

Elaboração de diagnósticos, resultados esperados e cuidados de Enfermagem para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Development of the diagnoses, the expected results and Nursing care for a Neonatal Intensive Care Unit

Elaboración de diagnósticos, resultados esperados y acciones de Enfermería para una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal

Layza Moraes Campos¹, Marcella Siqueira de Souza², Clayver Viktor Moreira de Azevedo², Laura Elisa Silva², Pedro Paulo do Prado Júnior², Patrícia de Oliveira Salgado², Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado², Camila Santana Domingos².

RESUMO

Objetivo: Relatar a elaboração de diagnósticos, resultados esperados e cuidados de enfermagem para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Relato de experiência:** Esta experiência é decorrente da vivência do estágio obrigatório supervisionado como requisito para conclusão do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública localizada na zona da mata mineira. Para elaboração dos instrumentos, utilizou-se a classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA-International (NANDA-I) (2021-2023), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e artigos científicos disponíveis na literatura. Dentre os 23 diagnósticos de enfermagem elencados, quatro estavam relacionados à nutrição; nove à pele; cinco ao sistema respiratório; dois associados à segurança e três relacionados a fatores psicossociais, psicomotores e conforto. Desses diagnósticos, nove estão atrelados a riscos. Os 32 cuidados de enfermagem elencados, estão principalmente voltados à monitorização das condições vitais e evolução clínica do RN, e sobretudo, à proteção desses neonatos, bem como à prevenção de infecções e riscos. **Considerações finais:** Essa atividade contribuiu de maneira positiva no processo de aprendizagem das alunas, pois, possibilitou colocar em prática o conteúdo aprendido ao longo do curso de graduação. A construção desse material reforça a importância de basear os cuidados de enfermagem em evidências.

Palavras-Chave: Unidades de terapia intensiva neonatal, Equipe de enfermagem, Processo de enfermagem, Terminologia padronizada em enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Report the preparation of diagnoses, expected results, and nursing care for a Neonatal Intensive Care Unit. **Experience Report:** This experience results from the mandatory supervised internship as a requirement for concluding the undergraduate course in Nursing at a public university in the Zona da Mata of Minas Gerais. It used the nursing diagnosis classification NANDA-International (NANDA-I) (2021-2023), the Nursing Interventions Classification (NIC), and scientific articles available in the literature to develop the instruments. Among twenty-three nursing diagnosis listed, four were nutrition-related; nine were skin-related; five were respiratory-related; two were safety-related; and three were psychosocial, psychomotor, and comfort-related. Of those diagnoses, nine are linked to risks. Thirty-two nursing care listed aimed at monitoring the vital conditions and clinical evolution of the newborn and, above all, protecting those neonates and preventing infections and risks. **Final considerations:** this activity contributed positively to students' learning process by allowing them to practice the contents learned during the undergraduate course. This material's development reinforces the importance of establishing nursing care on evidence.

Keywords: Neonatal intensive care units, Nursing team, Nursing process, Standardized nursing terminology.

RESUMEN

Objetivo: Informar de la elaboración de diagnósticos, resultados esperados y cuidados de enfermería para una Unidad de Terapia intensiva Neonatal. **Relato de experiencia:** esta experiencia es el fruto de lo vivenciado en la pasantía obligatoria supervisada como requisito para la conclusión del curso de gradación

¹ Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa - MG.

en Enfermería de una universidad pública localizada en la zona forestal minera. Para la elaboración de los instrumentos, se utilizó la clasificación de diagnósticos en enfermería NANDA-International (NANDA-I) (2021-2023), la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) y artículos científicos disponibles en la literatura. Entre los 23 diagnósticos de enfermería listados, cuatro estaban relacionados a nutrición; nueve a la piel; cinco al sistema respiratorio; dos asociados a la seguridad y tres relacionados a factores psicosociales, psicomotores, y confort. Entre estos diagnósticos, nueve están en la lista de riesgos. Los 32 cuidados de enfermería listados, están principalmente dirigidos a monitorización de las condiciones vitales y evolución clínica del RN, y principalmente, a la protección de estos neonatos, así como a la prevención de infecciones y riesgos. **Consideraciones finales:** esta actividad contribuyó de manera positiva en el proceso de aprendizaje de las alumnas, porque permitió colocar en práctica el contenido aprendido a lo largo de curso de graduación. La construcción de este material refuerza la importancia de fundamentar los cuidados de enfermería en evidencias.

Palabras clave: Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, Equipo de Enfermería, Proceso de Enfermería, Terminología Estandarizada de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem como objetivo atender recém-nascidos (RN) prematuros e/ou com alguma complicação, para que possam receber cuidados de saúde específicos (NASCIMENTO RTA, et al., 2021). A assistência na UTIN deve ser livre de erros, rápida, precisa e segura. Para que isso seja possível, o enfermeiro precisa desenvolver estratégias que vão ao encontro da assistência qualificada e eficiente (ARAÚJO JL, et al., 2019).

O processo de trabalho da enfermagem em UTIN é caracterizado por atividades complexas que exigem alta competência técnica e científica, afinal, a tomada de decisões precisas está diretamente relacionada à vida e morte dos pacientes (NASCIMENTO RTA, et al., 2021).

Nesse contexto, o Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta de trabalho que auxilia na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Assistir em Enfermagem é uma atividade teórico-prática de atribuição do enfermeiro que perpassa por competências técnico-científicas e inter-relacionais (BARRA DCC e DAL SASSO GTM, 2012; ARAÚJO JL, et al., 2019). O PE deve ser implementado em todas as instituições, públicas ou privadas, em que ocorre atividade de Enfermagem. Está organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, pautadas por um referencial teórico (COFEN, 2009).

A primeira etapa consiste na coleta de dados com o paciente e/ou família/responsável. A partir das informações coletadas, através de um julgamento clínico, o enfermeiro elenca as necessidades de cuidado estabelecendo Diagnósticos de Enfermagem (DE), sendo essa segunda etapa do PE (SILVA J, et al., 2017).

A terceira etapa é composta pelo planejamento de enfermagem que se dá pela determinação dos resultados que se espera alcançar, bem como as ações de enfermagem que serão necessárias para atingir tais objetivos. Na quarta etapa, as ações são implementadas pela equipe de enfermagem (SILVA J, et al., 2017). Por último, na quinta etapa, é avaliado se os resultados esperados foram alcançados. Nesse momento é importante realizar a evolução dos pacientes e, se necessário, reformular as ações para que alcancem o melhor resultado possível (SILVA J, et al., 2017).

Implantar a documentação do PE requer reorganização e sistematização das práticas em saúde, o que se constitui em um desafio (CRUZ DALM, et al., 2016; BARAKI K, et al., 2017; HUITZI-EGILEGOR JX, et al., 2018). Dentre as barreiras apontadas para a sua implantação, destacam-se: a estrutura organizacional, a falta de tempo dos profissionais, a escassez de recursos humanos e materiais, a recusa de profissionais e a necessidade de formação contínua (BARAKI K, et al., 2017; AGYEMAN-YEBOAH J, et al., 2017).

Em contrapartida, a literatura aponta vários benefícios: melhora a qualidade da assistência e a satisfação profissional, proporciona maior visibilidade ao enfermeiro, valoriza as suas ações, promovendo autonomia, eficiência e oferece cientificidade à profissão (YA-YA W, et al., 2018; HUITZI-EGILEGOR JX, et al., 2018; REIS GS, et al., 2016; AZEVEDO OA, et al., 2019).

A utilização do PE na UTIN é fundamental, pois a assistência qualificada não deve se limitar a garantir a sobrevivência do prematuro ou do recém-nascido a termo em estado crítico, mas também planejar ações e implementá-las conforme as necessidades do cuidado (CASTRO ACO, *et al.*, 2017; NASCIMENTO RTA, *et al.*, 2021). Portanto, esse estudo tem como objetivo elaborar diagnósticos, resultados esperados e cuidados de enfermagem para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Esta experiência é decorrente da vivência do estágio obrigatório supervisionado como requisito para conclusão do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública localizada na zona da mata mineira. A instituição de ensino superior envolvida neste projeto possui como característica a realização de um plano de ação pelos estagiários, como forma de contribuir para a melhoria contínua da qualidade assistencial prestada pelo serviço de saúde. Sendo assim, os estagiários são convidados a analisar criticamente o setor em que estão inseridos, por meio da atualização do Diagnóstico Administrativo e Situacional, conforme recomenda o Conselho Regional de Enfermagem (COREN-MG, 2010).

A UTIN, cenário deste estudo, está inserida em um hospital de ensino localizado na zona da mata mineira. É composta por uma equipe multidisciplinar com profissionais médicos, fisioterapeutas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, psicóloga, residente em pediatria e acadêmicos. No setor estão implantados os instrumentos de admissão e evolução de Enfermagem, resultante de planos de ação anteriores. O serviço adota como fundamentação teórica a Teoria Holística de Myra Estrin Levine (LEVINE ME, 1989). Essa teoria aborda sobre a adaptação do ser humano às condições do ambiente através do princípio da conservação de energia, a qual é fundamental para a sobrevivência dos RN.

Em consenso entre a coordenação do setor, a enfermeira responsável técnica da instituição, estagiária e supervisora de estágio elencou-se como intervenção a elaboração de instrumentos contendo diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem, etapas do Processo de Enfermagem para a unidade. Tais instrumentos não estavam presentes no setor, sendo sua elaboração um motivo expresso pela coordenadora da UTIN. Desta forma, a estagiária de Enfermagem, juntamente com a supervisora selecionaram a classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA-International (NANDA-I) (2021-2023) quais os títulos diagnósticos e fatores relacionados mais aplicáveis de acordo com a clientela atendida (HERDMAN TH, *et al.*, 2021). Para esta seleção foi realizada a leitura do título e definição de cada DE, sendo excluídos os que não se adequaram à população deste estudo. Os resultados esperados foram elaborados pela estagiária de Enfermagem e revisados por uma docente, especialista em Processo de Enfermagem (TANNURE MC e PINHEIRO AM, 2019).

Quanto às intervenções de Enfermagem, foi consultado a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e artigos científicos disponíveis na literatura, atentando-se para ações e rotinas estabelecidas no setor (BUTCHER HK, *et al.*, 2019). As atividades estabelecidas para cada intervenção foram adequadas de acordo com a rotina do setor, sendo então denominadas cuidados de enfermagem.

O processo de elaboração dos instrumentos ocorreu entre os meses de maio a julho de 2022. A versão final foi impressa e entregue no setor para implementação.

A NANDA-I (2021-2023) consta de 271 títulos diagnósticos de Enfermagem distribuídos em 13 domínios. Após a avaliação dos títulos, foram selecionados 23 DE que estão presentes em sete domínios. Para os DE que representam uma necessidade real, foram destacados os fatores relacionados mais relevantes para uma UTIN. Como os DE de risco não possuem fatores relacionados, foram destacadas as populações mais propícias. Em todos os DE foi adicionado a opção "Outros" para que o enfermeiro possa incluir fatores relacionados que não foram descritos, respeitando a individualidade apresentada por cada RN. Para cada DE, foi elencado um resultado esperado a ser mantido ou alcançado durante o período de internação na UTIN. Esses resultados objetivam a satisfação das necessidades biológicas e sociais que envolvem o RN. Os diagnósticos de Enfermagem e os resultados esperados estão distribuídos conforme os domínios da NANDA-I (2021-2023) no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados elencados para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Minas Gerais, Brasil, 2002.

Domínio	Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado
Nutrição	AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA: <u>Relacionado a</u> (1) Separação entre mãe e lactente (2) Outros.	O neonato terá o aleitamento ofertado por outros meios.
	RESPOSTA INEFICAZ DE SUCÇÃO- DEGLUTIÇÃO DO LACTENTE: <u>Relacionado a</u> (1) Comportamento de sucção insatisfatório (2) Hipoglicemia (3) Hipotermia (4) Posicionamento inadequado (5) Outros.	O neonato apresentará capacidade melhorada para sucção-deglutição em dias.
	RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL: <u>População em risco</u> (1) Indivíduos em UTI (2) História materna de diabetes (3) Baixo peso ao nascer (4) Lactentes prematuros (5) Outros.	O neonato apresentará estabilidade dos níveis séricos de glicose em relação à faixa normal em _____ () horas () dias.
	HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL (ICETERÍCIA): <u>Relacionado a</u> (1) Atraso na eliminação do mecônio (2) Lactentes desnutridos (3) Problemas hepáticos (4) Outros.	O neonato apresentará melhora do nível de bilirrubina sérica total e dos sinais de hiperbilirrubinemia neonatal em ____ dias.
	RISCO DE HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL (ICTERÍCIA): <u>População em risco</u> (1) Neonatos com baixo peso ao nascer (2) Neonatos com < 7 dias de vida (3) Neonatos com Fator Rh incompatível com o da mãe (4) Neonatos prematuros (5) Neonatos que são amamentados (6) Prematuros moderados e extremos (7) Outros.	O risco de hiperbilirrubinemia neonatal deverá ser diminuído em ____ dias.
Eliminação	MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL: <u>Relacionado a</u> (1) Lactentes prematuros (2) Outros.	O neonato apresentará melhora da motilidade gástrica em ____ dias.
	TROCA DE GASES PREJUDICADA: <u>Relacionado a</u> (1) Desobstrução ineficaz das vias aéreas (2) Padrão respiratório ineficaz (3) Imaturidade pulmonar (4) Doença da membrana hialina (5) Outros.	O neonato apresentará troca de gases eficaz em _____ () horas () dias.
Atividade e Repouso	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ: <u>Relacionada a</u> (1) imaturidade neurológica (2) Imaturidade pulmonar (3) Doença da membrana hialina (4) Outros.	O neonato apresentará melhora no padrão respiratório em _____ () horas () dias.
	RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO: <u>Relacionada a</u> (1) Desobstrução ineficaz das vias aéreas (2) Ritmo inadequado do processo de desmame ventilatório (3) Outros.	O neonato apresentará tolerância quanto ao desmame ventilatório em _____ () horas () dias.
Papéis e relacionamentos	RISCO DE VÍNCULO PREJUDICADO: <u>Relacionada a</u> (1) Doença da criança impede início eficaz do contato com o pai/mãe (2) Separação entre pai/mãe e filho (3) Outros.	O vínculo do neonato com o pai/mãe deverá ser estimulado durante toda a internação.
Enfrentamento/ tolerância ao estresse	COMPORTAMENTO DESORGANIZADO DO LACTENTE: <u>Relacionada a</u> (1) Lactentes prematuros (2) Outros.	O neonato apresentará comportamento organizado em ____ dias.

Domínio	Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado
Segurança/ proteção	RISCO DE INFECÇÃO: <u>Fatores de risco</u> (1) Procedimento invasivo (2) Acesso ou uso inadequado de proteção individual (3) Amamentação (4) Integridade da pele prejudicada (5) Vacinação inadequada (6) Outros.	O risco de infecção neonatal deverá ser cessado e/ou diminuído em ____ dias.
	RISCO DE ASPIRAÇÃO: <u>Fatores de risco</u> (1) Deslocamento da sonda de nutrição enteral (2) Desobstrução ineficaz de vias aéreas (3) Dificuldade para deglutir (4) Resíduo gástrico aumentado (5) Motilidade gastrointestinal diminuída (6) Outros.	O risco de aspiração pelo neonato deverá ser cessado e/ou diminuído em ____ () horas () dias.
	DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS: <u>Relacionada a</u> (1) Muco excessivo (2) Secreções retidas (3) Outros.	O neonato apresentará vias aéreas desobstruídas em ____ () horas.
	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: <u>Relacionado a</u> (1) Atrito em superfície (2) Indivíduos em UTI (3) Dispositivos médicos (4) Punções (5) Outros.	O neonato apresentará integridade da pele em ____ dias.
	RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: <u>Relacionado a</u> (1) Atrito em superfície (2) Hipotermia (3) Hipertermia (4) Excreções (5) Dispositivos médicos (6) Outros.	O risco de integridade da pele prejudicada no neonato deverá ser cessado e/ou diminuído durante o período de internação.
	LESÃO POR PRESSÃO NEONATAL: <u>Relacionado a</u> (1) Atrito em superfície (2) Hipertermia (3) Pele ressecada (4) Outros.	O neonato apresentará melhora na lesão por pressão em ____ dias.
	HIPOTERMIA NEONATAL: <u>Relacionado a</u> (1) Amamentação atrasada (2) Transferência excessiva de calor por convecção (3) Transferência excessiva de calor por condução (4) Outros.	O neonato não apresentará hipotermia em ____ dias.
	RISCO DE HIPOTERMIA NEONATAL: <u>Fatores de risco</u> (1) Amamentação atrasada (2) Transferência excessiva de calor por convecção (3) Transferência excessiva de calor por condução (4) Transferência excessiva de calor por evaporação (5) Transferência excessiva de calor por radiação (6) Outros.	O risco de hipotermia neonatal deverá ser cessado e/ou diminuído durante o período de internação.
	TERMORREGULAÇÃO INEFICAZ: <u>Relacionado a</u> (1) Oscilação da temperatura do ambiente (2) Atividade vigorosa (3) Outros.	O neonato apresentará termorregulação eficaz em ____ () horas () dias.
	RISCO DE TERMORREGULAÇÃO INEFICAZ: <u>Fatores de risco</u> (1) Oscilação da temperatura do ambiente (2) Atividade vigorosa (3) Outros.	O risco de termorregulação ineficaz no neonato deverá ser cessada e/ou diminuído, durante o período de internação.
RISCO DE QUEDAS NA CRIANÇA: <u>Fatores de risco</u> (1) Falha em travar as rodas de equipamento infantil (2) Falha em travar a porta de acesso à incubadora (3) Supervisão inadequada da criança (4) Crianças < 12 anos de idade (5) Outros.	O neonato não apresentará quedas durante o período de internação.	
Conforto	DOR AGUDA: <u>Relacionado a</u> (1) Agente biológico lesivo (2) Agente físico lesivo (3) Outros.	Os fatores que causam dor aguda no neonato deverão ser cessados imediatamente.

Fonte: Campos LM, et al., 2022; baseado em Herdman TH, et al., 2021

Além desses DE elencados, o instrumento consta de um espaço para adição de outros títulos, caso seja necessário. Os DE deveriam ser preenchidos tendo como legenda: DP- Diagnóstico Presente, MA- Diagnóstico Mantido, ME- Diagnóstico Melhorado e RE- Diagnóstico Resolvido. O uso dessas siglas é uma forma de monitorar a evolução do RN durante o período de internação.

Quanto às atividades de Enfermagem foram elencados 32 cuidados que são preconizados na UTIN. Tais cuidados foram organizados, de forma que o enfermeiro selecionasse com um “X” as que se adequam a cada paciente. À frente dos cuidados existe um quadro com horários distribuídos a cada duas horas, de forma que seja possível uma assistência integral ao recém-nascido sendo reavaliado a cada 24 horas. Os cuidados de Enfermagem estão descritos no **Quadro 2**.

Quadro 2 - Cuidados de Enfermagem elencados para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Minas Gerais, Brasil, 2022.

Cuidados de Enfermagem
1. Monitorar sinais vitais do RN de ___ / ___ horas.
2. Promover regulação da temperatura da incubadora ou berço aquecido para melhor conforto do RN.
3. Manter nível da água em incubadora para promover umidificação adequada.
4. Realizar limpeza diária do leito.
5. Realizar banho de imersão se RN >1500g e clinicamente estabilizado: () Realizar banho de esponja/compressa/fralda em RN <1500g e clinicamente estável () após o banho pesar o RN.
6. Realizar higiene nasal com SF 0,9%.
7. Avaliar integridade da pele do RN, se houver dermatite de fralda usar creme de barreira (óxido de zinco 40% com formulação de óleo de fígado de bacalhau).
8. Reposicionar o RN e/ou dispositivo médico a cada 2 horas para evitar lesão por pressão.
9. Pesar fralda, registrando aspecto, odor e coloração das eliminações intestinais e vesicais.
10. Abrir SOG 30 minutos antes da dieta e mensurar a drenagem de resíduo gástrico.
11. Manter cuidados com a SOG: verificar posicionamento, fixação e rotina de troca (sempre que for iniciar a dieta e/ou a cada 48 horas).
12. Ofertar leite, em temperatura ambiente, através de: () SOG* () Copo () Mamadeira.
13. Realizar higiene oral com ABD e gaze após dieta e sempre que necessário.
14. Posicionar o RN no leito com cabeceira elevada a 30°, em decúbito lateral direito ou ventral após administrar dieta.
15. Avaliar sinais de vômitos e distensão abdominal comunicando a enfermeira e médico plantonista.
16. Registrar glicemia capilar antes da dieta e/ou conforme prescrição médica.
17. Manter AVP e/ou AVC pérvio para infusão de soluções e medicamentos conforme prescrição médica.

Cuidados de Enfermagem
18. Realizar desinfecção do dispositivo venoso com clorexidina a 0,5% três vezes ao dia ou mais vezes se necessário.
19. Realizar desinfecção diária de bombas de infusão e/ou seringa.
20. Trocar equipe de NPT a cada 24 horas.
21. Trocar seringa de dieta a cada 6 horas.
22. Trocar equipo de medicação/soro a cada 72 horas.
23. Trocar perfusor e seringa de medicação a cada 24 horas.
24. Auxiliar enfermeira durante coleta de amostra sanguínea para exames laboratoriais.
25. Utilizar adequadamente os EPI's atentando para os pacientes em isolamento com descarte adequado dos materiais.
26. Realizar desinfecção de termômetros e estetoscópio após cada uso.
27. Avaliar a necessidade de aspiração das vias aéreas e comunicar a fisioterapeuta e/ou enfermeira.
28. Esvaziar vácuo de aspiração anotando o aspecto da secreção (quantidade e coloração).
29. Aplicar proteção sobre os dois olhos durante a fototerapia, evitando pressão excessiva, trocando a cada 24 horas e/ou quando necessário.
30. Auxiliar os pais durante a realização do método canguru e amamentação.
31. Manter travas de segurança em incubadora, berço aquecido e berço comum com a finalidade de prevenir quedas.
32. Avaliar estado geral do RN e comunicar quaisquer intercorrências ao enfermeiro responsável e/ou médico plantonista.

Legenda: SOG (sonda orogástrica), NPT (nutrição parenteral).

Fonte: Campos LM, et al., 2022.

Além dessas ações elencadas, existe um espaço para a escrita de novas ações com vistas a atender a individualidade de cada recém-nascido. Os dois instrumentos possuem cabeçalho contendo a identificação do RN com nome, leito, convênio, número do registro e data da internação e avaliação. Ao final consta de um espaço reservado para o enfermeiro assinar e carimbar.

DISCUSSÃO

Uma revisão de literatura que analisou 11 artigos originais identificou as principais atribuições do enfermeiro em uma UTIN e a operacionalização do PE aplicado nesse contexto. O enfermeiro é responsável por proporcionar adaptação do RN ao ambiente extrauterino; assegurar a estabilidade do neonato; monitorizá-lo; atender às suas necessidades vitais; prevenir infecções; realizar procedimentos privativos do enfermeiro; elaborar planos educativos; gerenciar o cuidado; supervisionar a assistência; promoção e apoio à amamentação e promover atenção humanizada, individualizada e integral aos RN e familiares (PRAZERES LEN, et al., 2021).

A documentação do PE, um dos eixos estruturantes da SAE, é uma exigência formal no Brasil, sendo considerada necessária para a melhoria da qualidade da assistência e para evidenciar a qualidade do cuidado de enfermagem. O PE, mediante o raciocínio clínico e pensamento crítico, constitui-se como ferramenta

imprescindível para determinar os diagnósticos de enfermagem, as prioridades das intervenções e para reconhecer as respostas dos pacientes aos cuidados prestados. Nesse processo, destacam-se os registros clínicos no prontuário como o principal meio de comunicação de informações sobre o paciente e entre os profissionais de saúde (AZEVEDO OA, et al., 2019; CRUZ DALM, et al., 2016; ROCHA F, 2019).

O registro das etapas do PE durante a assistência de enfermagem serve como fonte de dados aos diversos profissionais envolvidos, contribuindo para uma prática segura no processo de cuidar. A não realização de tais registros pode acarretar um risco para a segurança do paciente. Um estudo com 40 instituições brasileiras e 416 setores diferentes revelou que, apesar da documentação do processo de enfermagem ser uma exigência no Brasil, 5,8% setores não apresentaram nenhuma documentação do processo de enfermagem e 89,9% documentaram somente uma fase das cinco preconizadas (AZEVEDO OA, et al., 2019; ROSA VCS, et al., 2021), realidade que ressalta a relevância do presente estudo.

Os diagnósticos de enfermagem, segunda etapa do processo de enfermagem, são reflexos do julgamento clínico do enfermeiro, repercutindo, diretamente, no tratamento e orientando a tomada de decisão profissional e intervenções de enfermagem (MOREIRA VM, et al., 2022).

Os diagnósticos de enfermagem consistem na maneira correta de expor a identificação das necessidades de cuidado, configurando respaldo para que as ações sejam devidamente selecionadas e individualizadas, o que é fundamental em uma UTIN, devido às especificidades de cuidado (PRAZERES LEN, et al., 2021). Em uma revisão integrativa foram identificados diagnósticos de Enfermagem relacionados à UTIN. Os principais títulos diagnósticos de enfermagem evidenciados foram associados aos riscos, como risco de infecção, risco de hipotermia e risco de integridade da pele prejudicada (BATISTA CDM, et al., 2019).

Esses dados coincidem com outro estudo, que destaca, ainda, que diagnósticos relacionados à dor e conforto são pouco citados, visto que são fatores abordados de forma insuficiente nesse público. Também foram identificados diagnósticos de enfermagem relacionados à pele, mucosas e anexos; ao trato gastrointestinal; ao sistema neurológico; ao sistema respiratório; cardiovascular; renal, endócrino e metabólico e ao risco de morte (PRAZERES LEN, et al., 2021).

Outra revisão destacou os diagnósticos de enfermagem padrão ineficaz de alimentação do lactente; integridade da pele prejudicada; risco de infecção; padrão respiratório ineficaz; troca de gases prejudicada e desobstrução ineficaz das vias aéreas. Ou seja, os principais diagnósticos estão atrelados às necessidades de nutrição, respiração e proteção alteradas (NASCIMENTO RTA, et al., 2021).

Já a prescrição de enfermagem tem o intuito de colocar em prática os cuidados planejados. Para os neonatos, deve ser elaborada de forma minuciosa, levando em consideração as peculiaridades dos pacientes. Vale ressaltar que diagnóstico e intervenções de enfermagem estão interligados. Ou seja, perante o raciocínio clínico e pensamento crítico, os diagnósticos de enfermagem resultarão em decisões assertivas e intervenções baseadas nesses diagnósticos e avaliação contínua. Desta forma, as etapas do PE se sobrepõem num processo cíclico, contínuo, integrado e de complementaridade, resultando na operacionalização da assistência. Ademais, esse caráter interligado do PE permite uma prática organizada, integral, humanizada, dinâmica e sistematizada (ROCHA F, 2019; ROSA, et al., 2021; TOLARI VA, 2019).

No presente estudo, dentre os 23 diagnósticos de enfermagem, foram propostos quatro diagnósticos relacionados à nutrição; nove relacionados à pele; cinco ao sistema respiratório; dois associados à segurança e três relacionados a fatores psicossociais, psicomotores e conforto. Desses diagnósticos, nove estão atrelados a riscos. Essa análise é primordial para o planejamento de intervenções de enfermagem e ações educativas e de melhorias. Nesse sentido, pontua-se que os 32 cuidados de enfermagem elencados, estão principalmente voltados à monitorização das condições vitais e evolução clínica do RN, e sobretudo, à proteção desses neonatos, bem como à prevenção de infecções e riscos.

Batista CDM, et al. (2019) também destacam que, diante de uma grande variedade de intervenções de enfermagem, inclusive com nomenclaturas diferentes para uma mesma finalidade, os protocolos clínicos também ganham importância a fim de garantir um cuidado integral, científico, humanizado e qualificado. A construção desse material reforça a importância de basear os cuidados de enfermagem em evidências,

inserindo no serviço todas as etapas do processo de enfermagem, para que haja uma melhora na assistência e padronização dos cuidados (ROSA VCS, et al., 2021).

Outrossim, ressalta-se o papel da educação continuada como instrumento relevante nesse processo para melhorar as práticas de valorização e sensibilização do uso dessa metodologia na assistência. É fundamental que os enfermeiros compreendam a importância da SAE e do PE como alicerces do trabalho em enfermagem, bem como a autonomia deste profissional junto à equipe multidisciplinar em saúde, fortalecendo uma relação de confiança e atendendo às necessidades dos pacientes (FARUCH SB, et al., 2021).

A partir da elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem, foi possível adquirir conhecimento acerca do tema, reafirmar a importância de instrumentos padronizados para registro das etapas do PE e aprimorar a organização do processo de trabalho. Esse plano de ação buscou promover uma assistência mais qualificada, pautada em evidências científicas. Como limitação deste estudo, aponta-se a necessidade de validação de conteúdo e clínica dos instrumentos propostos, a fim de ampliar os olhares para outros contextos da prática. Quanto às contribuições para a prática, destaca-se que os diagnósticos, resultados esperados e ações de Enfermagem são decorrentes de uma vivência durante estágio curricular obrigatório. Essa atividade contribuiu de maneira positiva no processo de aprendizagem das alunas, pois, possibilitou colocar em prática o conteúdo aprendido ao longo do curso de graduação. Além disso, espera-se que os instrumentos construídos sejam implantados na rotina do setor e que sirva de apoio para outras instituições, sendo adaptados a cada realidade.

REFERÊNCIAS

1. AGYEMAN-YEBOAH J, et al. Factors that influence the clinical utilization of the nursing process at a hospital in Accra, Ghana. *BMC Nurs.*, 2017; 16(30): 1-7.
2. ARAÚJO J, et al. Aplicativo móvel para o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm.*, 2019; 28: e20180210.
3. AZEVEDO OA, et al. Documentation of the nursing process in public health institutions. *Rev Esc Enferm USP*, 2019; 53: e03471.
4. BARAKI K, et al. A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. *BMC Nurs.*, 2017; 16(54): 1-9.
5. BARRA DCC, DAL SASSO GTM. The nursing process according to the international classification for nursing practice: an integrative review. *Texto Contexto Enferm.*, 2012; 21(2): 440-7.
6. BATISTA CDM, et al. Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; (35): e1593.
7. BUTCHER HK, et al. *Nursing Interventions Classification - NIC*. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019; 512p.
8. CASTRO ACO, et al. A. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2017; 7: e1159.
9. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html. Acessado em: 26 de setembro de 2022.
10. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG). Diagnóstico administrativo/situacional de enfermagem/saúde: subsídios para elaboração. Belo Horizonte: Coren-MG, 2010, 15p.
11. CRUZ DALM, et al. Nursing process documentation: rationale and methods of analytical study. *Rev Bras Enferm.*, 2016; 69(1): 183-9.
12. FARUCH SB, et al. Avaliação da implementação do processo de enfermagem em um hospital universitário. *Enferm. Foco*, 2021; 12(5): 964-69.

13. HERDMAN TH, et al. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021–2023. 12 ed. Nova York: Thieme, 2021; 592p.
14. HUITZI-EGILEGOR JX, et al. The use of the nursing process in Spain as compared to the United States and Canada. *Int J Nurs Knowl.*, 2018; 29(3): 171-5.
15. LEVINE MS. The conservation principles of nursing: twenty years later. In.: RIEHL-SISCA JP, et al. *Conceptual models for nursing practice*. 3 ed. New York: Appleton & Lange, 1989; 325-37.
16. MOREIRA VM, et al. Sistematização da assistência da enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal visando práticas humanizadas. *Brazilian Journal of Health Review*, 2022; 5(4): 12261-73.
17. NASCIMENTO RTA, et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm Bras.*, 2021; 20(6): 790-806.
18. PRAZERES LEN, et al. Atuação do enfermeiro nos cuidados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 2021; 10(6): e1910614588.
19. REIS GS, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 2016; 61(3): 128-32.
20. ROCHA F. Aplicativo móvel para uso do enfermeiro na avaliação clínica do neonato em Unidade de Terapia Intensiva. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019, 130p.
21. ROSA VCS, et al. A percepção do enfermeiro sobre a qualidade da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade intensiva neonatal. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(6): 56337-41.
22. SILVA J, et al. Etapas do processo de enfermagem. *Revista Saúde em foco*, 2017; 9: 594-603.
23. TANNURE MC, PINHEIRO AM. *SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019; 340p.
24. TOLARI VA. Aplicativo-guia para manutenção do potencial doador pediátrico. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019, 120p.
25. YA-YA W, et al. Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: an integrative literature review. *Int J Nurs Sci.*, 2018; 5(1): 81-8.