema importância. Sua participação consiste em julgar a adequação de cada informação, fornecida no instrumento. Para tanto, pedimos que observe os dados que estão no instrumento anexo a esta carta.

Com base em sua experiência profissional, conhecimentos e opinião, solicitamos que você assinale a adequação de toda composição do diagnóstico de enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada quando em crianças de 1 a 12 meses de idade. Solicitamos que você assinale apenas uma alternativa.

Caso sinta a necessidade de incluir mais características definidoras que julgue pertinente ao diagnóstico ou fatores relacionados, faça-o no espaço reservado para a inclusão de novas características definidoras ou fatores relacionados, se possível também coloque a definição operacional.

Antecipadamente, agradecemos sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Francine Ramos Barbosa
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão
Prof. Dr. Ari Miotto Junior



Grupo de Pesquisa

SAESC

Sistematização da Assistência de Enfermagem
&
Sistemas de Classificação

Instrumento para validação consensual

1. Inserção do diagnóstico na taxonomia

O diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada é um diagnóstico real inserido no domínio 3 e classe 1 da taxonomia II da NANDA-I, Inc. Por favor, analise a adequação desse diagnóstico com relação a sua inserção na taxonomia. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Domínio 3 - Eliminação/Troca			
Você considera a inserção deste diagnóstico nesse domínio:			
Nada adequada 1	Muito pouco adequada 2	Em grande parte adequada 3	Totalmente adequada 4
Observações:			

Classe 1- Função Urinária: Processo de secreção, reabsorção e excreção de urina.			
Você considera a inserção deste diagnóstico nessa classe:			
Nada adequada 1	Muito pouco adequada 2	Em grande parte adequada 3	Totalmente adequada 4
Observações:			

2. Enunciado diagnóstico de acordo com a NANDA-I, Inc (2010)

O enunciado diagnóstico confere um nome ao mesmo. É um termo ou expressão concisa que representa um padrão de indícios relacionados (NANDA-I, 2010, p. 437). Por favor, analise a adequação desse diagnóstico com relação a seu enunciado. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Eliminação Urinária Prejudicada

Você considera esse enunciado:			
Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	Em grande parte adequado 3	Totalmente adequado 4
()	()	()	()
Observações:			

3. Definição do diagnóstico

A definição de um diagnóstico de enfermagem oferece uma definição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-los de diagnósticos similares (NANDA-I, 2010, p.437). Por favor, analise a adequação da definição do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Definição segundo a NANDA-I (2010): Disfunção na eliminação de urina			
Justificativa: O uso do termo “disfunção” indica que o órgão ou sistema funciona de maneira “anômala” (FERREIRA, 2004), neste caso, o sistema urinário. Diante desta definição entende-se que algum evento anormal ocorreu durante o processo de eliminação de urina, o que justifica a definição “Disfunção na eliminação de urina”.			
Você considera a redação desta definição do diagnóstico:			
Nada adequada 1	Muito pouco adequada 2	Em grande parte adequada 3	Totalmente adequada 4
()	()	()	()
Observações:			

4. Características definidoras originais do diagnóstico da NANDA-I (2010)

As características definidoras são indícios/ inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real, de bem estar ou de promoção da saúde (NANDA-I, 2010).

Por favor, no primeiro quadro avalie o quanto você considera que essas características definidoras **podem ocorrer em lactentes com eliminação urinária prejudicada**. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

No segundo quadro, por favor, avalie o quanto você considera que essa característica definidora **é de fácil observação em lactentes**. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

E, no terceiro estão as definições operacionais de cada característica definidora, caso sinta necessidade de consultá-las. As definições operacionais atribuem significados a um conceito. Elas também servem como uma referência constante para determinar quando uma característica definidora está presente em um paciente com aquele diagnóstico de enfermagem (GRANT; KINNEY, 1991).

No quadro abaixo, avalie o quanto você considera que essas características definidoras **podem ocorrer em lactentes com eliminação urinária prejudicada**. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Característica definidora	Nunca ocorrente 1	Poucas vezes ocorrente 2	Muitas vezes ocorrente 3	Sempre ocorrente 4
Disúria				
Frequência				
Hesitação urinária:				
Incontinência:				
Retenção urinária:				
Urgência urinária				

Noctúria				
Observações:				

No quadro abaixo, por favor, avalie o quanto você considera que essa característica definidora **é de fácil observação em lactentes**. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Facilidade de observação dessas características definidoras em lactentes	Nada fácil 1	Muito pouco fácil 2	Em grande parte fácil 3	Muito fácil 4
Disúria				
Frequência				
Hesitação urinária:				
Incontinência:				
Retenção urinária:				
Urgência urinária				
Noctúria				
Observações:				

Definição Operacional (DO)
<p>Disúria</p> <p>DO: Micção associada à sensação de dor, queimação ou desconforto (PORTO, 2000). A dor se manifesta apenas durante a eliminação de urina, desaparecendo tão logo a pessoa tenha parado de urinar (McANINCH, 2007; SIMÕES, 2002).</p>
<p>Frequência</p> <p>DO: Desejo de urinar constante com emissão frequente e em pequena quantidade de urina (CORTADO, 1999; McANINCH, 2007; PORTO, 2000).</p>
<p>Hesitação urinária</p> <p>DO: Dificuldade de iniciar a micção. É um dos primeiros sintomas de obstrução vesical, o paciente pode fazer força para que a urina passe através da obstrução (McANINCH, 2007; PORTO, 2000).</p>
<p>Incontinência</p> <p>DO: Perda inesperada ou involuntária de urina que pode ser contínua ou intermitente, considerada como um problema social ou higiênico (McANINCH, 2007; SIMÕES, 2002; PORTO, 2000; INTERNACIONAL CONTINENCE SOCIETY, 2010).</p>
<p>Retenção urinária</p> <p>DO: A retenção urinária pode ser dividida em aguda ou crônica (McANINCH, 2007; PORTO, 2000; CORTADO, 1999). Na retenção urinária aguda ocorre a incapacidade de esvaziar a bexiga, mesmo com a bexiga cheia, seguida de dor suprapúbica cada vez mais agonizante, associada à urgência intensa. O paciente pode apresentar gotejamento apenas de pequenos volumes de urina (McANINCH, 2007). Na retenção urinária crônica o paciente é capaz de urinar, mas tem problemas para iniciar a micção ou para esvaziar a bexiga completamente (McANINCH, 2007).</p>

5. Sugestão de nova redação para características definidoras originais do diagnóstico da NANDA-I (2010)

A partir dos resultados da análise de conceito, verificou-se que uma das características definidoras originais do diagnóstico da NANDA-I poderia ser redigida com maior especificação, para assim melhor retratar e eliminação urinária prejudicada em lactentes.

O quadro abaixo propõe a sugestão de nova redação. Por favor, avalie a sugestão e marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Característica definidora	Sugestão de nova redação e justificativa	Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4
Disúria	<p>Disúria (em lactentes, choro ao urinar ou relato dos pais de percepção de disúria no lactente).</p> <p><u>Justificativa:</u> Os resultados encontrados na literatura sugerem que, “choro ao urinar” e “percepção de disúria pelos pais” podem indicar o sintoma de dor/desconforto ao urinar, uma vez que os lactentes não conseguem expressar verbalmente o que estão sentindo. (BOLTE, 2007; SCHUARTSMAN, 2011; HUTTON, 2008)</p>				
Observações:					

6. Sugestão de inclusão de novas características definidoras observáveis em lactentes

A partir de uma análise de conceito sugere-se que novas características possam ser inclusas no diagnóstico para que este seja melhor utilizado entre lactentes.

Por favor, no primeiro quadro avalie o quanto você considera que essas características definidoras **podem ocorrer em lactentes com eliminação urinária prejudicada.** Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

No segundo quadro, por favor, avalie o quanto você considera que essa característica definidora **é de fácil observação em lactentes.** Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

E, no terceiro estão as definições operacionais de cada característica definidora, caso sinta necessidade de consultá-las. As definições operacionais atribuem significados a um conceito. Elas também servem como uma referência constante para determinar quando uma característica definidora está presente em um paciente com aquele diagnóstico de enfermagem (GRANT; KINNEY, 1991).

No quadro abaixo, avalie o quanto você considera que essas características definidoras **podem ocorrer em lactentes com eliminação urinária prejudicada.** Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Característica definidora	Nunca ocorrente 1	Poucas vezes ocorrente 2	Muitas vezes ocorrente 3	Sempre ocorrente 4	Observações que julgue necessário
Anúria					
Oligúria					
Interrupção na micção					
Irritabilidade					
Hematúria					
Urina fétida					

Micção em gotejamento					
Febre					

No quadro abaixo avalie o quanto você considera que essas características definidoras **podem ocorrer em lactentes com eliminação urinária prejudicada.** Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Característica definidora	Nada fácil 1	Muito pouco fácil 2	Em grande parte fácil 3	Muito fácil 4	Observações que julgue necessário
Anúria					
Oligúria					
Interrupção na micção					
Irritabilidade					
Hematúria					
Urina fétida					
Micção em gotejamento					
Febre					

Definições Operacionais

Anúria

DO: Supressão da secreção de urina. Observada através da pesagem da fralda, a mesma deve estar com o mesmo peso anterior a sua colocação no lactente (CORTADO, 1999; ZAGURY; BANDEIRA, 2007).

Oligúria

DO: Excreção de urina inferior às necessidades para eliminação de catabólitos, no lactente a diurese deve ser inferior a 1ml/kg/hora. (PORTO, 2000; CORTADO, 1999; SILVEIRA; PROCIANOY, 2001) Observada através da pesagem da fralda, os excedidos ao peso da fralda devem ser transformados em ml, na proporção de 1:1. Ex: fralda com peso de 20 gramas, após a retirada do lactente a mesma encontrava-se com peso de 23 gramas. Então $23-20=3$, assim o lactente apresentou 3 ml de urina (ZAGURY; BANDEIRA, 2007).

Interrupção na micção

DO: Micção intermitente ou não contínua (IZQUIERDO; MIALDEA, 2008) A interrupção pode ser abrupta, e acompanhada de dor (McANINCH, 2007).

Irritabilidade

DO: Agitação, choro persistente ou inconsolável (BOLTE, 2007) e aparentemente sem motivo (MARTÉ, 2010).

Hematúria

DO: Presença de eritrócitos na urina. Divide-se em macroscópica (visível) e microscópica. Hemácias em pequeno número não alteram a cor da urina e só ao exame microscópico revela a anormalidade. Em grande número, imprimem à urina coloração avermelhada ou pardacenta (SMELTZER; BARE, 2005; COSTEIRA, 2001; PERNETTA, 1990).

Urina fétida

DO: O odor da urina normal, ao ser excretada é leve e *sui generis*. Na presença de infecção bacteriana o odor torna-se amoniacal pela ação bacteriana desdobrando a uréia em amônia, deixando a urina com odor fétido. Assim, na presença de infecção fica com odor de amônia ou odor fecal (PERNETTA, 1990; PORTO, 2000; COUTINHO, 2005).

Micção em gotejamento

DO: Micção que ocorre por gotejamento, devido a diminuição do jato urinário (GIRON, 2011).

Febre

DO: Elevação da temperatura do corpo acima do normal (COSTEIRA, 2001). Febre baixa (37.5 a 38 C); febre moderada (38.5 a 39.5 C) e febre alta (39.5 a 40.5C) (PERNETTA, 1990).

7. Sugestão de inclusão de novas características definidoras pelos peritos

Caso julgue necessária a inclusão de uma nova característica definidora, que melhor represente a eliminação urinária em lactentes, e que não esteja no diagnóstico de enfermagem e também não esteja nas sugestões deste estudo, pedimos que a inclua no quadro abaixo. Pedimos também que se possível inclua a definição operacional da mesma.

Característica Definidora	Definição Operacional

8. Fatores relacionados originais da NANDA- I (2010)

Os fatores relacionados parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como antecedentes de, associados a, relacionados a, contribuintes para, ou estimulantes (NANDA, 2010).

Por favor, avalie a adequação de cada um dos fatores relacionados listados no quadro abaixo. Marque com um X na célula correspondente a sua opinião.

No segundo quadro estão as definições operacionais de cada fator relacionado, caso sinta necessidade de consultá-las.

Fator relacionado	Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4	Observações que julgue necessário
Dano sensorio-motor					
Infecção do trato urinário					
Obstrução anatômica					
Múltiplas causas					

Definição operacional (DO)

Dano sensorio-motor

DO: O Funcionamento normal da bexiga exige a interação coordenada de componentes sensitivos e motores do sistema nervoso. Desta forma, doenças neurológicas causam alterações do funcionamento da bexiga. Lesão das raízes sacrais ou do plexo pélvico também podem causar alterações do funcionamento da bexiga destruindo a coordenação reflexa eficiente entre o esfíncter e a bexiga (TANAGHO, LUE, 2007).

Infecção do trato urinário

DO: Infecção do trato urinário (ITU) é a denominação aplicada a diversas condições clínicas, que variam desde a presença assintomática de bactérias na urina até a infecção renal grave (NGUYEN, 2011). Pode manifestar-se como cistite, quando limitada a bexiga, ou pielonefrite, quando envolve o parênquima renal (SCHVARTSMAN, 2011).

Obstrução anatômica

DO: Refere-se a alterações estruturais ou extrínsecas ao trato urinário que impedem o fluxo adequado de urina em qualquer ponto ao longo do trato urinário (GULMI; FELSEN; VAUGHAN, 2002; DIAS; GONTIJO; FIGUEIREDO, 1999).

Múltiplas causas

DO: Considera-se múltiplas causas a associação de um ou mais dos demais fatores relacionados apresentados pela NANDA-I para o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada.

9. Sugestão de inclusão de novo fator relacionado

Caso julgue necessária a inclusão de um novo fator relacionado, que não esteja no diagnóstico de enfermagem e também não esteja nas sugestões deste estudo, pedimos que a inclua no quadro abaixo e que se possível inclua a definição operacional da mesma.

Fator relacionado	Definição Operacional

10. Referências

BOLTE, R. What are they trying to tell you? **Contemporary Pediatrics**, 91-95, 2007.

CORTADO, PLM. Terminologia Urológica. In: RODRIGUES NETTO JUNIOR, N. **Urologia Prática**. 4ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

COSTEIRA, O. **Termos e expressões da prática médica**. Rio de Janeiro: Farmoquímica, 2001

COUTINHO, H.D.M. Infecções urinárias por enterobactérias. *Revista Médica Ana Costa*, v. 10, n.1. jan/març. 2005. Disponível em: <[http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10\(1\)/artigo_2.htm](http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10(1)/artigo_2.htm)> Acesso em 02 de Julho de 2012.

- DIAS, E.P.O; GONTIJO, J.A.R; FIGUEIREDO, J.F. Fisiopatologia da obstrução do trato urinário. In: RODRIGUES NETTO JUNIOR, N. Urologia Prática. 4ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.
- FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa**: coordenação de edição: Margarida dos Anjos. 6ª edição. Curitiba: Positivo, 2004, 896 p.
- GIRON, Amilcar Martins; DÉNES, Francisco Tibor; SROUGI, Miguel. **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011
- GRANT, J.S.; KINNEY, M.R. The need for operational definitions for defining characteristics. **Nursing Diagnosis** , v. 2, n. 4, 181-185, 1991.
- IZQUIERDO, R, M.; MIALDEA, R.L. Valoración de la función del tracto urinário inferior en el paciente pediátrico portador de reflujo vesicouretral primário. **Archivos Españoles**. Urol. v..61, n.2, 191-207. 2008.
- GULMI, F.A.; FELSEN, D.; VAUGHAN JR, D. Pathophysiology of urinary tract obstruction. In: WALSH, P.C. **Campbell's Urology**. Philadelphia: Saunders, 2002
- HUTTON, Kim A. R. Infecções do Trato Urinário. In: **Problemas Clínicos em Urologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 184- 205.
- INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. Disponível em: < <http://www.icsoffice.org/>> . Acesso em: 03 de Julho de 2012.
- JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- MARTÉ, K.L. **Choro escute: eles estão falando com você!** Centres of excellence for children's well-being. Montreal, 2010.
- McANINCH, J.W. Sintomas de distúrbios do trato geniturinário. In: **Urologia Geral de Smith**. Barueri: Manole, 2007.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.
- NGUYEN, H.T. Infecções bacterianas do trato geniturinário. In: **Urologia Geral de Smith**. Barueri: Manole, 2007.
- PERNETTA, C. **Semiologia pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.
- PORTO, C.C. **Exame clínico: bases para a prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- PROCIANOY, R. S. ; SILVEIRA, R.C. Síndrome Hipóxico- isquêmica. **Jornal de Pediatria**. v77. supl 1. 2001

- REIS, G.S. **Associação entre polimorfismos no gene BMP4 e expressão de fenótipos de CAKUT em amostra brasileira.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais- Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2011.
- SCHVARTSMAN, Benita Galassi Soares. Infecção do trato urinário. In: **Urologia: Coleção pediatria HCFMUSP.** Barueri: Manole, 2011. 223-247.
- SIMÕES, F.A. Exame de vias urinárias e genitais masculinos. In: **Semiologia clínica.** São Paulo: Sarvier, 2002
- SMELTZER, S. C. O.; BARE, B. G.. **Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** José Eduardo Ferreira de Figueredo (Trad.). 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.3. 2005.
- TANAGHO, E.A.; LUE, T.F. Distúrbios da bexiga neuropática. In: **Urologia Geral de Smith.** Barueri: Manole, 2007
- ZAGURY, A.; BANDEIRA, M.F. Insuficiência renal aguda. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. Tratado de Pediatria. 1ª edição. Barueri: Manole, 2007
- WICKRAMASURIYA, N.I.; MUTHUCUMARU, M.; HEWAVITHANA, P.B. A rare cause of acute urinary retention in a male infant. **Journal of Pediatric Urology,** n. 4, 243-244, 2008.

Apêndice 5 – Instrumento utilizado na coleta de dados em ambiente clínico

1. Dados pessoais e referentes à internação/acompanhamento

Data de nascimento: _____ Idade (meses e dias): _____ Sexo: ()
 Masculino () Feminino
 Local de atendimento: Enfermaria pediátrica () Ambulatório () Consultório ()
 Motivo da internação ou acompanhamento ambulatorial/no
 consultório: _____

 Internações anteriores: () SIM () NÃO
 motivo: _____
 Diagnóstico médico: _____

Parte 2. Entrevista com o responsável pelo lactente

PERGUNTA
O senhor(a) notou mudanças na urina (xixi) do seu filho? Se sim, quais?
O senhor(a) notou mudança no comportamento dele(a)?

PERGUNTA	SIM	NÃO	Observação
O senhor(a) notou se o bebê chorava ou apresentava outro tipo de comportamento quando fazia xixi?			
O senhor (a) notou se o bebê fazia xixi constantemente e em pequenas quantidades?			
O senhor(a) notou se o bebê fazia esforço ao urinar?			
O senhor (a) notou se o bebê ficou sem fazer xixi por um longo período de tempo? Lembra-se quanto tempo e como observou isso?			
O senhor (a) notou se quando o bebê fazia xixi ele interrompia (parava) o jato de urina (xixi) e			

voltava logo em seguida?			
O senhor (a) observou se o xixi do bebê em algum momento esteve avermelhado?			
O senhor (a) observou se nos últimos tempos o xixi do bebê estava com cheiro forte ou ruim, diferente do que costuma ser o cheiro de urina?			
O senhor (a) observou se o xixi se gotejava?			
Enquanto teve problema urinário o bebê teve febre?			
Observações:			

Parte 3. Dados coletados no prontuário

Disúria

Definição Operacional: Micção associada à sensação de dor, queimação ou desconforto (PORTO, 2000). A dor se manifesta apenas durante a eliminação de urina, desaparecendo tão logo a pessoa tenha parado de urinar (McANINCH, 2007; SIMÕES, 2002).

Referente empírico: choro ao urinar

SIM ()

NÃO ()

Frequência

Definição Operacional: Desejo de urinar constante com emissão frequente e em pequena quantidade de urina (CORTADO, 1999; McANINCH, 2007; PORTO, 2000).

Referente empírico: observação

SIM ()

NÃO ()

Hesitação urinária

Definição Operacional: Desejo de urinar constante com emissão frequente e em pequena quantidade de urina (CORTADO, 1999; McANINCH, 2007; PORTO, 2000).

Referente empírico: observação

SIM ()

NÃO ()

Incontinência

Definição Operacional: Perda inesperada ou involuntária de urina que pode ser contínua ou intermitente, considerada como um problema social ou higiênico (McANINCH, 2007; SIMÕES, 2002; PORTO, 2000; Internacional Continence Society, 2010).

Referente empírico: observação

SIM ()

NÃO ()

Retenção urinária

Definição Operacional: A retenção urinária pode ser dividida em aguda ou crônica (McANINCH, 2007; PORTO, 2000; CORTADO, 1999). Na retenção urinária aguda ocorre a incapacidade de esvaziar a bexiga, mesmo com a bexiga cheia, seguida de dor suprapúbica cada vez mais agonizante, associada à urgência intensa. O paciente pode apresentar gotejamento apenas de pequenos volumes de urina (McANINCH, 2007). Na retenção urinária crônica o paciente é capaz de urinar, mas tem problemas para iniciar a micção ou para esvaziar a bexiga completamente (McANINCH, 2007).	
Referente empírico: globo vesical palpável mesmo após a micção	
SIM ()	NÃO ()

Anúria	
Definição Operacional: Supressão da secreção de urina. Observada através da pesagem da fralda, a mesma deve estar com o mesmo peso anterior a sua colocação no lactente (CORTADO, 1999; ZAGURY; BANDEIRA, 2007).	
Referente empírico: pesagem da fralda (desde que não haja fezes na fralda)	
SIM ()	NÃO ()

Oligúria	
Definição Operacional: Excreção de urina inferior às necessidades para eliminação de catabólitos, no lactente a diurese deve ser inferior a 1ml/kg/hora. (PORTO, 2000; CORTADO, 1999; SILVEIRA; PROCIANOY, 2001) Observada através da pesagem da fralda, os excedidos ao peso da fralda devem ser transformados em ml, na proporção de 1:1. Ex: fralda com peso de 20 gramas, após a retirada do lactente a mesma encontrava-se com peso de 23 gramas. Então $23-20=3$, assim o lactente apresentou 3 ml de urina (ZAGURY; BANDEIRA, 2007).	
Referente empírico: pesagem da fralda (com parâmetros de 3 ou quatro pesagens)	
SIM ()	NÃO ()
Observações:	

Interrupção na micção	
Definição Operacional: Micção intermitente ou não contínua (Izquierdo; Mialdea, 2008) A interrupção pode ser abrupta, e acompanhada de dor (McANINCH, 2007).	
Referente empírico: observação	
SIM ()	NÃO ()
Observações:	

Irritabilidade	
Definição Operacional: Agitação, choro persistente ou Inconsolável (BOLTE, 2007) e aparentemente sem motivo (MARTÉ, 2010).	
Referente empírico: observação	
SIM ()	NÃO ()
Observações:	

Hematúria	
Definição Operacional: Presença de eritrócitos na urina. Divide-se em macroscópica (visível) e microscópica. Hemácias em pequeno número não alteram a cor da urina e só ao exame microscópico revela a anormalidade. Em grande	

