



+ Instrumento Escala

Instrumentos para registro do
processo de enfermagem em uma
Unidade de Terapia Intensiva
Neonatal



CUIDARTECH



Instrumentos para registro do processo de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Autores: Jhonathan Lucas Araujo, Cândida Caniçali Primo, Gláucia Cristina dos Santos F. de Santana, Camila Medeiros Cruvinel Cunha, Nathália Luisa Mendes Volpi, Daniela de Andrade Serra Azul, Andrea Braga de Souza Ribeiro, Tonyara Patrícia Nogueira, Marcela Falbo Guimarães, Elizangela Sant'anna, Sofia Saiter Rizzo, Júlia Lage Muniz, Eliane de Fátima Almeida Lima, Luciana de Cássia Nunes Nascimento, Mirian Fioresi, Hugo Cristo Sant'Anna.

Tipo da produção: Processo/ Técnica.

Como citar: ARAUJO, J. L. Instrumentos para registro do processo de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Vitória: UFES, 2018. Disponível em: <http://www.cuidartech.com.br>

Propriedade intelectual: Todo o conteúdo está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY-NC. Os materiais podem ser solicitados para uso em outras instituições resguardando os direitos autorais. Entre em contato conosco.

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Os instrumentos para histórico/diagnóstico de enfermagem e intervenções de enfermagem foram elaborados segundo a taxonomia da CIPE® e as NHB de Wanda Horta.

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Conforme a Resolução COFEN 358/2009, o processo é didaticamente organizado em cinco etapas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A CIPE® é a única taxonomia aprovada na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2008, sendo a terminologia padronizada que representa a Enfermagem em âmbito mundial. Ela permite a ligação entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, facilitando a execução das etapas do processo de enfermagem na íntegra (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

A teoria de Wanda de Aguiar Horta é modelo teórico mais utilizado no Brasil e foi formulada a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que é fundamentada nas NHB e organizada conforme a classificação de João Mohana, em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 1979).

Horta postulou que a enfermagem estaria se desvinculando da profissão de assistente-médico para se transformar em uma ciência aplicada que se tornaria independente por meio da sistematização de seus saberes e pela pesquisa. Nesse sentido, formulou a teoria das NHB com vistas a explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação e o método científico (HORTA, 1979).

Para elaboração dos instrumentos do processo de enfermagem, participaram dos encontros 11 enfermeiros, com média de sete enfermeiros por encontro, 10 do sexo feminino e um do sexo masculino. A média de idade foi de 30,9 anos, uma enfermeira possui mestrado e uma graduação, os demais cursaram especialização em neonatologia e/ou terapia intensiva. Foram realizados quatro encontros com duração de duas horas cada. As NHB foram discutidas uma a uma, sendo levantados os principais indicadores clínicos e suas formas de avaliação, bem como identificados os diagnósticos de enfermagem a que estavam relacionados. Posteriormente, foram elencadas as intervenções relativas a cada diagnóstico. Como produto, obteve-se os instrumentos para histórico e diagnóstico de enfermagem (APÊNDICE F) e intervenções de enfermagem (APÊNDICE G).

O conteúdo do produto foi subdividido conforme as NHB, para melhor discussão.

Necessidade de regulação neurológica, atividade física, sono e repouso e percepção dos órgãos dos sentidos

A definição dessa necessidade é de preservar/restabelecer o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento (BENEDET; BUB, 2001).

O prematuro internado na UTIN está suscetível a distúrbios neurológicos devido à imaturidade do sistema nervoso. A hemorragia peri-intraventricular, geralmente de origem venosa, ocorre nos ventrículos cerebrais, sendo relacionada com vulnerabilidade dos capilares e episódios hipóxico-isquêmicos. Esse tipo de lesão pode se desdobrar em retardo mental, hidrocefalia e paralisia cerebral (TAMEZ, 2013).

Para tal necessidade, o instrumento da UTIN evidencia a atividade do recém-nascido, avaliação da fontanela, tônus muscular, choro, atividade motora, olhos e pupilas, evidenciando que alguns itens, embora correlacionados por segmento corporal, não contemplam a definição da NHB de regulação neurológica. Resposta a estímulos, avaliação das suturas cranianas e reflexos primitivos de Babinski, corneano, engatinhar, olhos de boneca, defesa, Galant, apreensão, Moro, pupilar, busca, susto, caminhar e sucção são descritos como importantes de serem avaliados (LIMA; SILVA; BELTRÃO, 2009).

Durante a discussão sobre o exame da fontanela do recém-nascido, surgiram divergências e dúvidas conforme relato do E 02: "Só tem que deixar claro o que é [fontanela] abaulada" e do E 11: "Entre abaulada e cheia eu não sei o que eu marcaria". O achado clínico fontanela cheia, pode ser também reconhecido como fontanela hipertensa, sendo assim, detectada ao exame de palpação (HAUSSEN et al., 2005). O instrumento da UTIN contempla a mesma resposta ao exame físico nos itens "cheia" e "tensa", nesse sentido, preferiu-se excluir o item cheio. Em relação ao abaulamento da fontanela, a definição é tornar-se convexo, adquirir a forma de baú (PRIBERAM, 2017), sendo assim, identificado pela técnica da inspeção ao exame físico. Cabe

ressaltar que a fontanela abaulada e tensa, muitas vezes representa o mesmo fenômeno: aumento do conteúdo craniano do recém-nascido.

Avaliação do desenvolvimento mental, motor e comportamental são imprescindíveis para detectar a regulação neurológica do recém-nascido. A regulação do sistema autonômico, motor e avaliação da dor devem estar presentes no histórico de enfermagem (GASPARDO; MARTINEZ; LINHARES, 2010).

A reatividade do recém-nascido, tônus e presença de tremores ou convulsões são aspectos relevantes do exame clínico. Para avaliação do estado comportamental avalia-se olhos (abertos ou fechados), movimentos respiratórios (regulares, irregulares ou choro) e movimentos corporais (ausentes ou presentes) (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

Tremores e convulsões são diferenciados, nos primeiros, ocorre alterações de movimentos que podem ser cessados com contenção facilitada, enquanto na outra há alteração de movimentos oculares, hipoxemia e às vezes apneia. Os movimentos corporais não cessam com contenção (TAMEZ, 2013).

Destaca-se que material elaborado para contemplar diagnósticos de enfermagem em pacientes neonatais em terapia intensiva no nordeste do Brasil não contempla separadamente a NHB de regulação neurológica (NÓBREGA, 2011).

Atividade física é a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinada circunstância através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos músculos com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem (BENEDET; BUB, 2001).

O recém-nascido apresenta atividade motora, estados de alerta e tônus muscular relacionados com a idade gestacional. Desse modo, a avaliação da atividade física deve estar sempre atrelada à necessidade de regulação neurológica e de sono e repouso.

Os achados clínicos, agitação e irritabilidade também foram foco de dúvidas. E 10: “O que seria agitação e o que seria irritabilidade? Na dúvida você pode acabar marcando os dois.” E 03: “Agitação é normal do bebê, irritabilidade tem a ver com a hipóxia, problema neurológico?”.

O padrão motor anormal do recém-nascido pode ser evidenciado por movimentos com sequência monótona, rígidos, rápidos, amplos, com ausência de suavidade, fluência e elegância. Sendo que a qualidade dos movimentos generalizados de recém-nascidos pode ser correlacionada com lesões cerebrais e evolução neurológica (CRACIUNOIU; HOLSTI, 2016). Para tais características, será adotado o indicador “agitação” como representativo do exame clínico do enfermeiro. Assim, a agitação refere-se ao recém-nascido que apresenta movimentos corporais exacerbados em relação ao esperado. Irritação está presente no recém-nascido, que, ao manuseio, ou realização de procedimentos apresenta uma resposta exacerbada, com movimentos descoordenados, rápidos, assustados (BRAGA et al., 2014). Técnicas que promovam segurança, contenção e organização do recém-nascido permitem a redução da irritabilidade (JESUS; DAVID; MORAN, 2015).

Os estados de alerta do recém-nascido podem ser didaticamente divididos em (TAMEZ, 2013):

- Sono profundo – olhos fechados, respiração regular, nenhum movimento;
- Sono ativo – olhos fechados, respiração irregular, um pouco de movimento;
- Alerta sossegado – sonolento, olhos abertos, sem movimento;
- Alerta ativo – olhos abertos, movimentando-se, sem chorar;
- Choro contínuo quando desperto, que cessa espontaneamente;
- Choro neurológico – estridente, contínuo, difícil de ser controlado.

Apresentando padrão polifásico, o neonato alterna ciclos de sono e vigília a cada três a quatro horas, sendo esses uniformemente distribuídos entre o dia e a noite. O recém-nascido prematuro apresenta períodos de sono tranquilo mais largos, sendo importante os agrupamento de cuidados e

minimização do manuseio (GAÍVA; MARQUESI; ROSA, 2011). É recomendado que o recém-nascido durma cerca de 16-17 horas por dia (SO; ADAMSON; HORNE, 2007).

Percepção dos órgãos dos sentidos é a necessidade de perceber o meio através de estímulos nervosos com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente (BENEDET; BUB, 2001).

Para tal necessidade, o instrumento de histórico e diagnóstico da UTIN considera o item atividade motora (já contemplado em regulação neurológica), expressão facial, fâcies de dor e escala de avaliação da dor.

Considerando que o recém-nascido se comunica através de comportamentos como fâcies de dor, choro e outros sinais clínicos, é imprescindível o exame desses comportamentos no histórico de enfermagem (MORAES et al., 2016).

Ainda nesse item, instrumentos com base nas NHB para avaliação de pacientes críticos adultos, incluiu indicadores empíricos relativos a condições da visão, da audição e sensibilidade à dor (BORDINHÃO, 2010; NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013).

Por ser uma necessidade do recém-nascido também relacionada com a regulação neurológica, é adequada a incorporação desta avaliação no mesmo momento. Para avaliação precisa dos comportamentos ocasionados pela dor, foi desenvolvida a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), que pode ser utilizada para avaliar a dor em recém-nascidos a termo e prematuros. Ela inclui indicadores clínicos como expressão facial, choro, padrão respiratório, movimento de braços, pernas e estado de consciência (PRESBYTERO; COSTA; SANTOS, 2016).

As intervenções para a manutenção da regulação neurológica diminuição da luz e ruído na UTIN, rolinhos de pano para suporte da cabeça, costas e pés dos recém-nascidos nas incubadoras, administração de sucção não-nutritiva e colo devem ser contempladas no planejamento de enfermagem (GASPARDO; MARTINEZ; LINHARES, 2010).

Foram elaborados para essas NHB os diagnósticos de enfermagem: Risco de condição neurológica prejudicada; Condição neurológica prejudicada; Risco de comportamento infantil desorganizado; Comportamento infantil desorganizado; Sono prejudicado; Dor aguda. Indicadores clínicos para cada diagnóstico seguem nas figuras abaixo.

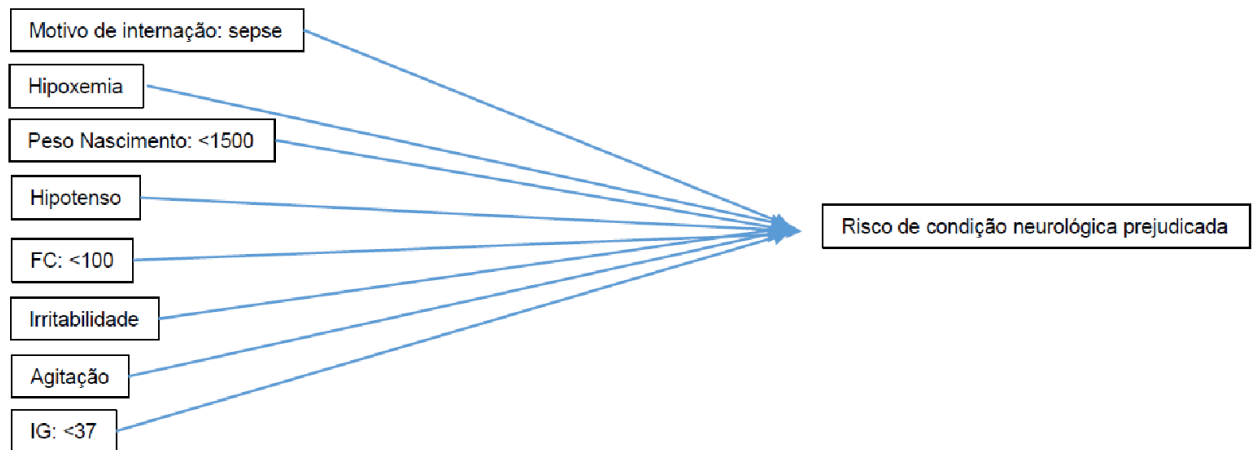


Figura 1: Indicadores clínicos para Risco de condição neurológica prejudicada.

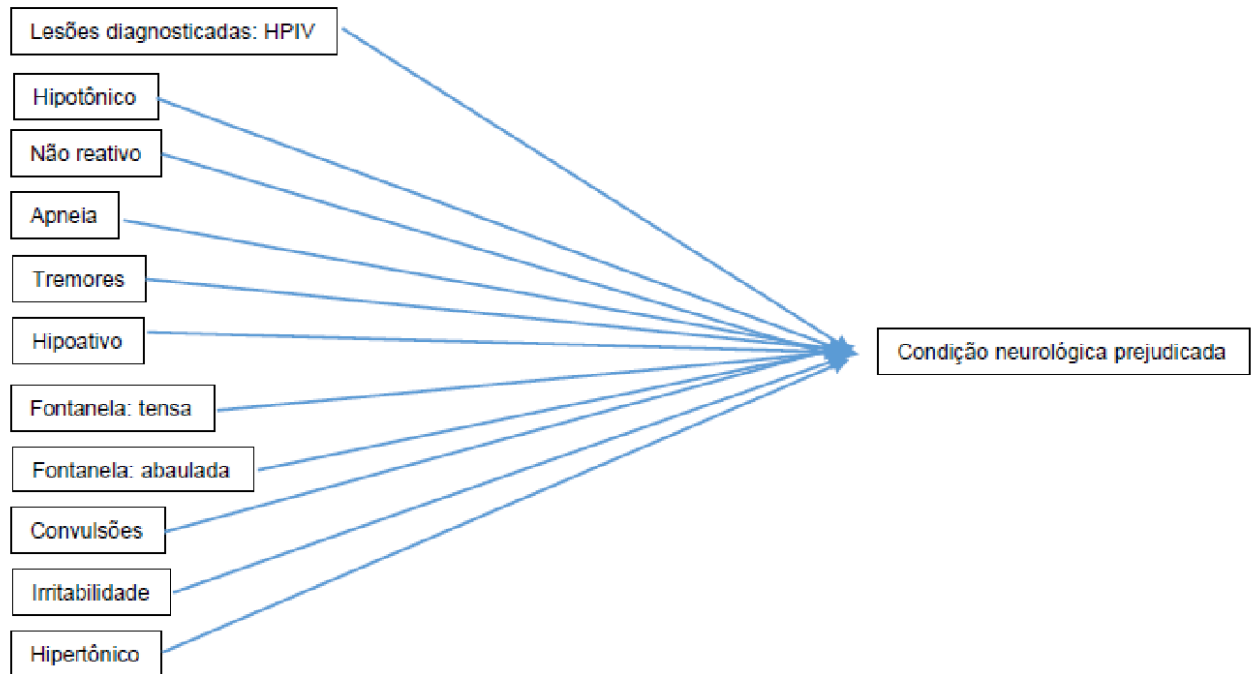


Figura 2: Indicadores clínicos para Condição neurológica prejudicada.

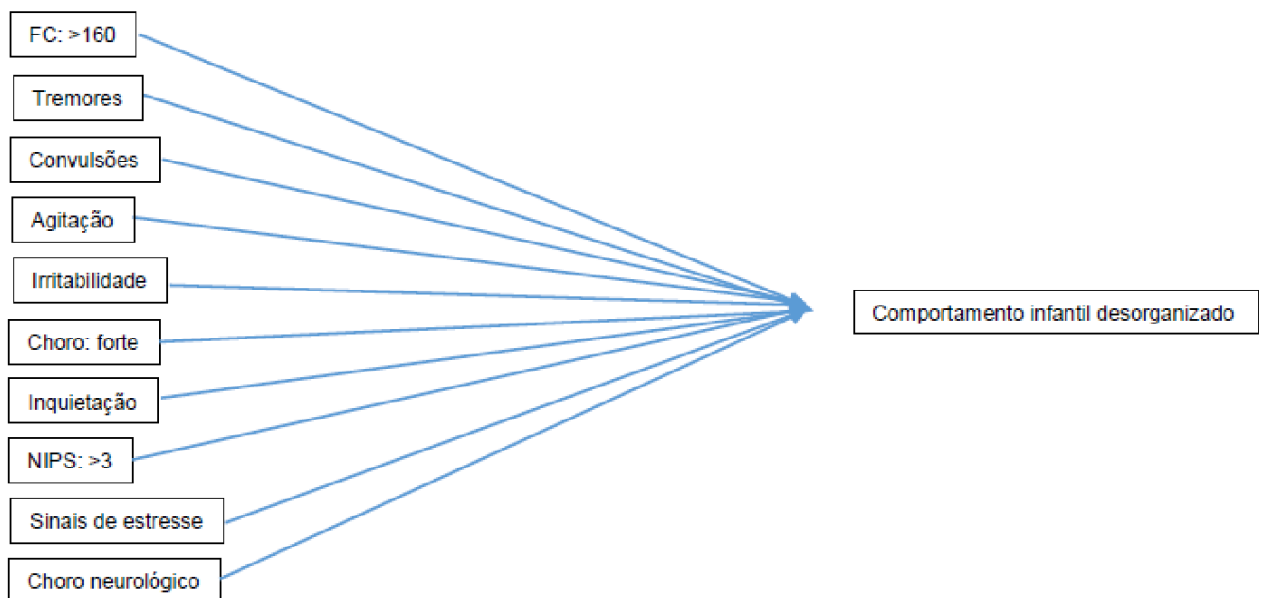


Figura 3: Indicadores clínicos para Comportamento infantil desorganizado.

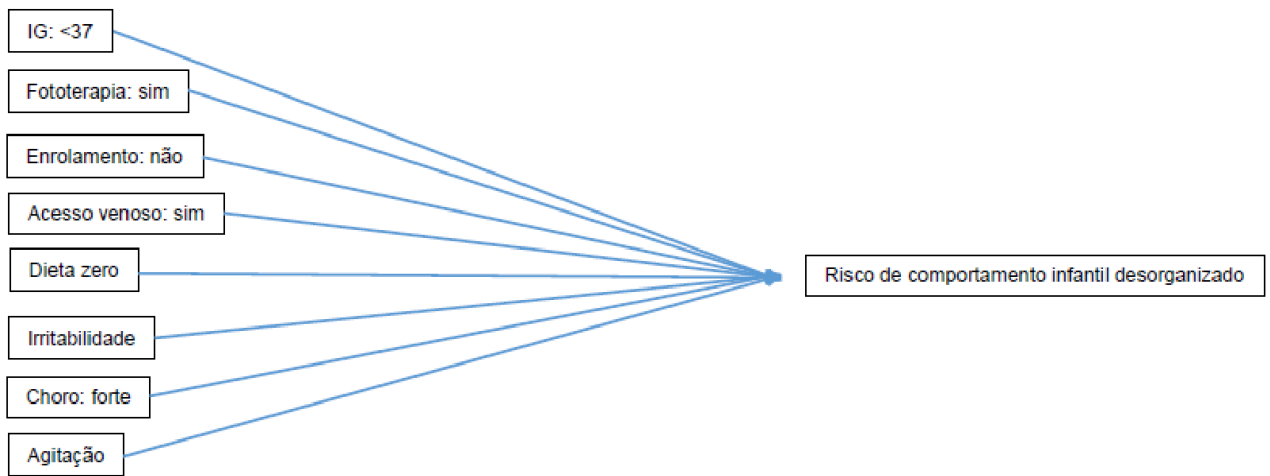


Figura 4: Indicadores clínicos para Risco de comportamento infantil desorganizado.

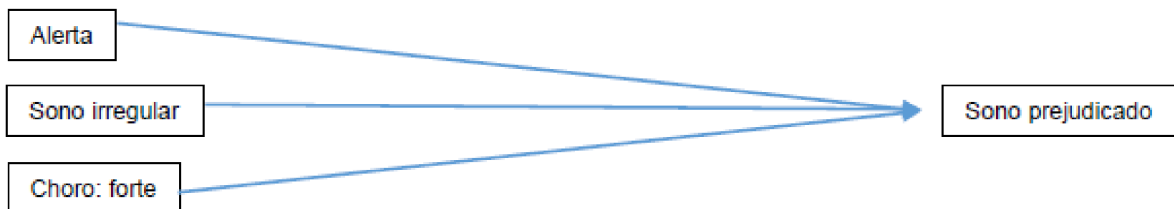


Figura 5: Indicadores clínicos para Dor aguda.

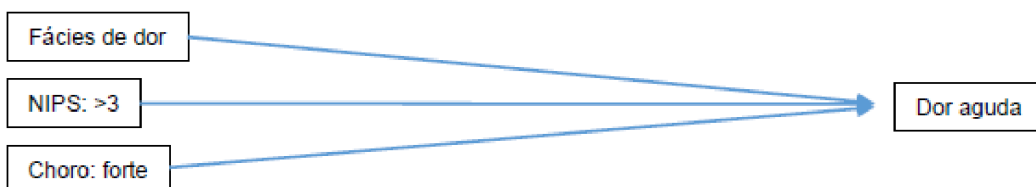


Figura 6: Indicadores clínicos para Dor aguda.

As definições de cada diagnóstico de enfermagem e suas respectivas intervenções elaboradas se encontram na figura abaixo:

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Risco de condição neurológica prejudicada: Recém-nascido em risco para desenvolvimento de condições neurológicas que afetem o crescimento e desenvolvimento adequados.	Prevenir trauma
	Obter dados sobre mobilidade
	Aplicar contenção física
	Encaminhar a fisioterapia
	Prevenção de úlcera por pressão
	Monitorar capacidade para mover-se
	Promover mobilidade física
	Monitorar pressão arterial
	Medir circunferência cefálica
	Monitorar condição neurológica
Diminuir estimulação	
Condição neurológica prejudicada: Recém-nascido com condições neurológicas que afetem o crescimento e desenvolvimento adequados.	Estimular recém-nascido
	Promover mobilidade física
	Prevenção de úlcera por pressão
	Monitorar capacidade para mover-se
	Medir circunferência cefálica
	Monitorar condição neurológica
Comportamento infantil desorganizado: Ações	Monitorar sinais vitais
	Posicionar recém-nascido

desordenadas e confusas, e que não se integram em resposta a sugestões do meio ambiente.	Promover conforto
	Prevenir procedimentos
	Planejar o cuidado
	Posicionar recém-nascido
	Aplicar contenção física
	Promover sucção
	Aplicar contenção física
	Enrolar recém-nascido
Risco de comportamento infantil desorganizado: Vulnerabilidade a integração e modulação do comportamento esperado, acarretando em ações desordenadas.	Promover mobilidade física
	Promover conforto
	Prevenir procedimentos
	Planejar o cuidado
	Posicionar recém-nascido
	Aplicar contenção física
	Promover sucção
	Enrolar recém-nascido
Sono prejudicado: Incapacidade para dormir ou para permanecer adormecido durante período de sono adequado, apesar da posição confortável num ambiente adequado; acordado, sem sono; interferência na quantidade e qualidade do sono.	Cobrir incubadora ao dia
	Diminuir estimulação
	Manter temperatura corporal
	Posicionar recém-nascido
	Promover sono
	Promover conforto

Dor aguda: Aumento de sensação desagradável no corpo; sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, comportamento distraído, inquietação, e perda do apetite.	Avaliar resposta à analgesia controlada por enfermeiro
	Orientar família sobre manejo da dor
	Monitorar sinais vitais
	Posicionar recém-nascido
	Prevenir ruídos
	Promover sono
	Aplicar contenção física
	Manter temperatura corporal
	Posicionar recém-nascido
	Promover conforto
	Enrolar recém-nascido
	Banhar recém-nascido

Figura 7: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para regulação neurológica, atividade física, sono e repouso e percepção dos órgãos dos sentidos.

Necessidade de oxigenação

É a necessidade do organismo de obter o oxigênio através da ventilação, da difusão do oxigênio e do dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte do oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do dióxido de carbono; e da regulação da respiração com o objetivo de produzir energia (ATP) e manter a vida (BENEDET; BUB, 2001).

Atualmente, o histórico de enfermagem da UTIN apresenta dados gerais do exame neonatal para a necessidade de oxigenação. São eles: Tipo de ventilação (espontânea, mecânica, pressão positiva contínua na via aérea

(CPAP)), dispositivos para interface ventilatória, padrão respiratório, ausculta pulmonar, expansibilidade, tosse, secreção e frequência respiratória.

No paciente cirúrgico, indicadores empíricos relacionados à NHB de oxigenação foram levantados na bibliografia, sendo os mais importantes frequência respiratória, permeabilidade das vias aéreas, ausculta pulmonar e tosse, nessa ordem (SOUZA; SOARES; NÓBREGA, 2009).

O recém-nascido deve ter a avaliação da oxigenação baseada na avaliação da frequência respiratória (entre 40 e 60 movimentos respiratórios por minuto), observação do ritmo respiratório, presença de dificuldade, gemidos ou tiragem esternal ou diafragmática (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

Para essa necessidade, em paciente pediátrico, alguns indicadores clínicos podem ser evidenciados: pressão inspiratória/expiratória diminuída; ventilação-minuto diminuída; uso da musculatura acessória para respirar (retração intercostal, esternal e subdiafragmática), batimento de asa de nariz, dispneia (movimentos respiratórios amplos e rápidos), excursão torácica alterada (movimento não-sincronizado do tórax), respiração curta, frequência respiratória/min aumentada (maior que 60), profundidade da respiração, capacidade vital diminuída (CAVALCANTE et al., 2010). A maioria destes indicadores clínicos pode ser evidenciado pelo exame físico neonatal.

Pode-se citar ainda a presença ou diminuição de murmúrios vesiculares à ausculta respiratória, bem como de ruídos adventícios. Tosse, expectoração, agitação, cianose também são sinais clínicos evidenciados nos recém-nascidos com essa NHB afetada (SILVEIRA; LIMA; LOPES, 2008).

Os ruídos adventícios do tipo estertores subcrepitantes ou bolhosos (ruídos decorrentes do ar movendo-se por meio de fluido ou atelectasia) evidenciam atelectasia, pneumonia, edema pulmonar e bronquite. Roncos – ruídos decorrentes do ar passando através de áreas constringidas por espasmos, secreções ou edema indicam a presença de asma, enfisema, tumores, secreção e estenose. Enquanto os sibilos são ruídos decorrentes do movimento do ar na traqueia com lúmen estreitado, podendo estar relacionados com edema, estenose e corpo estranho (TAMEZ, 2013).

Especificamente falando de recém-nascidos, estudo sobre características definidoras de diagnósticos respiratórios validou com especialistas definição conceitual e operacional. Utilizou-se como base a taxonomia da NANDA-I e os diagnósticos padrão respiratório ineficaz, troca de gases prejudicada e ventilação espontânea prejudicada.

As seguintes: alteração na profundidade respiratória, batimento de asa de nariz, bradipneia, capacidade vital diminuída, diâmetro anteroposterior aumentado, dispneia, excursão torácica alterada, fases de expiração prolongada, pressão expiratória diminuída, taquipneia, uso da musculatura acessória para respirar, ventilação minuto diminuída, gemido expiratório e murmúrio vesicular diminuído foram validadas para o diagnóstico de padrão respiratório ineficaz (AVENA; PEDREIRA; GUTIÉRREZ, 2014).

Em relação à troca de gases prejudicada permaneceram agitação, batimento de asa de nariz, cor da pele anormal (pálida, escurecida), cianose, dióxido de carbono diminuído, diaforese, dispneia, gases sanguíneos arteriais anormais, hipercapnia, hipoxemia, hipóxia, irritabilidade e Ph sanguíneo anormal. Para o problema de ventilação espontânea prejudicada, as características definidoras agitação aumentada, dispneia, frequência cardíaca aumentada, PCO₂ aumentada, PO₂ diminuída, SaO₂ diminuído, taxa metabólica aumentada, uso aumentado da musculatura acessória e volume corrente diminuído foram validadas (AVENA; PEDREIRA; GUTIÉRREZ, 2014).

Ainda, estudo realizado com crianças asmáticas evidenciou que na presença do diagnóstico de enfermagem de desobstrução ineficaz de vias aéreas, as evidências clínicas de murmúrios vesiculares diminuídos, ruídos respiratórios adventícios, tosse ineficaz, tosse ausente, expectoração ausente, vocalização dificultada, mudança na frequência respiratória, mudança no ritmo respiratório, agitação, dispneia e ortopneia eram indicativos de presunção deste problema de enfermagem (MENDES et al., 2012).

Estudo com avaliação respiratória de 249 crianças, dispneia, expectoração, ortopneia, ruídos adventícios respiratórios, sons respiratórios diminuídos e tosse ineficaz foram indicativos da presença do diagnóstico de desobstrução ineficaz de vias aéreas (CHAVES et al., 2016). Outro estudo, também realizado com crianças (n=205), identificou os indicadores clínicos mudança na

frequência respiratória, mudança no ritmo respiratório, ortopneia, ruídos adventícios respiratórios, sons respiratórios diminuídos e tosse ineficaz como estatisticamente significativos para a detecção do diagnóstico (CARVALHO et al., 2015).

Considerando a especificidade da UTIN do HUCAM, permaneceram para discussão entre os enfermeiros, todos os indicadores clínicos supracitados. Aqueles julgados como adequados para avaliação clínica do enfermeiro durante o processo de enfermagem, foram incluídos no escopo do aplicativo educacional.

Seguem nas figuras 12 a 14 indicadores clínicos para os diagnósticos Dispneia; Limpeza das vias aéreas prejudicada e Ventilação espontânea prejudicada.

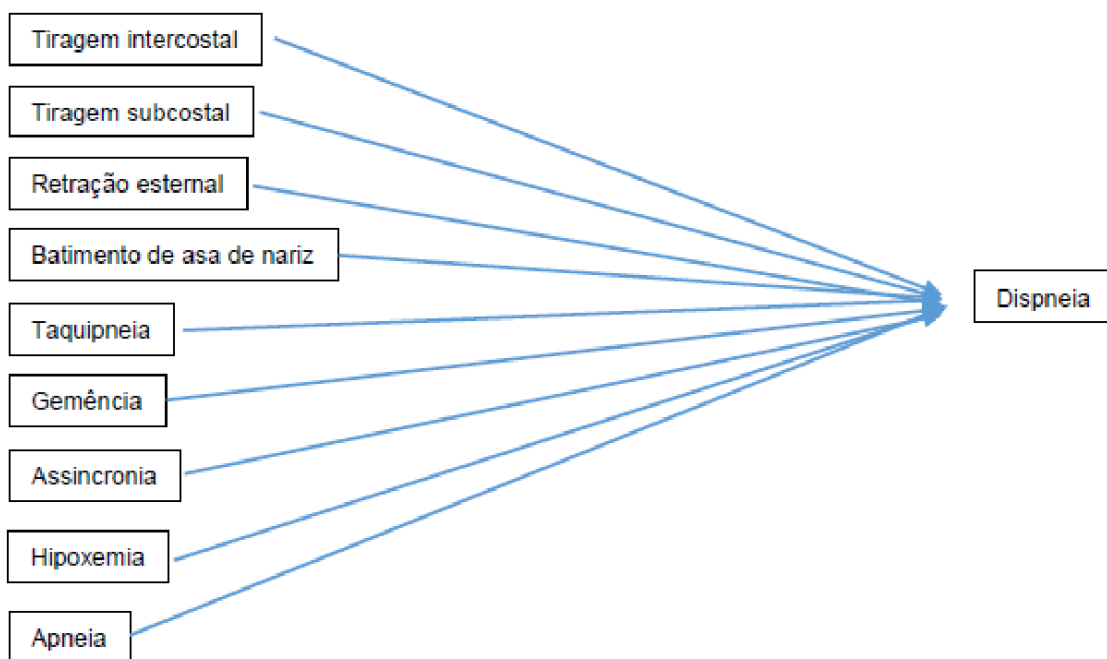


Figura 8: Indicadores clínicos para Dispneia.

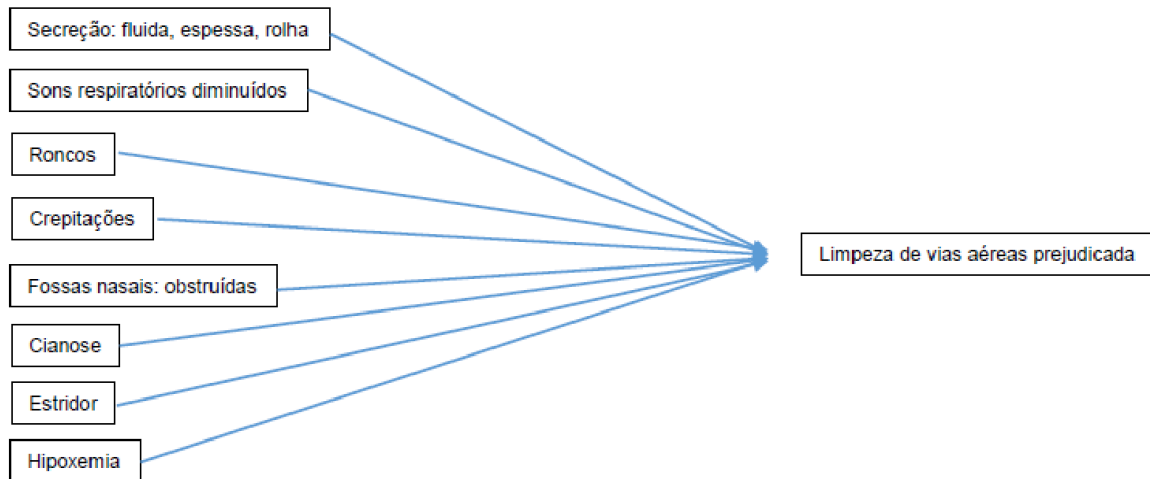


Figura 9: Indicadores clínicos para Limpeza de vias aéreas prejudicada.

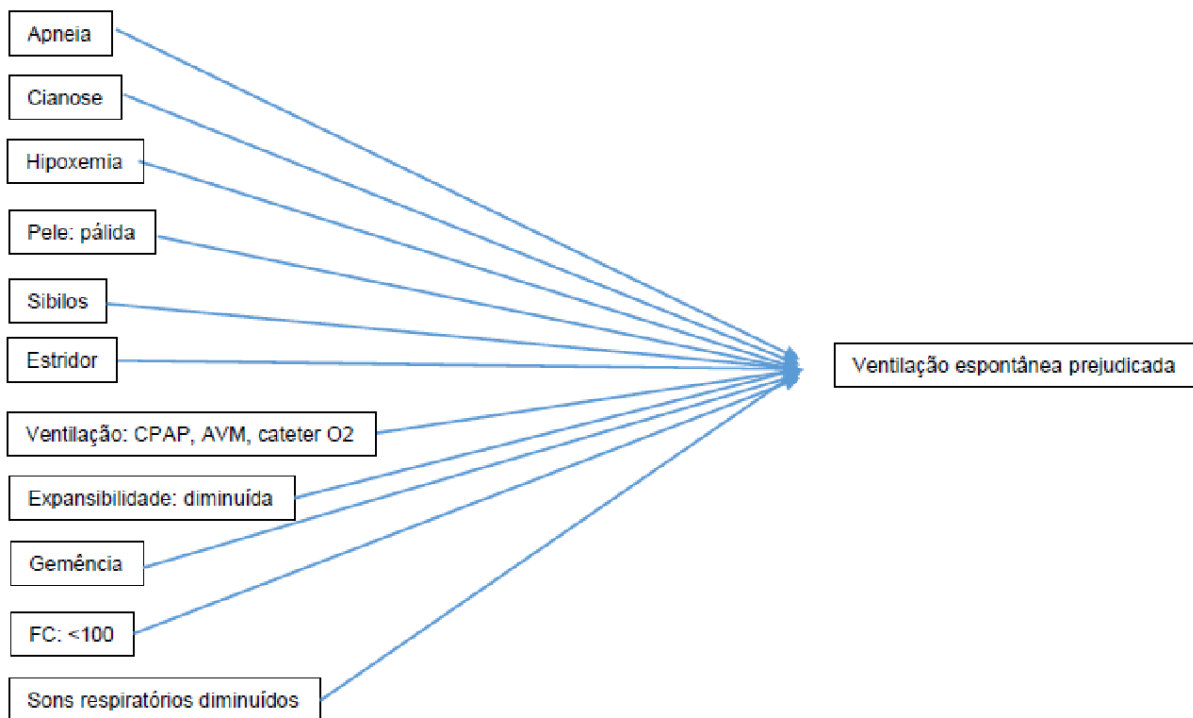


Figura 10: Indicadores clínicos para Ventilação espontânea prejudicada.

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
----------------------------------	-----------------------------------

<p>Dispneia: Movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade.</p>	Aspirar vias aéreas
	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
	Posicionar recém-nascido
	Elevar tórax
	Monitorar sinais de hipóxia
	Monitorar oxigenioterapia
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar saturação de oxigênio
	Manter vias aéreas permeáveis
<p>Limpeza de vias aéreas prejudicada: Manutenção da passagem de ar aberta, das vias aéreas superiores para os alvéolos pulmonares, por meio da capacidade para limpar secreções ou obstruções do trato respiratório.</p>	Aspirar vias aéreas
	Manter vias aéreas permeáveis
	Monitorar perfusão tissular periférica
<p>Ventilação espontânea prejudicada: Mover o ar para dentro e para fora dos pulmões com certa taxa e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de expiração que não é adequada.</p>	Aspirar vias aéreas
	Manter vias aéreas permeáveis
	Monitorar oxigenioterapia
	Monitorar perfusão tissular periférica
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar dispneia
	Implementar cuidados com ventilador mecânico
	Trocar água do umidificador

	Monitorar saturação de oxigênio
	Obter dados sobre a pele

Figura 11: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para oxigenação.

Necessidade de regulação térmica

Necessidade em manter a temperatura central (temperatura interna) entre 36 e 37,3°C com o objetivo de obter um equilíbrio da temperatura corporal (produção e perda da energia térmica) (BENEDET; BUB, 2001).

A regulação da temperatura corporal do recém-nascido é uma estratégia que previne complicações do desenvolvimento físico e neurológico. A equipe de saúde deve estar atenta a esse parâmetro a fim de manter a homeotermia, essencial para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde do neonato. Especialmente em recém-nascidos, a temperatura neutra recomendada é de 36,5°C a 37,5°C (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

O instrumento de coleta de dados e diagnóstico de enfermagem da UTIN contempla apenas a temperatura axilar do recém-nascido no momento do exame, e o julgamento hipotermia, normotermia e hipertermia. Os fatores que levam à ocorrência do desequilíbrio da temperatura corporal não estão presentes no instrumento, como temperatura regulada do berço aquecido, unidade de cuidado intensivo ou incubadora, umidificação, temperatura ambiente no momento, oscilações da temperatura do paciente, dispositivos que aumentem ou diminuam a temperatura corporal, etc.

O sistema termorregulador em recém-nascidos prematuros é de importante foco da atenção à saúde, pois a manutenção da temperatura corporal dentro dos limites adequados é tida como uma função crítica para a sobrevivência. Os mecanismos de controle da temperatura no recém-nascido são pouco estáveis, especialmente nos prematuros e de baixo peso (LUNZE; HAMER, 2012).

Nesse sentido, estabelece-se que todos os recém-nascidos internados na UTIN possuem o diagnóstico de enfermagem de risco de termorregulação

prejudicada, sendo necessárias intervenções para prevenir o desequilíbrio da temperatura corporal.

A faixa normal de temperatura interna do recém-nascido é de 36,5°C a 37,5°C, sendo que as técnicas de aferição da temperatura podem não refletir a realidade. A temperatura retal é a que reflete o meio interno. Entretanto, a técnica mais utilizada é a axilar, que se aproxima da realidade, admitindo-se valor normal de 36 a 36,5°C (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015). O diagnóstico de enfermagem hipotermia é identificado em recém-nascidos com temperatura axilar menor que 36,5°C, enquanto hipertermia é definida naqueles com temperatura axilar maior que 37,5°C (BRASIL, 2014). Nesse caso, será considerado o diagnóstico de enfermagem quando a temperatura axilar do recém-nascido for menor que 36°C.

Hipotermia é definida como temperatura corporal abaixo de 36°C, potencialmente grave para o recém-nascido, pois gera aumento do metabolismo, podendo ocasionar hipoglicemia, que pode acarretar em lesão neurológica. Alguns sinais evidenciam a presença da hipotermia: sucção débil, letargia, extremidades frias, coloração arroxeada da pele, respiração lenta, superficial, irregular, gemência, apneia, choro débil, distensão abdominal e vômito (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

A hipertermia é a presença da temperatura corporal acima de 37,5°C, podendo acontecer nos casos de infecção, desidratação, uso de drogas, fototerapia, lesões cerebrais e ambiente superaquecido. Os sinais clínicos que podem ser evidenciados nos casos de hipertermia são aumento da temperatura corporal, acidose metabólica, taquicardia, taquipneia, cianose, apneia, irritabilidade, hipernatremia e desidratação (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

Para manutenção da temperatura do recém-nascido pré-termo pode-se utilizar cobertura de plástico transparente, para evitar a perda de água por evaporação, manter com roupas, se adequado, utilizar touca de lã e manter a temperatura ambiente entre 24 e 25°C. Para reverter quadros de hipertermia, o tratamento inclui reverter distúrbios metabólicos, remover roupas em excesso, diminuir ou desligar a fonte de calor e realizar o banho (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

Seguem indicadores clínicos para os diagnósticos Risco de termorregulação prejudicada; Hipertermia e Hipotermia.

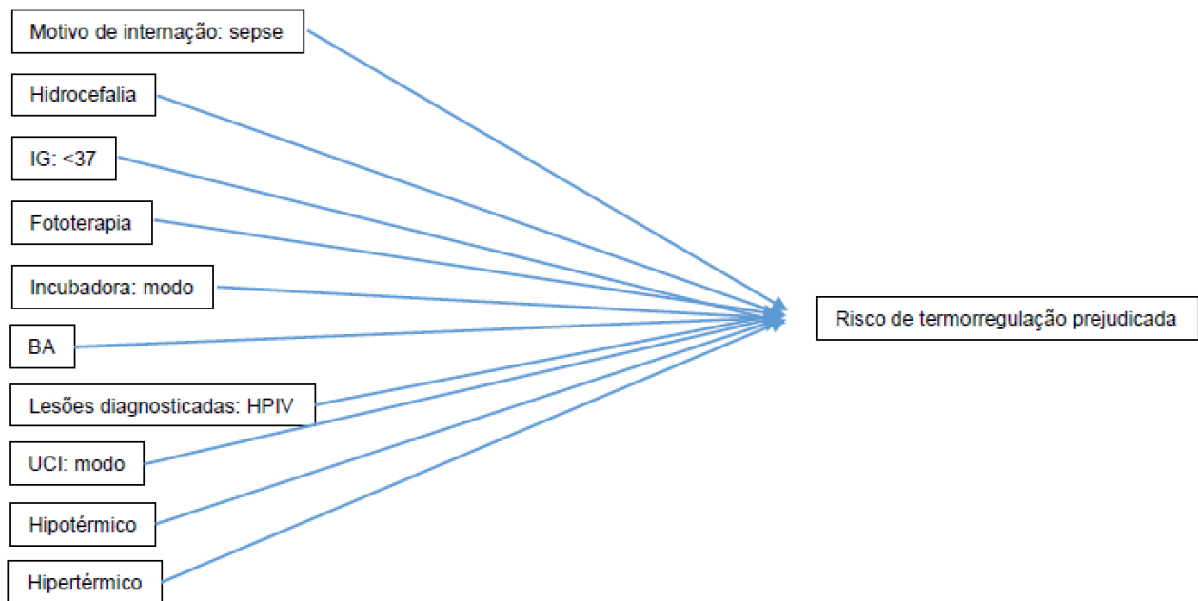


Figura 12: Indicadores clínicos para Risco de termorregulação prejudicada.



Figura 13: Indicadores clínicos para Hipertermia.



Figura 14: Indicadores clínicos para Hipotermia.

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Risco de termorregulação prejudicada: Vulnerabilidade à falha em manter a temperatura corporal	Obter dados sobre a pele
	Banhar recém-nascido
	Orientar família sobre termorregulação

dentro dos parâmetros normais, que pode comprometer a saúde.	Manter higiene da roupa de cama
	Monitorar temperatura corporal
	Controlar temperatura
	Monitorar temperatura e umidade da incubadora
	Monitorar temperatura ambiente
	Monitorar sinais vitais
	Obter dados sobre risco de hipotermia
	Obter dados sobre hipertermia
Hipertermia: Elevação anormal da temperatura corporal, alteração no ponto de controle do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso cheio ou pulso fraco, inquietação, cefaleia ou confusão; a rápida elevação da febre é acompanhada de calafrios, tremores, sensação de frio, pele seca e pálida; a crise ou queda da febre é acompanhada de pele ruborizada e quente e sudorese.	Aplicar compressa fria
	Monitorar hidratação
	Monitorar temperatura corporal
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar temperatura ambiente
	Monitorar sinais de desidratação
	Realizar balanço hídrico
	Tirar roupas
Hipotermia: Diminuição da capacidade para alterar o termostato interno, redução da temperatura corporal, frio, pele seca e pálida, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leito ungueal cianótico, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino sob condições de frio ou de indução artificial de uma temperatura corporal abaixo do normal por razões terapêuticas.	Controlar temperatura
	Manter temperatura corporal
	Monitorar hidratação
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar temperatura ambiente
	Obter dados sobre a pele
	Monitorar temperatura corporal
	Monitorar tremor
	Obter dados sobre risco de hipotermia
	Realizar balanço hídrico

Figura 15: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para regulação térmica.

Necessidade de regulação vascular

Definida como necessidade de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência (BENEDET; BUB, 2001).

Atualmente, o instrumento da UTIN considera os aspectos de estado hemodinâmico, ausculta cardíaca, avaliação de pulsos, perfusão periférica, extremidades, uso de drogas vasoativas, avaliação da rede venosa, presença e características de acessos venosos e avaliação da pressão arterial e frequência cardíaca para avaliação da NHB de regulação vascular.

Estudo realizado em terapia intensiva para adultos considerou o indicador clínico edema como pertinente à avaliação da regulação vascular por se tratar de complicação geralmente do sistema circulatório (BORDINHÃO, 2010). No caso do recém-nascido, na maioria das vezes o edema está relacionado a outras causas, sendo pertinente sua avaliação na NHB de hidratação (NÓBREGA, 2011).

É importante ressaltar que sangramentos e hemorragias são importantes causas de piora clínica em recém-nascidos, sendo necessária a inclusão dessa avaliação no tópico regulação vascular. Aparelho digestivo, trato urinário, coto umbilical, aparelho respiratório, sistema nervoso e locais de punção venosa e arterial estão susceptíveis a sangramentos nessa população (MARGOTTO, 2013). A hemostasia do recém-nascido ao nascimento ainda não está completamente desenvolvida. Nesse sentido, a presença de cefalohematoma, hemorragia intracraniana, procedimentos invasivos, sangramento em mucosas e no sistema gastrointestinal podem ser graves (JAFFRAY; YOUNG; KO, 2016). É importante estabelecer intervenções que permitam a redução do risco de sangramentos, bem como intervenções precoces caso o problema aconteça.

A avaliação de sinais e sintomas de choque é extremamente pertinente no recém-nascido gravemente enfermo. O choque neonatal é caracterizado como uma incapacidade do organismo em manter as necessidades metabólicas celulares de oxigênio e nutrientes por meio da microcirculação,

sendo evidenciado pela hipotensão e a perfusão periférica prejudicada como principais sinais clínicos (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015). O choque propriamente dito é dividido em três fases:

1- Fase inicial compensada – mecanismos neuroendócrinos aumentam a pressão arterial, mantendo a perfusão em órgãos vitais como cérebro, coração e glândula suprarrenal. Consequente da diminuição da perfusão para órgãos menos vitais como rins, intestino, fígado e músculo podem surgir os sinais clínicos de oligúria, bradicardia/taquicardia, e hipoperfusão periférica.

2- Fase não compensada – o sistema neuroendócrino falha; a perfusão sistêmica é reduzida e ocorre isquemia tecidual. Observa-se hipotensão, oligúria e acidose láctica.

3- Fase irreversível ou final – observa-se falência múltipla de órgãos com lesão celular irreparável.

A determinação da normalidade da pressão arterial em recém-nascidos depende de fatores diversos como idade gestacional, idade gestacional corrigida, adequação de peso para idade, condição materna e agravos perinatais. O Comitê Britânico da Sociedade de Medicina Perinatal recomenda que a pressão arterial média seja aquela que se aproxima da idade gestacional (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015). Entretanto, alguns centros evidenciam a manutenção da pressão arterial média em níveis acima de 30 mm Hg (BARRINGTON; JANAILLAC, 2016). A determinação da normalidade da pressão arterial de recém-nascidos ainda é um campo divergente, a equipe multiprofissional deve estar atenta ao quadro clínico do paciente.

Seguem indicadores clínicos elaborados para os diagnósticos Perfusão periférica prejudicada; Risco de sangramento; Sangramento; Risco de choque e Acesso intravenoso prejudicado.

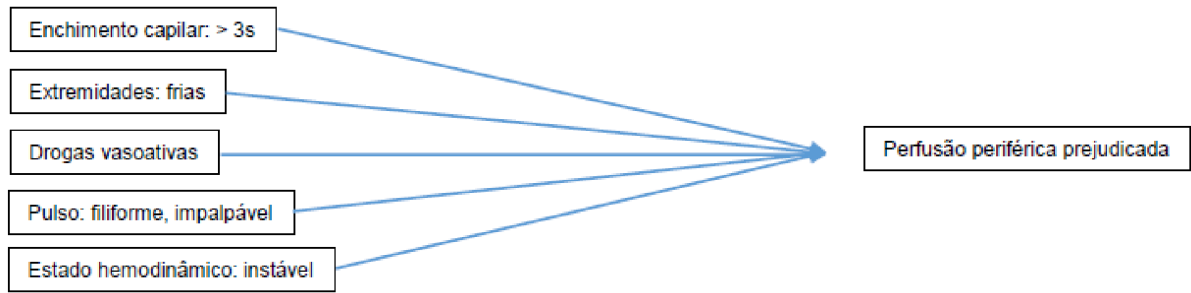


Figura 16: Indicadores clínicos para Perfusão periférica prejudicada.

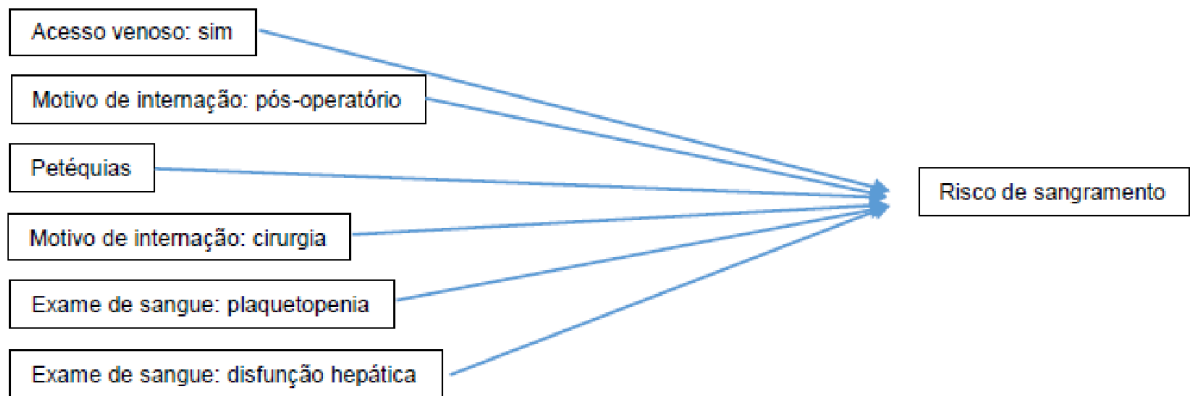


Figura 17: Indicadores clínicos para Risco de sangramento.



Figura 18: Indicadores clínicos para Sangramento.

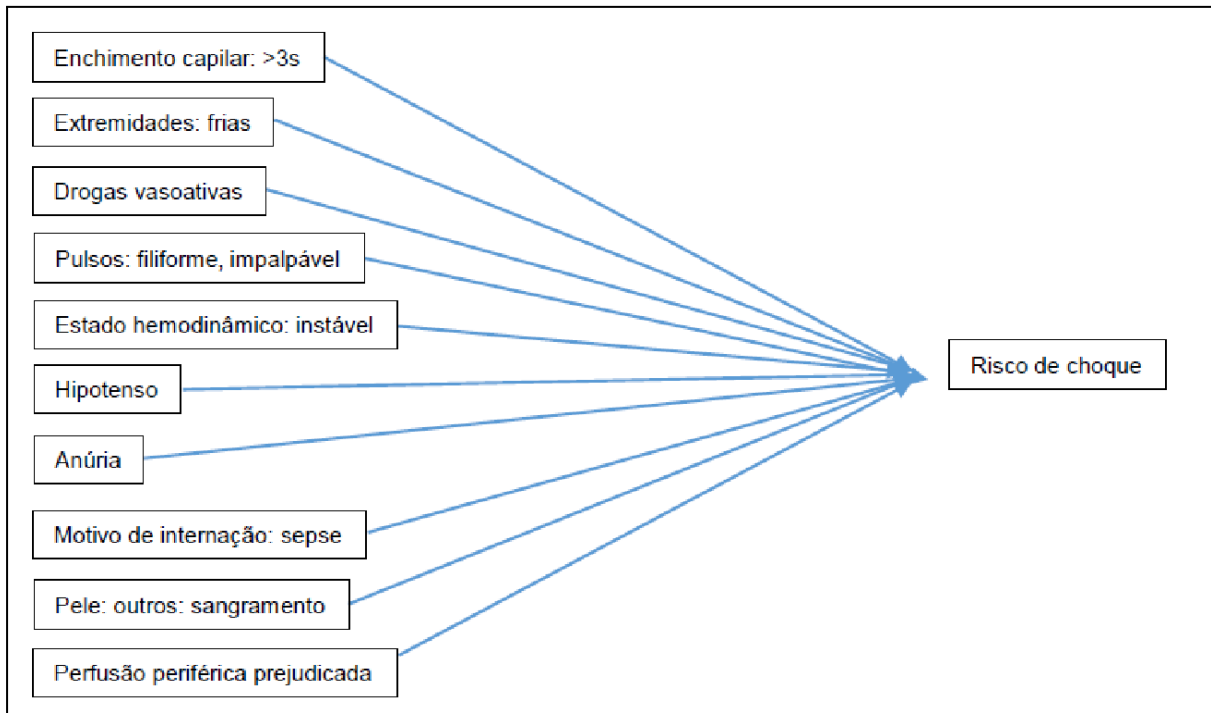


Figura 19: Indicadores clínicos para Risco de choque.

Ressalta-se que o diagnóstico de enfermagem Perfusão periférica prejudicada destacado na figura é também um indicador clínico sugestivo para a presença do diagnóstico de Risco de choque.

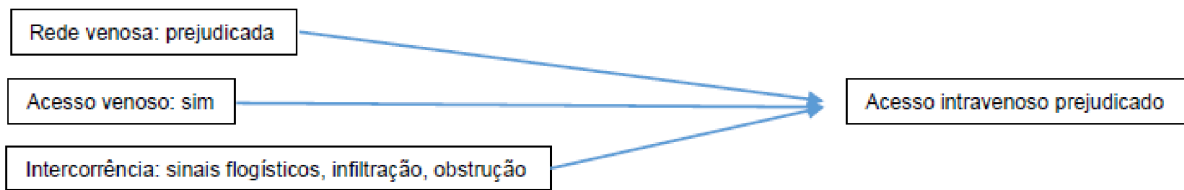


Figura 20: Indicadores clínicos para Acesso intravenoso prejudicado.

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Perfusão periférica prejudicada: Circulação do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do	Obter dados sobre perfusão tissular periférica

oxigênio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado a temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas prejudicados.	Obter dados sobre a pele
	Avaliar cicatrização da ferida
	Avaliar sistema cardiovascular
	Monitorar saturação de oxigênio
	Monitorar sinais vitais
Risco de sangramento: Risco de perda sanguínea externa ou internamente, associada a lesão de vasos sanguíneos ou a fatores de coagulação defeituosos.	Monitorar resultado laboratorial
	Avaliar sinais e sintomas de choque
	Avaliar risco de sangramento
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar terapia de infusão intravenosa
Sangramento: Perda sanguínea externa ou internamente, associada a lesão de vasos sanguíneos ou a fatores de coagulação defeituosos.	Obter dados sobre sangramento
	Monitorar terapia de infusão intravenosa
	Monitorar resultado laboratorial
	Monitorar sinais vitais
	Aplicar terapia compressiva
	Monitorar sangramento
Risco de choque: Vulnerabilidade do organismo em satisfazer as necessidades metabólicas celulares de oxigênio e nutrientes por meio da circulação sanguínea	Monitorar sinais vitais
	Avaliar sinais e sintomas de choque
	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
	Obter dados sobre a pele
	Avaliar sistema cardiovascular
	Monitorar saturação de oxigênio

	Obter dados sobre condição urinária
	Realizar balanço hídrico
	Monitorar balanço hídrico
	Monitorar pressão arterial com dispositivo invasivo
Acesso intravenoso prejudicado: acesso intravenoso obstruído, com sinais flogísticos, com extravasamento de soluções externamente ao sistema venoso, impossibilidade de obter acesso venoso.	Avaliar acesso intravenoso anormal
	Manter curativo
	Monitorar complicações de acesso intravenoso
	Monitorar sinais e sintomas de infecção
	Prevenir infecção
	Remover acesso intravenoso

Figura 21: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para Regulação vascular.

Necessidade de regulação imunológica, hormonal e eletrolítica

Essa necessidade contempla a avaliação dos íons e eletrólitos sanguíneos, bem como outros parâmetros bioquímicos que garantem a homeostase do organismo. Os níveis de glicose sanguínea também são avaliados nessa necessidade. Os parâmetros que indicam infecção no recém-nascido também são contemplados através de exames e provas laboratoriais.

Hipoglicemia é definida como níveis de glicose menores que 40 mg/dl em recém-nascidos a termo saudáveis e menor que 45 mg/dl em recém-nascidos enfermos e prematuros. Este quadro pode se apresentar com tremores, irritabilidade e choro, convulsões, apneia e cianose, letargia, hipotonia, hipotermia, taquipneia, diaforese, recusa alimentar (TAMEZ, 2013).

Considera-se hiperglicemia quando a glicose sanguínea está acima de 180 mg/dl, sendo na maioria das vezes assintomática. Para tal necessidade foram

elencados dois diagnósticos de enfermagem: Risco de infecção e Risco de nível de glicose sanguínea anormal.

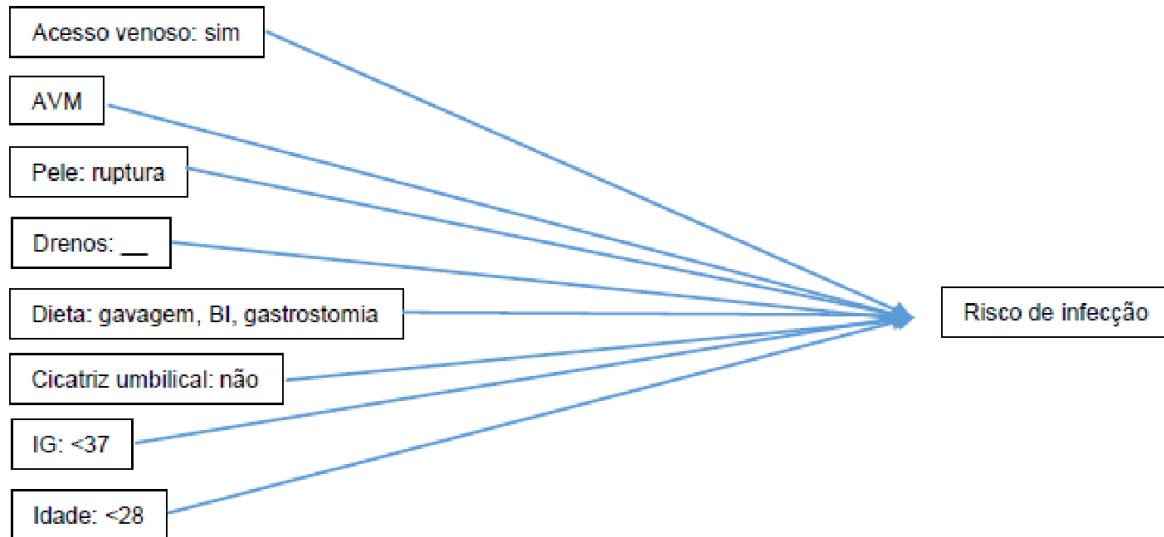


Figura 22: Indicadores clínicos para Risco de infecção.

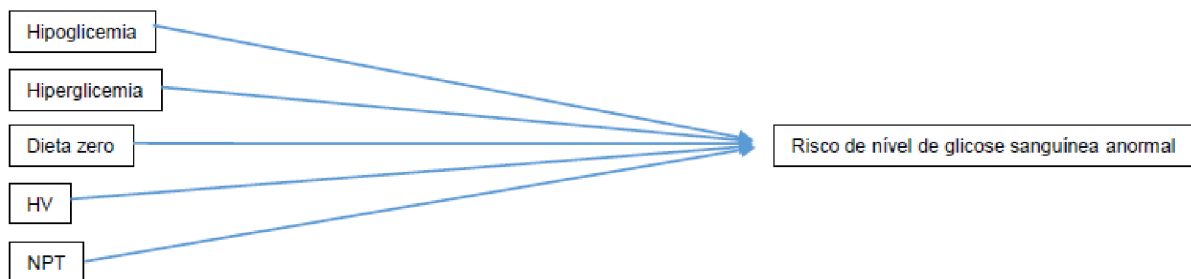


Figura 23: Indicadores clínicos para Risco de nível de glicose sanguínea anormal.

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Risco de infecção: Vulnerabilidade à invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se	Orientar higiene das mãos
	Estimular amamentação

reproduzem e multiplicam, originando doenças.	Obter dados sobre suscetibilidade a infecção
	Diminuir visitas
	Monitorar resultado laboratorial
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar pais durante visita
	Monitorar dispositivo invasivo
	Monitorar ferida cirúrgica
	Monitorar lesão
	Monitorar sinais e sintomas de infecção
	Posicionar fralda abaixo da região umbilical
	Prevenir procedimentos
	Orientar cuidados com região umbilical
	Monitorar região umbilical
Risco de nível de glicose sanguínea anormal: Vulnerabilidade à variação dos níveis de glicose no sangue em relação ao normal.	Medir glicose sanguínea
	Monitorar glicose sanguínea
	Tratar hiperglicemia
	Tratar hipoglicemia
	Monitorar ingestão de alimentos
	Promover amamentação

Figura 24: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para regulação imunológica, hormonal e eletrolítica.

Necessidade de hidratação e eliminação urinária

Hidratação é definida como a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal, enquanto eliminação é a necessidade em eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal (BENEDET; BUB, 2001).

Estudiosos têm agrupado as necessidades de hidratação e eliminação urinária com o objetivo de estabelecer um senso de lógica na avaliação clínica do enfermeiro (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012; NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013)

A água é o elemento mais importante no corpo humano. O recém-nascido prematuro, no início da vida extrauterina precisa se adaptar para manter a estabilidade hidroeletrólítica, precisando lidar com o excesso de água corporal, fluxo urinário lento, urina diluída e balanço hídrico negativo. Os valores de diurese normal variam de 1 a 3 ml/kg/h. Nas primeiras 24 horas de vida, a produção de urina é baixa, sendo aceitável um estado de oligúria de até 0,5 a 2 ml/kg/h (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

Posteriormente, pode-se considerar oligúria ou anúria quando a diurese apresenta-se de 0,5 a 1 ml/kg/h em 24 horas de avaliação. O enfermeiro precisa estar atento a sinais de desidratação como baixo débito urinário, turgor da pele diminuído, membranas ressecadas, aumento da gravidade específica da urina e fontanelas deprimidas. A desidratação mais grave está associada com apneia, letargia e irritabilidade (TAMEZ, 2013).

A avaliação da pele do recém-nascido é importante para manutenção da hidratação corporal, pois a pele como uma barreira física íntegra, controla a perda de água (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012). O instrumento da UTIN contempla a avaliação da pele, inclusive o julgamento de hidratação/desidratação, mecanismos de perda insensível de água, a presença de lesões, turgor da pele, avaliação de mucosas e edema. Inclui ainda dados referentes a restrição hídrica, necessidade de diálise peritoneal, dispositivos de eliminação urinária e características da urina. Acredita-se que

a avaliação da pele seja pertinente na necessidade de integridade física, sendo importante para a necessidade de hidratação apenas o turgor da pele.

A perda insensível de água é influenciada por fontes de calor radiante, umidade da incubadora e idade gestacional, com consequente nível de maturação da pele (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

A monitorização da hidratação deve contemplar avaliação clínica periódica visando sinais de desidratação e sobrecarga hídrica, uso de incubadoras de parede dupla com umidade acima de 80%, cobertura plástica para recém-nascidos com menos de 25 semanas de idade gestacional, registro do peso corporal a cada 12 horas, anotação do balanço hídrico, com entradas e saídas (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

Na necessidade de hidratação e eliminação urinária foram selecionados os diagnósticos de Desidratação; Risco de desidratação; Edema e Retenção urinária.

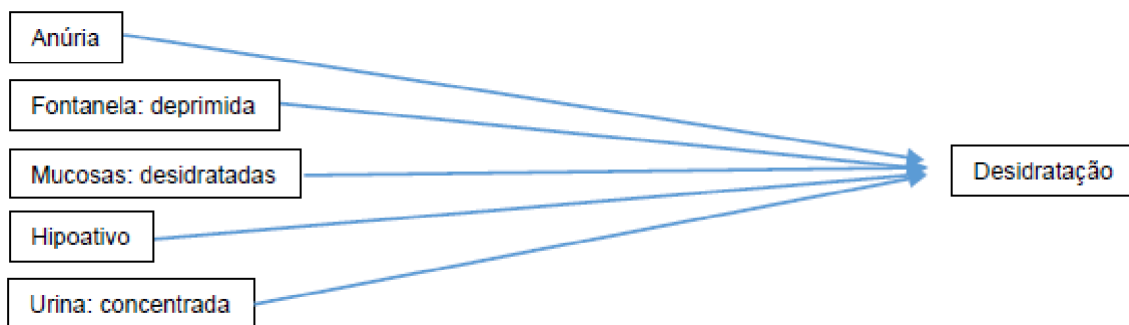


Figura 25: Indicadores clínicos para Desidratação.

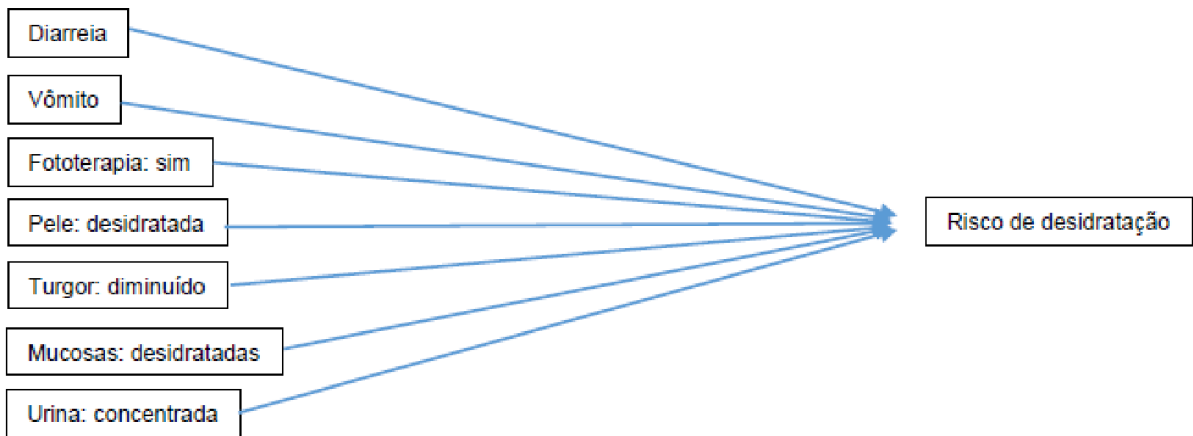


Figura 26: Indicadores clínicos para Risco de desidratação.



Figura 27: Indicadores clínicos para Edema.



Figura 28: Indicadores clínicos para Retenção urinária.

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Desidratação: Volume de líquidos diminuído, ou perda de líquidos corporais.	Obter dados sobre condição urinária
	Monitorar ingestão de alimentos
	Monitorar balanço hídrico
	Monitorar desidratação
	Pesar recém-nascido
	Monitorar sinais vitais

	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Avaliar resposta à terapia com líquidos
	Monitorar terapia de infusão intravenosa
	Inserir cateter urinário
Risco de desidratação: Vulnerabilidade a volume de líquidos diminuído, ou perda de líquidos corporais.	Obter dados sobre a pele
	Monitorar ingestão de alimentos
	Monitorar balanço hídrico
	Monitorar risco de desidratação
	Pesar recém-nascido
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar terapia de infusão intravenosa
Edema: Retenção de líquidos no terceiro espaço.	Obter dados sobre edema
	Cuidados com a pele
	Prevenção de úlcera por pressão
	Monitorar equilíbrio de eletrólitos
	Posicionar recém-nascido
	Realizar balanço hídrico
	Pesar recém-nascido
Retenção urinária: Acúmulo involuntário de urina na bexiga; enchimento incompleto da bexiga, associado a perda da função muscular da bexiga.	Monitorar balanço hídrico
	Monitorar eliminação urinária
	Monitorar cateter urinário
	Aplicar compressa quente em região pubiana

	Avaliar retenção urinária
	Inserir cateter urinário

Figura 29: Diagnósticos e intervenções para hidratação e eliminação urinária.

Necessidade de alimentação, eliminação e segurança física

Alimentação é definida como a necessidade de obter os alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida enquanto a eliminação intestinal é a necessidade de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal (BENEDET; BUB, 2001).

A avaliação do crescimento do recém-nascido deve considerar o peso, comprimento e perímetro cefálico. O ganho de peso indicado é 15 g/kg/dia. Os objetivos do suporte nutricional são manter a massa corporal e densidade óssea, prevenir complicações principalmente infecciosas e otimizar o desenvolvimento neurológico. Monitorar história de patologias, condições que aumentam o gasto energético, como instabilidade térmica, sepse, diarreia e intolerância alimentar são imprescindíveis para a avaliação do enfermeiro, bem como avaliação da atividade física, perda muscular e gordura subcutânea. A manutenção do registro da tolerância alimentar e da dieta ingerida, são itens importantes de serem avaliados diariamente (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

Os recém-nascidos podem receber aporte nutricional por via parenteral ou enteral. Na primeira, podem ser empregados cateteres vasculares periféricos ou centrais, a depender da concentração de glicose e proteína (máximo de 12,5% e 2% para cateter periférico, respectivamente) (TAMEZ, 2013).

Na nutrição enteral, podem ser empregados diversos métodos a depender da condição clínica do neonato. O sistema gastrointestinal é subdesenvolvido nos prematuros, sendo a sucção desenvolvida em torno da 24ª semana gestacional e a coordenação sucção-deglutição-respiração apenas na 32-34ª semana, e totalmente completa na 37ª semana (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

Desenvolvimento e maturação do reflexo de sucção:

Imaturo: sequência curta de sucção entre 3 e 4 consecutivas, com pausa para respirar e deglutir;

Transicional: sequência moderada de 5 a 10 sucções consecutivas com pausa para respirar e deglutir;

Maduro: sequência longa de 10 a 30 sucções consecutivas, com pausa para respirar e deglutir.

As vias de oferecimento de nutrição enteral incluem: via oral e gavagem (por cateteres oro/nasogástricos, transpilóricos ou jejunais). A alimentação contínua (gastróclise) é desencorajada, devendo sempre optar pela intermitente. Os dispositivos de alimentação oral são o copo e a mamadeira.

É importante avaliar a cada 12 horas a medida da circunferência abdominal acima e abaixo do umbigo, evidenciando distensão abdominal. Além disso, outros sinais de intolerância alimentar são: resíduo >30% do valor total da alimentação administrada, resíduo bilioso, alças intestinais palpáveis e visíveis, vômito, irritabilidade, letargia, fezes líquidas ou com mau cheiro, sangue nas fezes (TAMEZ, 2013).

Os diagnósticos de enfermagem selecionados para contemplar a avaliação dessa necessidade foram: Amamentação exclusiva prejudicada; Amamentação exclusiva eficaz; Deglutição eficaz; Deglutição prejudicada; Constipação; Diarreia; Regurgitação; Vômito; Risco de aspiração e Hiperbilirrubinemia. Segue abaixo a relação entre indicadores e diagnósticos.

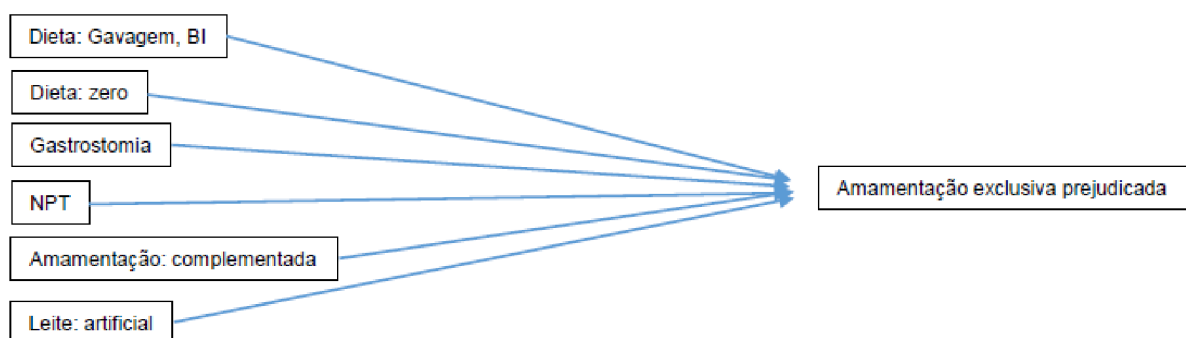


Figura 30: Indicadores para Amamentação exclusiva prejudicada.



Figura 31: Indicadores para Amamentação exclusiva eficaz.

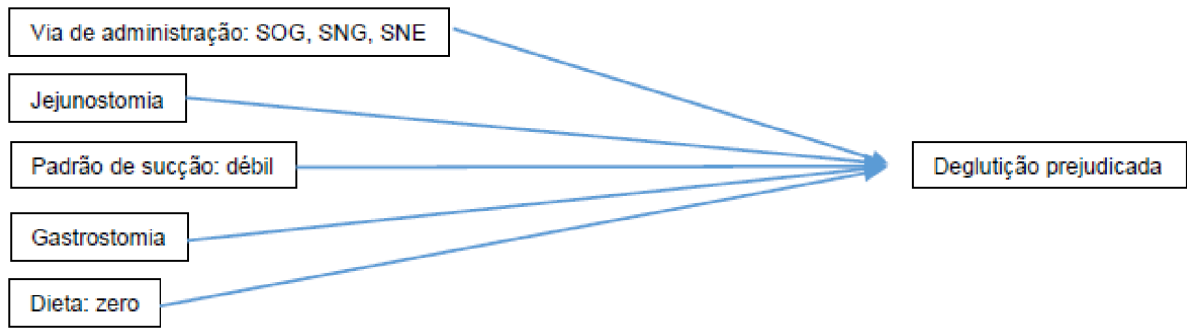


Figura 32: Indicadores para Deglutição prejudicada.

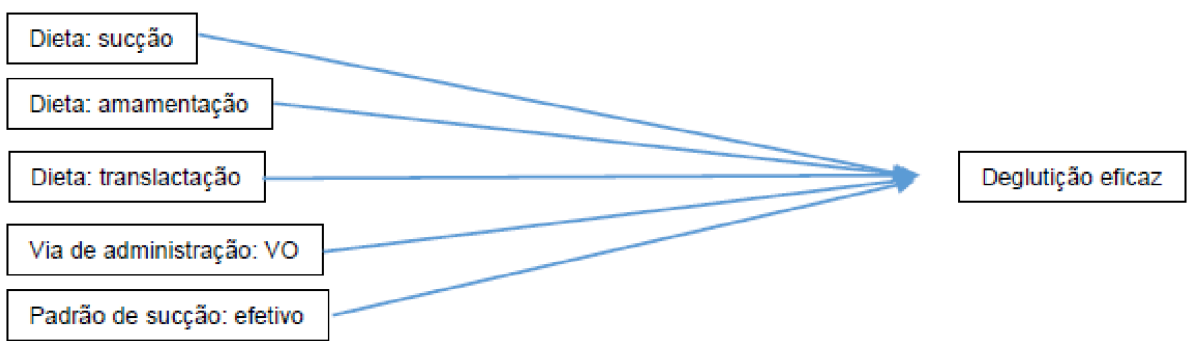


Figura 33: Indicadores para Deglutição eficaz.

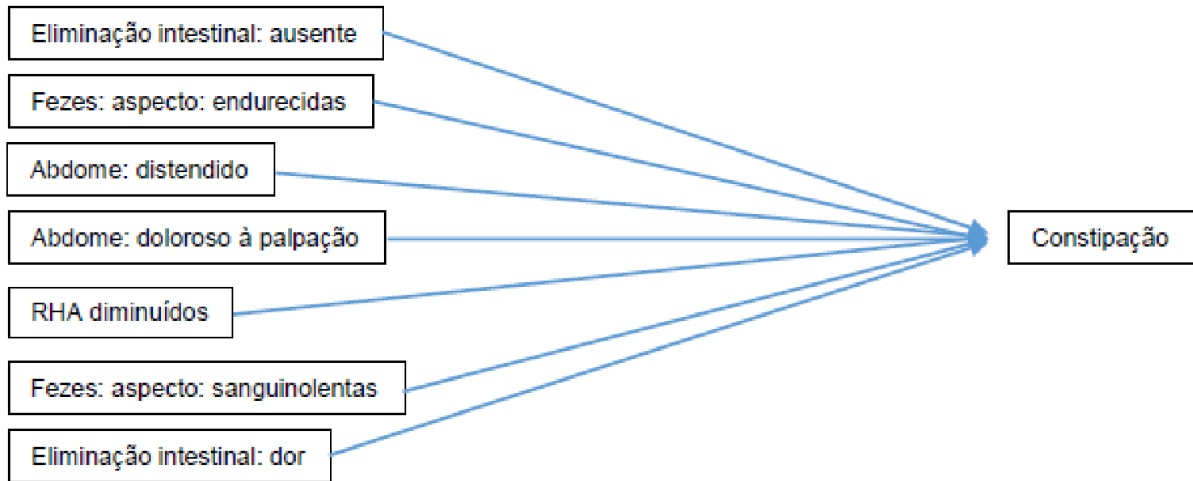


Figura 34: Indicadores para Constipação.

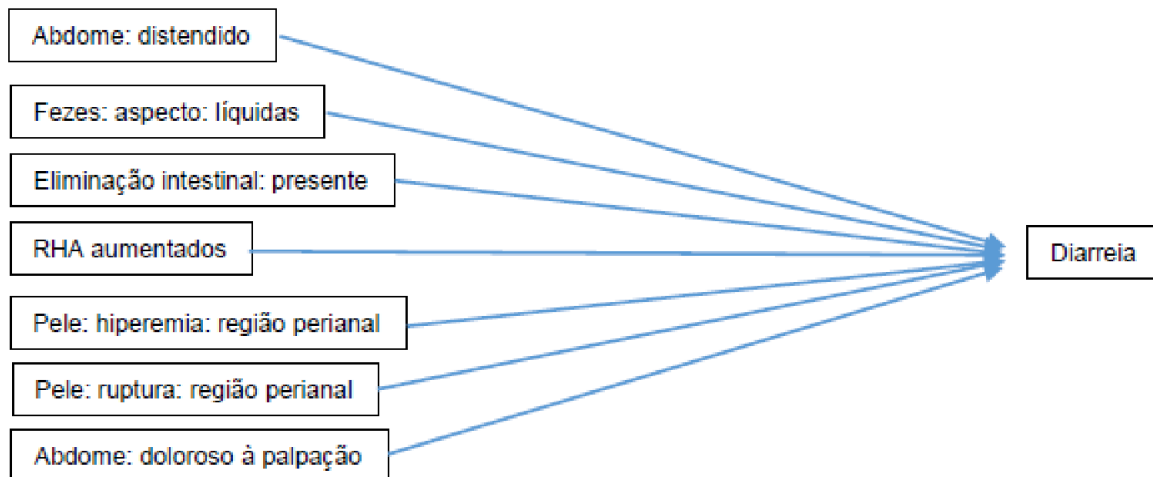


Figura 35: Indicadores para Diarreia.

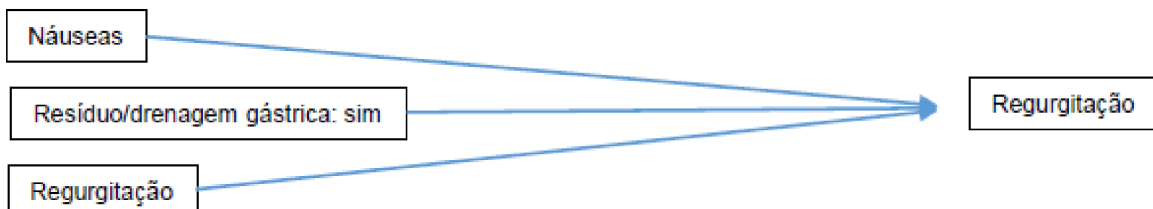


Figura 36: Indicadores para Regurgitação.



Figura 37: Indicadores para Vômito.

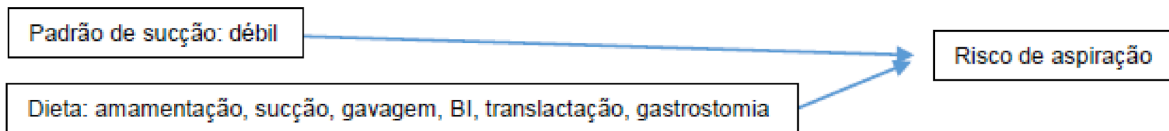


Figura 38: Indicadores para Risco de aspiração.

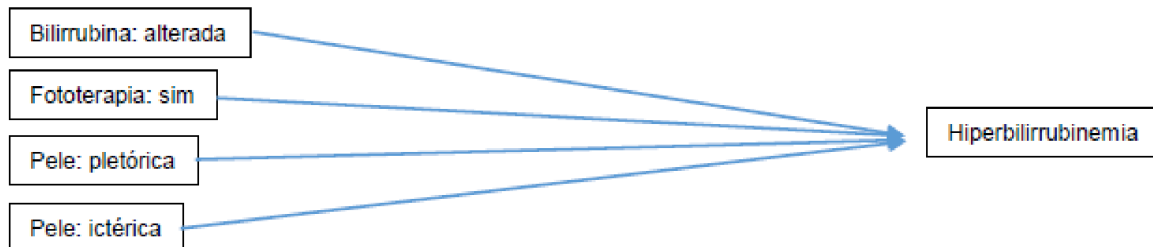


Figura 39: Indicadores para Hiperbilirrubinemia.

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Amamentação exclusiva prejudicada: Alimentação, em livre demanda, exclusivamente com leite materno, excluindo todos os outros alimentos, nos primeiros quatro a seis meses de vida da criança, prejudicada.	Apoiar ligação afetiva pais-criança
	Obter dados sobre amamentação
	Promover amamentação
	Orientar ordenha da mama
	Monitorar peso
	Orientar mãe do recém-nascido sobre lactação
	Orientar posicionamento do recém-nascido para amamentação

<p>Amamentação exclusiva eficaz: Alimentação, em livre demanda, exclusivamente com leite materno, excluindo todos os outros alimentos, nos primeiros quatro a seis meses de vida da criança.</p>	Apoiar amamentação
	Monitorar peso
	Estimular amamentação exclusiva até o sexto mês
	Orientar mãe do recém-nascido sobre lactação
	Orientar ordenha da mama
<p>Deglutição prejudicada: Passagem inadequada de líquidos e alimentos decompostos, da boca, por movimento da língua e músculos, pela garganta e esôfago, para o estômago.</p>	Avaliar amamentação
	Avaliar deglutição
	Demonstrar técnica de sucção
	Promover sucção
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar sucção e deglutição
	Monitorar peso
	Monitorar sinais de aspiração
	Realizar estimulação de cavidade oral
<p>Deglutição eficaz: Passagem adequada de líquidos e alimentos decompostos, da boca, por movimento da língua e músculos, pela garganta e esôfago, para o estômago.</p>	Avaliar amamentação
	Avaliar deglutição
	Demonstrar técnica de sucção
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar sucção e deglutição
	Monitorar peso
<p>Constipação: Diminuição na frequência de defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes;</p>	Promover eliminação intestinal eficaz
	Prevenir constipação

passagem de fezes excessivamente secas e endurecidas.	Monitorar ingestão de alimentos
	Monitorar eliminação intestinal
	Examinar abdome
	Pesar recém-nascido
	Promover integridade da pele
	Avaliar condição gastrintestinal
	Monitorar cólica
Diarreia: Passagem de fezes soltas, líquidas e não formadas; aumento da frequência de eliminação, acompanhado por aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência de defecação.	Obter dados sobre diarreia
	Administrar terapia com líquidos
	Monitorar ingestão de alimentos
	Monitorar eliminação intestinal
	Monitorar sangramento nas fezes
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar sinais de desidratação
	Pesar recém-nascido
	Promover integridade da pele
	Avaliar condição gastrintestinal
Monitorar cólica	
Regurgitação: Fluxo invertido ou retorno de alimentos engolidos para a boca; incapacidade de reter o fluxo inverso de substância do estômago para as vias respiratórias, acompanhada de inalação de conteúdo estomacal para as vias respiratórias.	Promover higiene oral
	Obter dados sobre regurgitação
	Elevar tórax
	Monitorar regurgitação
	Aspirar cavidade oral
	Posicionar recém-nascido em decúbito lateral

Vômito: Expulsão ou retorno à boca de alimentos transformados ou de conteúdo estomacal através do esôfago e para fora da boca.	Tratar vômito
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar ingestão de alimentos
	Manter hidratação
	Monitorar sinais de aspiração
	Posicionar recém-nascido
Risco de aspiração: Vulnerabilidade a inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou pulmões.	Aspirar vias aéreas
	Posicionar recém-nascido
	Monitorar tolerância à dieta
	Avaliar amamentação
	Monitorar sinais de aspiração
	Posicionar recém-nascido
Hiperbilirrubinemia: Coloração amarelo-alaranjada da pele e/ou mucosas como resultado de níveis sanguíneos anormais de bilirrubinas.	Proteger olhos
	Cuidados com a pele
	Monitorar balanço hídrico

Figura 40: Diagnósticos e intervenções para alimentação, eliminação e segurança física.

Necessidade de cuidado corporal e integridade física

Os diagnósticos Risco de integridade da pele prejudicada e Integridade da pele prejudicada fazem parte da avaliação dessas necessidades.

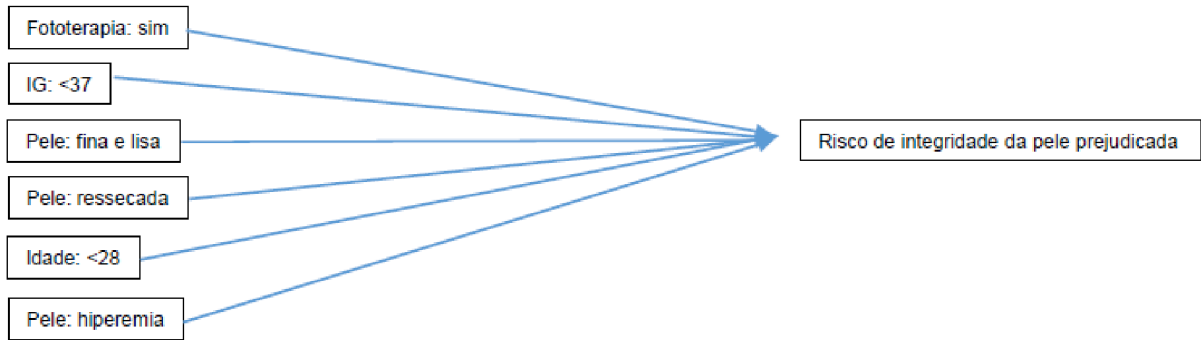


Figura 41: Indicadores para Risco de integridade da pele prejudicada.



Figura 42: Indicadores para Integridade da pele prejudicada.

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Risco de integridade da pele prejudicada: Vulnerabilidade à ruptura da pele ou tecidos adjacentes.	Obter dados sobre a pele
	Cortar unhas
	Promover hidratação da pele
	Examinar integridade da pele
	Monitorar condição nutricional
	Monitorar ingestão de alimentos
	Aliviar região corporal sob pressão
	Proteger a pele
Alterar posição de dispositivo para monitoração	

Integridade da pele prejudicada: Ruptura da pele ou tecidos adjacentes.	Realizar curativo
	Remover sutura
	Obter dados sobre ferida
	Monitorar cicatrização de ferida
	Monitorar sinais e sintomas de infecção
	Limpar ferida
	Manter higiene
	Avaliar curativo
	Obter dados sobre lesão
	Promover hidratação da pele
	Examinar integridade da pele
	Monitorar condição nutricional
	Promover mobilidade física
Aliviar região corporal sob pressão	

Figura 43: Diagnósticos e intervenções para cuidado corporal e integridade física.

Necessidade de segurança emocional, amor e aceitação, gregária e comunicação

Nessa necessidade são avaliadas as relações estabelecidas entre pais ou responsáveis e o recém-nascido. Detecta-se o diagnóstico de enfermagem Vínculo pais-bebê prejudicado.

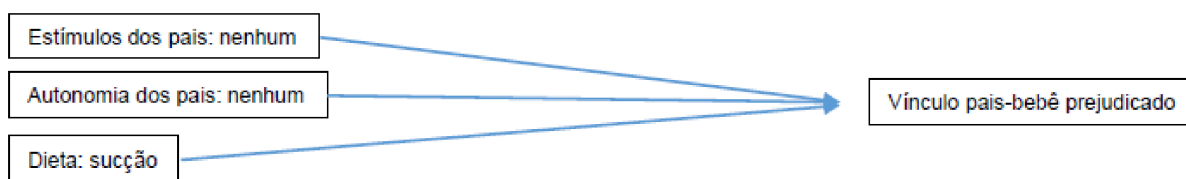


Figura 44: Indicadores clínicos para Vínculo pais-bebê prejudicado.

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Vínculo pais-bebê prejudicado: Ruptura do processo de interação entre pais e bebê; despreparo para os cuidados com o bebê.	Facilitar capacidade para comunicar sentimentos
	Estimular confiança dos pais
	Estimular visita dos pais
	Estimular os pais nos cuidados com o recém-nascido
	Promover amamentação exclusiva
	Orientar os pais sobre condição de saúde do recém-nascido
	Orientar pais sobre amamentação exclusiva
	Orientar pais sobre rotina do serviço
	Orientar sobre ligação afetiva pais-filho
	Supervisionar pais na alimentação do recém-nascido
	Promover técnica de contato pele a pele
Apoiar ligação afetiva pais-criança	

Figura 45: Diagnóstico e intervenções para necessidade de segurança emocional, amor e aceitação, gregária e comunicação.

INSTRUMENTO PARA HISTÓRICO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MODIFICADO



PROCESSO DE ENFERMAGEM UNIDADE NEONATAL AVALIAÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM



I. IDENTIFICAÇÃO		UTIN: _____	DATA: ____/____/____
Nome: _____		Idade: _____	DN: ____/____/____
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nome da mãe: _____		

II. HISTÓRICO						
Motivo de internação: _____						
Peso Nascimento:	Peso atual:	PC:	Comp:	IG:	IGC:	

III. EXAME FÍSICO

REGULAÇÃO NEUROLOGICA, ATIVIDADE FISICA SONO E REPOUSO, PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																				
Lesões diagnosticadas: <input type="checkbox"/> HPIV Grau: ____ <input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Outra: _____ Atividade: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Ilopoativo <input type="checkbox"/> Restivo ao manuseio <input type="checkbox"/> Não reativo <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Sinais de estresse <input type="checkbox"/> Reage a estímulo doloroso Tônus Muscular: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipotônico <input type="checkbox"/> Hipertônico Atividade Motora: <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Convulsões: _____ Fontanela: <input type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Tensa <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Abaulada <input type="checkbox"/> Outros: _____ Estados de alerta: <input type="checkbox"/> Sono regular <input type="checkbox"/> Sono irregular <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Choro neurológico Choro: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Fraco <input type="checkbox"/> NO Expressão facial: <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Dor Faces de dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não NIPS - Pontuação: _____ <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos: Olhos: <input type="checkbox"/> Abertura Espontânea <input type="checkbox"/> Fechado <input type="checkbox"/> Fixo		<input type="checkbox"/> Risco de condição neurológica prejudicada <input type="checkbox"/> Condição neurológica prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de comportamento infantil desorganizado <input type="checkbox"/> Comportamento infantil desorganizado <input type="checkbox"/> Sono prejudicado <input type="checkbox"/> Dor aguda																				
OXIGENAÇÃO		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																				
Ventilação: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> AVIM <input type="checkbox"/> CPAP FiO ₂ ____ % P _{insp} : ____ Freq: ____ PEEP ____ T _{insp} : ____ Fluxo: ____ TOT n° ____ Trach-Care n° ____ Trocar: ____/____/____ Fixação lábio n° ____ TQT ____ Cateter O ₂ ____ L/min Extubação: <input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Não-programada Padrão respiratório: <input type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Aponia <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Gemência <input type="checkbox"/> Tiragem Intercoastal <input type="checkbox"/> Tiragem subcoastal <input type="checkbox"/> Retração esternal <input type="checkbox"/> Batimentos de asa de nariz <input type="checkbox"/> Assíncronia Ausculta Pulmonar: <input type="checkbox"/> MVF <input type="checkbox"/> Sons respiratórios diminuídos <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Crepitações <input type="checkbox"/> Estridor Expansibilidade: <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Diminuída Tosse: <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Seca SpO ₂ : ____ % Dreno de Tórax: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E _____ Secreção: <input type="checkbox"/> Flúida <input type="checkbox"/> Espessa <input type="checkbox"/> Rolha <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Amarelada <input type="checkbox"/> Meconeal <input type="checkbox"/> Branca Frequência Respiratória: ____ rpm <input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Cianose Fossas nasais: <input type="checkbox"/> Permeáveis <input type="checkbox"/> Obstruídas		<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Limpeza das vias aéreas prejudicada <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada																				
REGULAÇÃO TÉRMICA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Hora</th> <th rowspan="2">T_{ax} °C</th> <th colspan="3">Incubadora</th> <th colspan="2">UCI</th> <th rowspan="2">BA</th> </tr> <tr> <th>Mdnh</th> <th>Temp</th> <th>Umidificação</th> <th>Mdnh</th> <th>T_{9c}/potência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Hora	T _{ax} °C	Incubadora			UCI		BA	Mdnh	Temp	Umidificação	Mdnh	T _{9c} /potência									<input type="checkbox"/> Risco de termorregulação prejudicada <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia
Hora			T _{ax} °C	Incubadora			UCI		BA													
	Mdnh	Temp		Umidificação	Mdnh	T _{9c} /potência																
<input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Normotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico																						
REGULAÇÃO VASCULAR		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																				
Estado Hemodinâmico: <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Instável Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> BNF <input type="checkbox"/> BHF <input type="checkbox"/> 2T <input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Aritmia ____ Pulso: <input type="checkbox"/> Apical <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Draquiel <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Impalpável <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Ausente em Enchimento capilar: <input type="checkbox"/> <3s <input type="checkbox"/> >3s Extremidades: <input type="checkbox"/> Aquecidas <input type="checkbox"/> Frias Rede venosa: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> HV ____ ml/h Trocar equipo Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local ____ <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central: <input type="checkbox"/> Umbilical <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Dissecção ____ dias Comp. ext.: ____ cm Circ. Membro: ____ cm Intercorrências: <input type="checkbox"/> Infiltração <input type="checkbox"/> Sinais flagísticos <input type="checkbox"/> Obstrução Trocar curativo ____/____/____ Drogas Vasoativas: _____ Vazão/Dose: _____ Vazão/Dose: _____ Trocar equipo: / / PANI: ____ mmHg PAM: ____ mmHg FC: ____ bpm PVC: ____ cm H ₂ O <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso		<input type="checkbox"/> Perfusão periférica prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de sangramento <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Risco de choque <input type="checkbox"/> Acesso intravenoso prejudicado																				
REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA, HORMONAL E ELETROLÍTICA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																				
Na: ____ K: ____ Ca: ____ Mg: ____ Creatinina: ____ Ureia: ____ Bilirrubina: ____ Outro: ____ pH: ____ PCO ₂ : ____ HCO ₃ : ____ PO ₂ : ____ SaO ₂ : ____ Bt: ____ Distúrbio: _____ Glicemia: <input type="checkbox"/> Hipoglicemia <input type="checkbox"/> Hiperglicemia ____ Exame de sangue <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____		<input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de nível de glicose sanguínea																				

VII. PASSAGEM DE PLANTÃO

Nº	Ação	Checagem

____/____/____ Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Realização:



Apoio:



Financiamento:



Registro:



MINISTÉRIO DA CULTURA
Fundação BIBLIOTECA NACIONAL
Escritório de Direitos Autorais

Certidão de Registro ou Averbação

Nº Registro: 808.632 Livro: 1.572 Folha: 167

INSTRUMENTOS PARA O REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (...)
Didático

Protocolo do Requerimento: 2019RJ_4063.
40 página(s)
Obra não publicada.

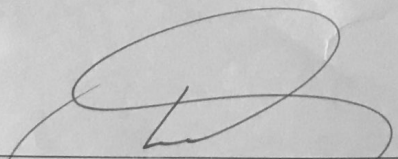
Dados do Requerente

JHONATHAN LUCAS ARAUJO (Autor(a))
CPF - 099.254.826-82

Outras personalidades vinculadas a obra

ANDREIA BRAGA DE SOUZA RIBEIRO (Autor(a)), CPF - 087.227.587-63
CAMILA MEDEIROS CRUVINEL CUNHA (Autor(a)), CPF - 016.422.446-78
CÂNDIDA CANICALI PRIMO (Autor(a)), CPF - 076.740.807-14
DANIELA DE ANDRADE SERRA AZUL (Autor(a)), CPF - 024.673.365-90
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA (Autor(a)), CPF - 896.294.857-53
ELIZANGELA SANT'ANNA DA SILVA (Autor(a)), CPF - 090.178.927-57
GLAUCIA CRISTINA DOS S. F. DE SANTANA (Autor(a)), CPF - 001.109.547-42
HUGO CRISTO SANT'ANNA (Autor(a)), CPF - 087.751.217-51
JÚLIA LAGE MUNIZ FERREIRA (Autor(a)), CPF - 107.884.577-80
LUCIANA DE CASSIA NUNES NASCIMENTO (Autor(a)), CPF - 870.703.919-00
MARCELA FALBO GUIMARAES (Autor(a)), CPF - 073.380.886-75
MIRIAN FIORESI (Autor(a)), CPF - 057.728.247-67
SOFIA SAITER RIZZO (Autor(a)), CPF - 128.784.017-51
TONYARA PATRICIA NOGUEIRA (Autor(a)), CPF - 116.338.457-70

Para constar lavra-se o presente termo nesta cidade do Rio de Janeiro,
em 16 de Outubro de 2019, que vai por mim assinado.


O referido é verdade e dou fé.

Igor Calaça Martins
Coordenador
Mat. SIAPE: 2062005

Av. Presidente Vargas, 3131, 7º andar Sl.702, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ, CEP. 20210-911.
Tel.: (21) 2220-0039; e-mail: cda@bn.gov.br; site: www.bn.gov.br 181019