



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA - UNIPAMPA
CAMPUS URUGUAIANA**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL
EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

**CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO PARA UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS**

DEISY MELLO DE PINTO

**Uruguaiana - RS
2016**

Deisy Mello de Pinto

**CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO PARA UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Integrada Multiprofissional em Urgência e
de Federal do Pampa (UNIPAMPA), como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Urgência e Emergência.

Orientadora: Prof. Dra. Anali Martegani
Ferreira

Uruguaiana - RS
2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

P627c Pinto, Deisy Mello
CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO PARA UM INSTRUMENTO DE COLETA DE
DADOS PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS / Deisy Mello Pinto.

73 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) --
Universidade Federal do Pampa, RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, 2016.

"Orientação: Anali Martegani F".

1. Roteiro. 2. Instrumento de coleta de dados. 3. Avaliação
clínica. 4. Pacientes pediátricos. I. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA - UNIPAMPA
CAMPUS URUGUAIANA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA

Trabalho de conclusão de Residência intitulado: "CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO PARA UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS" de autoria da residente Deisy Mello de Pinto, avaliada pela banca examinadora constituída por:



Prof. Dr. Anali Martegani Ferreira- Orientadora



Prof. Dr. Michele Bulhões de Souza- UNIPAMPA (Titular)

Enfermeira Cristiane Werner - Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguiana
(Titular)



Prof. Dr. Joceline Businello - UNIPAMPA (Suplente)

SUMÁRIO

Folha de apresentação	1
Artigo Científico	2
ANEXO I - Normas da revista de enfermagem da UFSM	18
ANEXO II- Instrumento de coleta de dados para neonatos e crianças hospitalizadas.....	20
APÊNDICE I- Roteiro para o instrumento de coleta de dados	25
APÊNDICE II- Referências do roteiro de coleta de dados	64

FOLHA DE APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência, intitulado **“CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO PARA UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS”** aqui apresentado no formato de artigo científico, seguirá as normas da “Revista de Enfermagem da UFSM” (Anexo I).

CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO PARA UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

RESUMO

Objetivo: Este trabalho apresenta como objetivo a construção de um roteiro conceitual para utilização de um instrumento de coleta de dados para avaliação clínica de pacientes pediátricos. **Método:** Análise de conceito do modelo de Walker e Avant. Para a busca das evidências na literatura foi utilizada a modalidade narrativa, incluindo as bases LILACS, MEDLINE, PubMed, SciELO, busca no Serviço Online e Software do Google e livros científicos impressos. **Resultados:** Foram conceituadas 454 variáveis (fenômenos) de enfermagem contidas no instrumento de coleta de dados, divididas em dados de identificação, anamnese e exame físico. **Considerações finais:** A análise do uso dos conceitos possibilitou clarificar as variáveis a serem avaliadas pelos enfermeiros na prática clínica, subsidiando a implementação das etapas do processo de enfermagem. Sugere-se a continuidade deste, por meio da validação clínica e conceitual do instrumento e do roteiro, construído com foco na qualificação da assistência de enfermagem em neonatologia e pediatria.

Descritores: Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Coleta de dados; Neonatologia; Pediatria; Criança.

INTRODUÇÃO

O cuidado a criança hospitalizada exige atenção especializada de enfermagem, devido suas especificidades e demandas de cuidados⁽¹⁾. Para tanto, é necessário que a equipe de enfermagem identifique as disfunções apresentadas por esses pacientes. Desse modo, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) tornam-se importantes ferramentas para qualificação da atenção prestada.

A SAE é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado⁽²⁾.

O PE é considerado a base de sustentação da SAE, sendo definido como um método para identificar problemas e demandas de cuidado, possibilitando o enfermeiro avaliar a atenção ofertada à criança durante a prática assistencial. É constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação dessas ações^(3,4,5).

As fases do PE, as quais são coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação se relacionam e dependem uma da outra, sendo inseparáveis dentro de um contexto prático⁽³⁾. A coleta de dados constitui a primeira etapa do PE, buscando informações referentes ao estado de saúde da criança, da família e da comunidade, e tem como propósito identificar as necessidades de cuidado e as reações humanas. Quanto mais consistentes e confiáveis forem esses dados, mais fácil será estabelecer o diagnóstico e as etapas subsequentes do PE⁽³⁾.

Ainda a coleta de dados é composta por duas etapas, Anamnese e o Exame Físico. A Anamnese corresponde aos dados subjetivos, ou seja, é o que a pessoa informa ou afirma e o Exame Físico corresponde aos dados objetivos, os quais se referem a informações que emergem a partir da avaliação clínica realizada pelo enfermeiro⁽⁴⁾.

É importante ressaltar que a eficácia do PE depende de uma avaliação clínica rigorosa e bem estabelecida pelo enfermeiro. Dessa forma, incorporar o PE é uma forma de qualificar a assistência de enfermagem, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo e com qualidade para a criança e sua família.

A motivação para este estudo emergiu a partir da atuação de uma das pesquisadoras enquanto enfermeira residente na área de Urgência e Emergência, no cenário de prática de uma unidade pediátrica. Nessa unidade observa-se desafios para implementação do cuidado do enfermeiro de forma sistematizada, onde se desenvolva todas as etapas do PE, conforme previsto pela Resolução Nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem⁽⁵⁾.

Outro aspecto importante refere-se à área pediátrica ter disponível um instrumento de coleta de dados para pacientes neonatos e pediátricos, o qual não está implementado na prática clínica. Todavia, ao buscar sua implementação deparou-se com desafios relacionados à compreensão semântica dos termos e conceitos diagnósticos de enfermagem.

Contudo, justifica-se a realização de um roteiro de coleta de dados para subsidiar a compreensão conceitual dos itens que compõem o instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes pediátricos.

Nesse sentido, esse projeto de extensão tem como objetivo construir um roteiro conceitual para utilização de um instrumento de coleta de dados para

avaliação de pacientes pediátricos.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma análise de conceito do modelo de Walker e Avant⁽⁶⁾.

Análise de conceito

A análise de conceito engloba revisão da literatura e a construção do conhecimento sobre uma determinada temática em estudo. O modelo de Walker e Avant⁽⁶⁾ tem referência direta com a enfermagem e, mais especificamente, com os sistemas de classificação da linguagem da enfermagem. A análise de conceito pode ser utilizada quando os conceitos identificados exigirem esclarecimento ou maior desenvolvimento seja para a pesquisa, teoria ou prática⁽⁷⁾.

Nesse estudo a análise de conceito foi realizada para subsidiar busca de evidências na literatura sobre possíveis usos dos conceitos dos fenômenos de enfermagem constantes em um instrumento de coleta de dados para neonatos e crianças hospitalizadas (Anexo II). Para auxiliar sua execução foi realizada uma pesquisa bibliográfica por meio da revisão narrativa de literatura⁽⁸⁾.

O modelo de análise de conceito modelo de Walker e Avant⁽⁶⁾ apresenta oito etapas, as quais são 1) Seleção dos conceitos; 2) Determinar os objetivos da análise; 3) Identificar os possíveis usos do conceito; 4) Determinar os atributos críticos ou essenciais; 5) Apresentação dos resultados; 6) Identificar casos limítrofes, relacionados, contrários, inventados e ilegítimos; 7) Identificar antecedentes e consequências; 8) Definir as referências empíricas.

As etapas 1, 2 e 3 foram descritas juntamente com as etapas 1 e 2 da revisão narrativa de literatura, pois se equivalem e ocorrem concomitantemente.

A etapa 4 Determinação dos atributos críticos ou essenciais - para identificação dos conceitos dos fenômenos de enfermagem foi realizada leitura profunda e detalhada dos estudos selecionados. Para a identificação dos conceitos, descritos na literatura, foram elaboradas as seguintes questões: Como esse conceito é definido na literatura?

As etapas 5, 6, 7 e 8 não foram realizadas, pois não foram necessárias para atingir o objetivo do estudo.

Revisão narrativa da literatura

De acordo com a terceira etapa do modelo de Walker e Avant⁽⁶⁾, a revisão da literatura deve ser ampla e abrangente. Considerando que algumas etapas do modelo de análise de conceito são equivalentes e ocorrem paralelas ou anterior as etapas da revisão integrativa, como as etapas *seleção do conceito*, *determinação dos objetivos* e *identificação dos possíveis usos dos conceitos*, assim a descrição dessas três etapas da análise de conceito foi realizada concomitante as da revisão narrativa.

1. Identificação da questão de pesquisa/seleção do conceito/determinação dos objetivos da análise: identificaram-se os conceitos que nomeiam os fenômenos de enfermagem descritos no instrumento e sua descrição na literatura, visando dar clareza e definição conceitual. Assim elaborou-se a seguinte questão norteadora: Quais são as definições conceituais para as variáveis incluídas no instrumento em estudo?

2. Busca na literatura/identificação dos possíveis usos dos conceitos: a revisão narrativa permitiu a identificação dos conceitos que nomeiam fenômenos de enfermagem, por meio da utilização de documentos científicos, tais como textos, capítulos de livros e teses, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas da área em estudo, para interpretação, análise crítica do estudo, bem como para descrever e discutir o desenvolvimento do tema em estudo, sob ponto de vista teórico ou contextual⁽⁸⁾. Essa categoria tem papel fundamental para a educação continuada educação permanente, pois permitem aquisição de conhecimentos, embora não permita sua reprodução de dados quantitativas para questões específicas.

Foram utilizados descritores em ciências da saúde (DECS) e palavras-chave. Os DECS foram Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Coleta de dados, Neonatologia, Pediatria e Criança; e palavras-chave que referem-se a especificidade de cada variável que compõem as partes do instrumento (anamnese e exame físico). A pesquisa bibliográfica foi realizada via eletrônica e manual. Pesquisaram-se as bases de dados: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), busca no Serviço Online e Software do Google e livros científicos impressos. Foram incluídas as referências que abordaram conceitos dos fenômenos (variáveis) em estudo.

3. Avaliação dos dados: para avaliação dos estudos foi realizada leitura inicial do título e do resumo; e ao evidenciar a possibilidade de identificação dos conceitos que nomeiam fenômenos de enfermagem, realizou-se uma segunda e

terceira leituras dos materiais para confirmar se refletiam o uso dos conceitos em estudo.

4. Análise dos dados: baseou-se análise crítica das evidências conceituais descritas na literatura científica, que refletiam os conceitos que nomeiam os fenômenos em estudo, conforme Walker e Avant⁽⁶⁾.

O instrumento de coleta de dados para avaliação clínica foi construído previamente para coleta de dados de pacientes neonatos e pediátricos. Este não foi submetido à validação clínica, pois as enfermeiras da área apontaram a necessidade de esclarecer suas variáveis. Assim, este estudo buscou esclarecer os possíveis usos dos conceitos (fenômenos de enfermagem) para avaliação de crianças em neonatologia e pediatria.

O instrumento de coleta de dados em estudo foi organizado por uma estudante bolsista, uma enfermeira da unidade de terapia intensiva neonatal preceptora e uma docente, tutora do Programa PET Saúde Redes de Atenção - SOS Urgência e Emergência, no período de 2013 a 2014, identificados a partir da vivência acadêmica no cuidado a crianças hospitalizadas em uma instituição hospitalar da fronteira oeste do RS. Instituição esta coparticipante neste estudo e na qual uma das pesquisadoras é enfermeira residente na área de Urgência e Emergência.

Este instrumento apresenta-se dividido em três partes, dados de identificação, anamnese e exame físico, seguindo modelo validado em estudo conduzido por Ferreira⁽⁹⁾ na mesma instituição. Têm como foco a avaliação clínica, identificação dos problemas de saúde, processos vitais reais ou potenciais (diagnósticos de enfermagem)⁽¹⁰⁾.

Considerando sua importância para avaliação clínica por enfermeiros, este estudo buscou a construção de um roteiro para clarificar os possíveis usos dos conceitos que compõe esse instrumento de coleta de dados.

Aspectos Éticos

O projeto de extensão foi registrado na Plataforma 10.268.16 da Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA.

Os dados conceituais utilizados foram referenciados de forma a proteger os direitos autorais, conforme a lei N.º 9.610/1998⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados a seguir. O roteiro construído (Apêndice I) segue a organização do instrumento ao qual buscou definir o uso dos conceitos de enfermagem. Desse modo apresenta-se a discussão dos itens do roteiro dividido em dados de identificação, anamnese e exame físico. Para contemplar as definições dos usos dos conceitos das variáveis em estudo, a pesquisa bibliográfica foi composta por 68 bibliografias disponíveis online e impressas. Na base de dados LILACS foram utilizados 16 artigos, na PubMed 02 artigos, na SciELO 09 artigos; na busca livre nos Serviços Online e Software do Google foram utilizados 18 estudos; e 23 livros científicos impressos da área em estudo (Apêndice II).

Foram conceituadas 15 variáveis referentes aos dados de identificação da mãe e do neonato ou criança; 20 variáveis da anamnese, dessas, 06 referem-se à história de saúde da mãe e 14 variáveis relacionadas aos dados específicos do

neonato ou criança; e após retiradas as variáveis repetidas foram conceituadas o total de 419 variáveis referentes ao exame físico, incluindo nove domínios (D), classes, perguntas que direcionam para evidências diagnósticas, diagnósticos de enfermagem (DE), características definidoras (CD) e fatores relacionados (FR).

Em relação às variáveis referentes aos dados de identificação da mãe, o instrumento apresenta a variável *procedência*, que se refere à proveniência ou origem⁽¹²⁾. Estudos apontam para importância de além dessa variável, incluir-se a variável *naturalidade*, como pode ser observado em outros instrumentos de coleta de dados^(13,14,15,9), uma vez que o entendimento do enfermeiro pode estar relacionado com o local de onde a mãe estava anteriormente à unidade pediátrica ou local de nascimento.

As variáveis referentes ao histórico da mãe são fundamentais a serem avaliadas, pois apontam diretamente para as condições de saúde da criança (*realização do pré-natal, quantidade de consultas do pré-natal*), as quais visam identificar e implementar ações para minimizar possíveis problemas de saúde que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou do neonato e criança, bem como garantir a qualidade dos cuidados pré-natais ofertados a família⁽¹⁶⁾.

Dentre dos dados de anamnese do neonato e criança, estudo aponta para importância de avaliar também variáveis sobre o histórico pregresso, como histórico de doenças crônicas, cirurgias e hospitalizações⁽¹⁷⁾. Assim sugere-se a inclusão dessas variáveis em estudo para validação do instrumento e desse roteiro.

A variável *Idade gestacional* foi conceituada considerando-se que o período de RN a termo é de 37 semanas completas até menos de 42 semanas completas⁽¹⁸⁾. Esta classificação também é utilizada na instituição coparticipante deste estudo. Todavia, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), em 2013

redefiniu o início da gestação a termo, sendo o período que vai de 39 semanas a 40 semanas e 6 dias, baseados em pesquisas que apontaram a incidência recorrente de problemas específicos em grupos de neonatos com idade gestacional inferior a 39 semanas. Entre 37 e 39 semanas, o bebê atravessa uma fase crítica de desenvolvimento do cérebro, dos pulmões e do fígado, alerta o Instituto Nacional (norte-americano) de Saúde da Criança e Desenvolvimento Humano (NICHD)⁽¹⁸⁾. Foi mantido o conceito utilizado na unidade hospitalar da qual a enfermeira residente realiza prática (instituição coparticipante), pois o conceito atual ainda não está em consenso nessa unidade.

A coleta de dados referente ao exame físico está organizada conforme a Taxonomia da II NANDA-I⁽¹⁰⁾, incluindo domínios, classes e DE. No roteiro em estudo, identificou-se a conceitos de variáveis do exame físico, contemplando os domínios D1-Promoção da saúde, D2-Nutrição, D3-Eliminação e troca e D4-Atividade e repouso.

No domínio D1-Promoção da saúde, foram conceituadas 15 variáveis, as quais se referem aos DE, FR e CD. Esse domínio refere-se à motivação e desejo da pessoa, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e o potencial de saúde da criança⁽¹⁰⁾. Esse conceito sustenta-se no objetivo principal abordado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, na qual declara que a promoção e a proteção da saúde da criança deve ser priorizada mediante atenção e cuidados integrados e integrais, principalmente na população pediátrica até 09 anos de idade⁽²⁰⁾. Refletindo esse objetivo, observa-se a presença do DE Proteção Ineficaz, o qual pode ser relacionado à presença de determinantes das situações que demandam atenção à saúde de saúde, tais como distúrbios imunológicos, perfis

sanguíneos anormais e terapia com medicamentos apontados no instrumento e conceituados neste roteiro⁽¹⁰⁾.

No D2- domínio Nutrição foram conceituadas 89 variáveis. Esse domínio aponta, na avaliação de neonatos e crianças, necessidade e condições de ingestão e uso de nutrientes para manter e reparar tecidos e produzir energia^(1,10). Desse modo, a partir da confirmação do uso dos conceitos dessas variáveis, os DE presentes nesse domínio (Padrão ineficaz de alimentação do lactente, Risco de glicemia instável, Icterícia neonatal, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Volume de líquido deficiente, Volume de líquidos excessivos) são fundamentais para avaliação sobre as condições e exigências nutricionais para o crescimento e desenvolvimento da criança ou neonato^(1,21,22).

No domínio D3- Eliminação e troca foram identificados o uso dos conceitos para os DE Eliminação urinária prejudicada, Constipação, Diarreia, Troca de gases prejudicada, os quais refletem demandas de cuidados relacionados a função urinária e gastrointestinal^(23,21,22,24,25,26).

Na literatura, estudos apontam para ausência de divergência desses conceitos^(1,30). Todavia, identificou-se no uso específico dos conceitos das variáveis das perguntas que direcionam para evidências diagnósticas, equívoco relacionado ao local de descrição destas. Assim ao refinar esses conceitos confirma-se que as variáveis *ileostomia* e *colostomia*, devem ser alocadas para função gastrintestinal. Sugere-se ser acrescentado na função urinária, a variável *cistostomia* (inserção de cateter diretamente na bexiga através de punção ou incisão suprapúbica, para desviar o fluxo da urina da uretra temporariamente, quando a via uretral é invulnerável, por ocorrência de lesões, estenoses ou procedimentos cirúrgicos)⁽³⁰⁾.

No Domínio D4- Atividade e repouso realizou-se a identificação do uso dos conceitos dos Des Débito cardíaco diminuído, Padrão respiratório ineficaz, Perfusão Tissular periférica ineficaz, resposta disfuncional ao desmame ventilatório, Ventilação espontânea prejudicada, e suas CDs, FRs⁽¹⁰⁾, bem como das questões que direcionam para evidências diagnósticas. Esses DEs foram identificados em outros estudos realizados em pediatria^(21,22,24,25). Esse domínio aponta variáveis para avaliação específica das respostas cardiovasculares e pulmonares para neonatos e crianças, as quais refletem demandas de cuidados de enfermagem específicas. Dentre as variáveis conceituadas observou-se a necessidade de explorar os modos ventilatórios abordados, em função das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros durante a avaliação clínica. Assim, clarificar o uso dos conceitos relacionados a modalidades de ventilação mecânica apontam para importância de reorganizar as variáveis relacionadas ao modo ventilatório e associá-las as suas especificidades (pressão e volume). Para as demais variáveis identificou-se o uso dos conceitos descritos na literatura científica, estando em consenso^(21,24,1).

Analisando o uso dos conceitos da totalidade de domínios da classificação da NANDA-I e os constantes no instrumento no qual se baseou este estudo, percebe-se a importância da inclusão do D-13 Crescimento e desenvolvimento (aumentos adequados à idade nas dimensões físicas, amadurecimento de sistemas e órgãos e/ou progresso ao longo dos marcos do desenvolvimento), onde se incluem dois DE (Risco de crescimento desproporcional e Risco desenvolvimento atrasado). Observa-se sua potencialidade para avaliação de demandas de saúde, uma vez que refere-se a alterações específicas nas faixas etárias, dentre as quais se destaca a avaliação do neonato e criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar o uso dos conceitos que nomeiam os fenômenos (variáveis) de enfermagem a partir da construção de um roteiro. Nos dados de identificação foram conceituados 15 variáveis, na anamnese 20 variáveis e referentes ao exame físico o total de 419 variáveis.

A análise do uso dos conceitos possibilitou clarificar as variáveis a serem avaliadas pelos enfermeiros na prática clínica, subsidiando a implementação das etapas do PE, mostrando-se primordial para a valorização do trabalho do enfermeiro e qualidade do cuidado a ser implementado.

A construção desse roteiro permite subsidiar e instrumentalizar os enfermeiros que atuam no cuidado a neonatos e crianças à realização da primeira etapa do PE, possibilitando a compreensão do uso dos conceitos científicos utilizados para descrever os fenômenos de enfermagem, promovendo a comunicação por meio de uma linguagem de enfermagem, e ao mesmo tempo, integrando o conhecimento científico teórico e prático da profissão.

Observa-se como limitação para a realização desse estudo, a dificuldade para identificar o uso dos conceitos na literatura, visto que há vários estudos referentes a instrumentos para avaliação clínica, mas poucos que clarifiquem os conceitos das variáveis (fenômenos).

Sugere-se que a continuidade deste estudo possa ser realizada, por meio da validação clínica e conceitual do instrumento em estudo e do roteiro construído com foco na qualificação da assistência de enfermagem em neonatologia e pediatria na instituição coparticipante e para profissionais que atuam na área da infância.

REFERÊNCIAS

1. Hockenberry MJ, Wilson D, editores. Wong, fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
2. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: Anais do 52o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Associação Brasileira de Enfermagem; 2000.
3. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2010.
4. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Resolução 358/2009 do Conselho do Federal de Enfermagem, 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, 2009.
6. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 4th ed. Pearson Prentice Hall; Upper Saddle River, NJ: 2005.
7. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas da enfermagem. 2ªed. Porto Alegre: Artemed, 2009.
8. Rother ET. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa (editorial). Acta Paul Enferm 2007; 20 (2):vi.
9. Ferreira AM. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para avaliação clínica de pacientes em terapia intensiva. São Paulo, 2015. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
10. Herdman TH, Kamitsuru S, organizadoras. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.
11. Brasil. LEI Nº 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998. Regula os direitos autorais.
12. Ferreira, ABH. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010.
13. Lima NDC, Silva VM, Beltrão BA. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de DADOS EM UNIDADE NEONATAL. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 97-106, jul./set.2009.

14. Barros, ALBLB. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
15. Neto JMR, Fontes WD, Nóbrega MML. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. RevBrasEnferm, Brasília, julho; 66(4): 535-42, 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
17. Marques, DKA. Construção e validação de um instrumento para implementação do processo de enfermagem em escolares hospitalizados. João Pessoa. 2015 Tese (Doutorado) UFPB/CCS
18. Rodrigues YT, Rodrigues PPB. Semiologia pediátrica. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
19. Conselho Federal de Medicina(CFM). Define critérios para realização de parto cesariano. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26247:2016-06-20-16-06-10&catid=3>. Acesso em: 14nov. 2016.
20. Brasil. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/agosto2015/dia06/portaria1130.pdf>>. Acesso em out 2016.
21. Oliveira ALG. Manual de orientação sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem para a clientela pediátrica. / André Luiz Gomes de Oliveira. - Niterói: [s.n.], 2015.
22. Silva VG, Pereira JM, Figueiredo LS, Guimarães TC, Cavalcanti AC. Diagnósticos de Enfermagem em crianças com cardiopatias congênitas: mapeamento cruzado. Acta Paul Enferm; 28(6):524-30, 2015.
23. Miranda FR, Lourenço Junior L, Miotto Junior A, Napoleão AA. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada em lactentes: revisão integrativa. REME rev. min. Enferm. 2013; 17(3): 720-725.
24. Santiago JMV. Diagnósticos de enfermagem respiratórios em crianças com cardiopatias congênitas em evolução pós operatória. Ceará, 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Ceará.

25. Andrade LZC, Silva VMM, Lopes VO, Chaves DBR, Távora RCO. Desobstrução ineficaz de vias aéreas: prevalência e espectro de seus indicadores clínicos. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(4):319-25.
26. Pascoal LM, Lopes MVO, Chaves DBR, Beltrão BA, SilvaVM. Troca de gases prejudicada: acurácia das características definidoras em crianças com infecção respiratória aguda. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* maio-jun. 2015;23(3):491-9.
27. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ANEXO I - NORMAS DA REVISTA DE ENFERMAGEM DA UFSM

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

TÍTULOS

Título do artigo (inédito, conciso em até 15 palavras, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações) somente no idioma do artigo. Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página. Essa indicação deverá ser informada somente na última versão do manuscrito, evitando a identificação da autoria.

Título de seção primária e resumo - maiúsculas e negrito. Ex.: TÍTULO; RESUMO; RESULTADOS.

Título de seção secundária - minúsculas e negrito. Ex.: Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

RESUMO

Conciso, em até 150 palavras apenas no idioma do manuscrito, elaborado em parágrafo único. Deve ser estruturado separado nos itens: objetivo, método, resultados e considerações finais ou conclusões (todos em negrito). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem.

DESCRITORES

Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt>), somente no idioma do artigo. Cada descritor utilizado será apresentado com a primeira letra maiúscula, sendo separados por ponto e vírgula(;).

Não usar o termo "palavras-chave", e sim "descritores".

INTRODUÇÃO

Deve ser breve, apresentar a revisão da literatura (pertinente e relevante), justificativa, questão de pesquisa e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os objetivos, que devem ser idênticos aos apresentados no resumo, devem estar alocados no último parágrafo da introdução e devem ser iniciados por verbo no infinitivo.

MÉTODO

Indicar os métodos empregados, a população e o cenário estudados, a fonte de dados, os critérios de seleção e o período de coleta dos dados. As informações devem ser descritas de forma objetiva e completa.

Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Os preceitos éticos que envolvem pesquisas com animais também deverão ser respeitados. Para os artigos oriundos de outros países os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008). Deverá ser observado o atendimento à legislação específicas do país que a pesquisa foi realizada.

Para todos os tipos de estudos, usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQIRE 2.0 - checklist).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados nas pesquisas qualitativas, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Sugere-se a utilização de referências majoritariamente de artigos e publicadas nos últimos cinco anos.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para a prática e novas pesquisas.

CITAÇÕES

Utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem espaço e sem mencionar o nome dos autores.

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que... 1-4

Citações intercaladas - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que... 1,4,5

Transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta) - devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, até três linhas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação do número correspondente ao autor e à página, em sobrescrito. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] quando impossibilitado de se autocuidar".5:27

Depoimentos: na transcrição de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses e após o ponto. As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

REFERÊNCIAS

A REUFSM adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Na lista de referências, as referências devem ser **numeradas consecutivamente**, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Portanto, devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o **Estilo Vancouver**.

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

- Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula. Quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "*et al*".

- **Os títulos de periódicos** devem ser referidos abreviados, de acordo com o *Index Medicus*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

- Com relação à **abreviatura dos meses dos periódicos** - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o *Estilo Vancouver*.

- Alguns periódicos, como no caso da REUFSM, só possuem publicação online, sendo necessário que sua referência seja sempre organizada conforme exemplo de "**Artigo de revista em formato eletrônico**".

ANEXO II

Instrumento de coleta de dados para neonatos e crianças hospitalizadas.

--	--

	Leito:	Cartão Nacional de Saúde:
--	--------	---------------------------

ANAMNESE

Dados de Identificação da Mãe

Nome da mãe:		Idade:
Endereço:		Estado Civil:
Procedência:	Profissão:	Religião:
Escolaridade:	Telefone:	
Realizado pré-natal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qtd de consulta pré-natal:	
Grupo Sanguíneo da mãe: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Fator Rh da mãe: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
Intercorrências durante a gravidez: _____		
Local de internação: <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> UTI: Motivo: _____		
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
Observação:		

Dados de Identificação do Paciente

Nome:	Data de admissão: ____/____/____	Hora: ____:____
Procedência: <input type="checkbox"/> Berçário <input type="checkbox"/> Bloco cirúrgico <input type="checkbox"/> Pronto socorro <input type="checkbox"/> Outro Município		
Qual: _____		
Transporte: <input type="checkbox"/> Incubadora portátil <input type="checkbox"/> Outro Qual: _____		
DN: ____/____/____	Hora: ____:____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Eutócito <input type="checkbox"/> Cirúrgico		
Score Apgar 1° minuto: _____	Apgar 5° minuto: _____	Idade gestacional: _____
Grupo Sanguíneo do RN: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Fator Rh do RN: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
Dados Antropométricos: Peso: _____ kg Estatura: _____ cm PC: _____ cm PT: _____ cm PA: _____ cm		
Motivo da internação: _____		
Observação:		

EXAME FÍSICO

DOMÍNIO 1: PROMOÇÃO DA SAÚDE

Classe 2: Controle da saúde

CD: <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Alteração da coagulação <input type="checkbox"/> Deficiência da imunidade	Diagnósticos de Enfermagem <input type="checkbox"/> Proteção Ineficaz
---	---

FR: <input type="checkbox"/> Distúrbios imunológicos <input type="checkbox"/> Perfis sanguíneos anormais <input type="checkbox"/> Terapias com medicamentos: <input type="checkbox"/> corticosteróides <input type="checkbox"/> imunossopressores <input type="checkbox"/> anticoagulantes <input type="checkbox"/> trombolíticos	
Observação:	

DOMÍNIO 2: NUTRIÇÃO	
Classe 1: Ingestão	
Dieta: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim: <input type="checkbox"/> Via: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> gastrostomia	
Resíduo Gástrico: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim: Características: _____	
Regurgitação: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim: Características: _____	
Broncoaspiração: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim: Características: _____	
Tipo de leite: <input type="checkbox"/> Leite materno (LM) <input type="checkbox"/> Leite humano pasteurizado (LHP) <input type="checkbox"/> Colostro humano pasteurizado (CHL) <input type="checkbox"/> Pré-NAN <input type="checkbox"/> NAN 1	
Reflexo de sucção: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Reflexo de deglutição: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
CD: <input type="checkbox"/> Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração <input type="checkbox"/> Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz <input type="checkbox"/> Incapacidade de sustentar uma sucção eficaz	<input type="checkbox"/> Padrão ineficaz de alimentação do lactente
FR: <input type="checkbox"/> Anomalia anatômica <input type="checkbox"/> Prejuízo neurológico <input type="checkbox"/> Prematuridade	
Obs.:	
Classe 4: Metabolismo	
FR: <input type="checkbox"/> Bebê GIG <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Ingestão alimentar	<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável
CD: <input type="checkbox"/> Esclerótica amarelada <input type="checkbox"/> Hematomas e equimoses na pele <input type="checkbox"/> Mucosas amareladas <input type="checkbox"/> Pele amarelo-alaranjada <input type="checkbox"/> Perfil sanguíneo anormal	<input type="checkbox"/> Icterícia neonatal
FR: <input type="checkbox"/> Atraso na eliminação das fezes (mecônio) <input type="checkbox"/> Idade do neonato entre 1 a 7 dias <input type="checkbox"/> Padrão alimentar não está bem estabelecido <input type="checkbox"/> Perda de peso anormal <input type="checkbox"/> Prematuridade	
Obs.:	
Classe 5: Hidratação	
Aceso venoso: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim: Qual: <input type="checkbox"/> periférico <input type="checkbox"/> central: <input type="checkbox"/> mono-lúmen <input type="checkbox"/> duplo-lúmen <input type="checkbox"/> CCIP <input type="checkbox"/> Flebotomia <input type="checkbox"/> Cateter umbilical Local: _____	
Transfusão sanguínea: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
Fontanelas: <input type="checkbox"/> Bregmática: <input type="checkbox"/> normotensa <input type="checkbox"/> deprimida <input type="checkbox"/> abaulada <input type="checkbox"/> Lambdóide: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ausente	
Pele: <input type="checkbox"/> íntegra <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> icterícia <input type="checkbox"/> eritema <input type="checkbox"/> hematoma: Local? _____ <input type="checkbox"/> verniz caseoso <input type="checkbox"/> milium sebáceo <input type="checkbox"/> lanugem <input type="checkbox"/> mancha mongólica <input type="checkbox"/> hemangioma: Local? _____	
<input type="checkbox"/> edema: Local? _____	
Obs.:	
FR: <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio eletrolítico
CD: <input type="checkbox"/> Aumento da temperatura corporal <input type="checkbox"/> Aumento na concentração urinária <input type="checkbox"/> Diminuição da pressão sanguínea <input type="checkbox"/> Diminuição do débito urinário <input type="checkbox"/> Diminuição do enchimento venoso	<input type="checkbox"/> Volume de líquido deficiente
FR: <input type="checkbox"/> Falha dos mecanismos reguladores <input type="checkbox"/> Perda ativa de volume de líquido	
CD: <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Mudança no estado mental <input type="checkbox"/> Mudança na pressão arterial <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Eletrólitos alterados <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ruídos respiratórios adventícios <input type="checkbox"/> Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo
FR: <input type="checkbox"/> Ingesta excessiva de líquidos <input type="checkbox"/> Ingesta excessiva de sódio <input type="checkbox"/> Mecanismos reguladores comprometidos	
Observação:	

DOMÍNIO 3: ELIMINAÇÃO E TROCA	
Classe 1: Função urinária	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Características: _____	
Ostomias: <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> colostomia	
CD: <input type="checkbox"/> Frequência <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Nocturia <input type="checkbox"/> Retenção urinária	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada
FR: <input type="checkbox"/> Dano sensorio-motor <input type="checkbox"/> Infecção no trato urinário <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica	
Obs.:	
Classe 2: Função gastrointestinal	

Eliminação intestinal: <input type="radio"/> mecônio <input type="radio"/> fezes de transição <input type="radio"/> fezes lácteas <input type="radio"/> sangue	
Características: _____	
CD: <input type="checkbox"/> Abdome distendido <input type="checkbox"/> Eliminação involuntária de fezes líquidas <input type="checkbox"/> Fezes duras e formadas <input type="checkbox"/> Mudança nos ruídos abdominais: <input type="radio"/> hiperativos <input type="radio"/> Hipoativos	<input type="checkbox"/> Constipação
FR: <input type="checkbox"/> Farmacológicos <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Mudanças nos padrões alimentares	
CD: <input type="checkbox"/> Pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia <input type="checkbox"/> Ruídos intestinais hiperativos	<input type="checkbox"/> Diarreia
FR: <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Processos infecciosos <input type="checkbox"/> Alimentação por sonda <input type="checkbox"/> Efeitos adversos de medicamentos	
Classe 4: Função respiratória	
CD: <input type="checkbox"/> Batimento de asa de nariz <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Gases sanguíneos arteriais anormais <input type="checkbox"/> Hiperapnia ($\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$) <input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Hipoxia <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada
FR: <input type="checkbox"/> Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão <input type="checkbox"/> Mudanças na membrana alveolocapilar	
Observação: _____	

DOMÍNIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO

Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares

Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Frequência _____ bpm <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Irregular <input type="checkbox"/> Presença da 1ª e 2ª bulha (S_1 e S_2) <input type="checkbox"/> Sopros	
Saturação de O_2 : _____%	
Choque: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: <input type="radio"/> Vasogênico <input type="radio"/> Cardiogênico <input type="radio"/> Hipovolêmico	
Sepse: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Hipotensão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Asfixia perinatal: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Observações: _____	
CD: <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Presença de 3ª bulha (B3) <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Pele fria e pegajosa <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos diminuídos <input type="checkbox"/> Variações nas leituras de pressão arterial <input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído
FR: <input type="checkbox"/> Contratilidade alterada <input type="checkbox"/> Frequência cardíaca alterada <input type="checkbox"/> Pós-carga alterada <input type="checkbox"/> Pré-carga alterada <input type="checkbox"/> Ritmo alterado	
Ausculta pulmonar: <input type="checkbox"/> Murmúrios vesiculares <input type="checkbox"/> Ruídos adventícios: <input type="radio"/> Roncos <input type="radio"/> Sibilos <input type="radio"/> Estertores	
Local: <input type="checkbox"/> Ambos Hemitórax <input type="checkbox"/> Hemitórax Esquerdo <input type="checkbox"/> Hemitórax Direito	
Respiração: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Artificial	
<input type="radio"/> Óculos nasal _____ l/min <input type="radio"/> Máscara nasal _____ l/min <input type="radio"/> Campânula _____ l/min <input type="radio"/> CPAP nasal FiO_2 _____ <input type="radio"/> Tubo endotraqueal <input type="radio"/> Traqueostomia <input type="radio"/> Ventilação mecânica FiO_2 _____ PEEP _____ cmH_2O PIP _____ cmH_2O <input type="checkbox"/> Modo controlado <input type="checkbox"/> Modo assistido-controlado (A/C) <input type="checkbox"/> Ventilação mandatória intermitente (IMV) <input type="checkbox"/> Pressão de suporte <input type="checkbox"/> Pressão controlada <input type="checkbox"/> Volume controlado <input type="checkbox"/> Volume garantido (VG) <input type="checkbox"/> Pressão regulada com volume controlado (PRVC)	
CD: <input type="checkbox"/> Alterações na profundidade respiratória <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Respiração com lábios franzidos <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Uso da musculatura acessória para respirar	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz
FR: <input type="checkbox"/> Dano musculoesquelético <input type="checkbox"/> Dano neurológico <input type="checkbox"/> Disfunção neuromuscular <input type="checkbox"/> Hiperventilação	
CD: <input type="checkbox"/> Características da pele alteradas <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Função motora alterada <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Pulsos ausentes <input type="checkbox"/> Pulsos diminuídos	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular periférica ineficaz
FR: <input type="checkbox"/> Diabetes Melito <input type="checkbox"/> Hipertensão	
CD: <input type="checkbox"/> Aumento da frequência respiratória <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Aumento da frequência cardíaca <input type="checkbox"/> Aumento da pressão sanguínea <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Nível de consciência diminuído <input type="checkbox"/> Respiração descoordenada em relação ao ventilador <input type="checkbox"/> Ruídos adventícios na respiração <input type="checkbox"/> Uso total da musculatura acessória da respiração	<input type="checkbox"/> Resposta disfuncional ao desmame ventilatório
FR: <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ritmo impróprio na diminuição do suporte ventilatório	
CD: <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Frequência cardíaca aumentada <input type="checkbox"/> Inquietação aumentada <input type="checkbox"/> PCO_2 aumentada <input type="checkbox"/> PO_2 diminuída <input type="checkbox"/> SaO_2 diminuída	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada
Observação: _____	

DOMÍNIO 5: PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO

Classe 4: Cognição	
Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisóricas Reflexo à luz: <input type="checkbox"/> Fotoreagentes <input type="checkbox"/> Não reagentes Diâmetro pupilar: <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Mióticas Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Sedado Reflexos: <input type="checkbox"/> De Busca <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Deglutição <input type="checkbox"/> Preensão Palmar <input type="checkbox"/> Babinski <input type="checkbox"/> Cervical tônico <input type="checkbox"/> Moro Atividade motora: <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Convulsões	
CD: <input type="checkbox"/> Agitação aumentada <input type="checkbox"/> Flutuação na atividade psicomotora <input type="checkbox"/> Flutuação na cognição <input type="checkbox"/> Flutuação no nível de consciência	<input type="checkbox"/> Confusão aguda
FR: <input type="checkbox"/> Abuso de substâncias <input type="checkbox"/> Demência	
FR: <input type="checkbox"/> Anormalidades metabólicas: <input type="checkbox"/> azotemia <input type="checkbox"/> desequilíbrios eletrolíticos <input type="checkbox"/> desidratação <input type="checkbox"/> desnutrição <input type="checkbox"/> hemoglobina diminuída <input type="checkbox"/> ureia e creatinina aumentadas <input type="checkbox"/> Cognição prejudicada <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> Risco de confusão aguda
Observação:	

DOMÍNIO 7: PAPÉIS E RELACIONAMENTOS	
Classe 1: Papéis do cuidador	
CD: <input type="checkbox"/> Ausência de ganho de peso do neonato <input type="checkbox"/> Incapacidade do neonato de apreender a região areolo-mamilar corretamente <input type="checkbox"/> Neonato chora ao ser posto na mama <input type="checkbox"/> Perda de peso do neonato sustentada <input type="checkbox"/> Suprimento de leite inadequado percebido	<input type="checkbox"/> Amamentação ineficaz
FR: <input type="checkbox"/> Anomalia do neonato <input type="checkbox"/> Neonato recebe alimentação suplementar com mamadeiras <input type="checkbox"/> Prematuridade <input type="checkbox"/> Reflexo de sucção do neonato insatisfatório	

DOMÍNIO 9: ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE	
Classe 3: Estresse neurocomportamental	
CD: Aumento desproporcional da PIC após um estímulo <input type="checkbox"/> Abaulamento da fontanela <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Macrocrania <input type="checkbox"/> Choro fácil <input type="checkbox"/> Recusa da alimentação	<input type="checkbox"/> Capacidade adaptativa intracraniana diminuída
FR: <input type="checkbox"/> Lesões cerebrais Qual: _____	
Observação:	

DOMÍNIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO	
Classe 1: Infecção	
Infecção materna: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	
FR: <input type="checkbox"/> pele rompida <input type="checkbox"/> diminuição da ação ciliar <input type="checkbox"/> ruptura prematura de membranas amnióticas <input type="checkbox"/> tecido traumatizado <input type="checkbox"/> diminuição de hemoglobina <input type="checkbox"/> leucopneia <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Ruptura prolongada de membranas amnióticas <input type="checkbox"/> Vacinação inadequada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção
Classe 2: Lesão física	
Taquipneia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Regurgitação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
FR: <input type="checkbox"/> Alimentação por sonda <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Esvaziamento gástrico retardado <input type="checkbox"/> Presença de tubo intratraqueal <input type="checkbox"/> Presença de traqueostomia <input type="checkbox"/> Situações que impedem a elevação da parte superior do corpo	<input type="checkbox"/> Risco de aspiração
FR: <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipovolemia <input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Hipoxia <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Risco de choque
CD: <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Mudanças na frequência respiratória <input type="checkbox"/> Olhos arregalados <input type="checkbox"/> Quantidade excessiva de muco <input type="checkbox"/> Ruídos adventícios respiratórios	<input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz de vias aéreas
FR: <input type="checkbox"/> Exsudato nos alvéolos <input type="checkbox"/> Muco excessivo <input type="checkbox"/> Presença de via aérea artificial <input type="checkbox"/> Secreções nos brônquios <input type="checkbox"/> Secreções retidas	
CD: <input type="checkbox"/> Destruição de camadas da pele <input type="checkbox"/> Invasão de estruturas do corpo <input type="checkbox"/> Rompimento da superfície da pele	<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada
FR: <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Radiação <input type="checkbox"/> Deficiência imunológica <input type="checkbox"/> Estado metabólico prejudicado <input type="checkbox"/> Estado nutricional desequilibrado	
CD: <input type="checkbox"/> Tecido destruído <input type="checkbox"/> Tecido lesado <input type="checkbox"/> córnea <input type="checkbox"/> mucosas <input type="checkbox"/> pele ou tecido subcutâneo	<input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada
FR: <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Déficit de líquidos <input type="checkbox"/> Excesso de líquidos <input type="checkbox"/>	

Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Fatores nutricionais <input type="checkbox"/> Radiação	
FR: <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Disfunção imune/autoimune <input type="checkbox"/> Disfunção sensorial <input type="checkbox"/> Físicos (pele lesionada) <input type="checkbox"/> Hipoxia tecidual <input type="checkbox"/> Perfil sanguíneo anormal	<input type="checkbox"/> Risco de lesão
FR: <input type="checkbox"/> Distúrbios gastrintestinais <input type="checkbox"/> Efeitos secundários relacionados ao tratamento <input type="checkbox"/> cirurgia <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Risco de sangramento
Classe 6: Termorregulação	
CD: <input type="checkbox"/> Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hipertemia
FR: <input type="checkbox"/> Aumento da taxa metabólica <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Trauma	
CD: <input type="checkbox"/> Cianose nos leitos ungueais <input type="checkbox"/> Pele fria <input type="checkbox"/> Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais <input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Hipotermia
CD: <input type="checkbox"/> Cianose nos leitos ungueais <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Flutuação na temperatura corporal acima e abaixo dos parâmetros normais <input type="checkbox"/> Frequência respiratória aumentada	<input type="checkbox"/> Termorregulação ineficaz
FR: <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Extremos de idade <input type="checkbox"/> Flutuação na temperatura ambiental	
Observação:	

DOMÍNIO 12: CONFORTO	
Classe 1: Conforto físico, Classe 2: conforto ambiental, Classe 3: Conforto social	
CD: <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Padrão de sono perturbado <input type="checkbox"/> Suspiros	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado
FR: <input type="checkbox"/> Estímulos ambientais nocivos <input type="checkbox"/> Falta de controle do ambiente <input type="checkbox"/> Sintomas relacionados à doença	
CD: <input type="checkbox"/> Alterações na pressão sanguínea <input type="checkbox"/> Comportamento de proteção <input type="checkbox"/> Comportamento expressivo <input type="checkbox"/> agitação <input type="checkbox"/> gemido <input type="checkbox"/> choro <input type="checkbox"/> irritabilidade <input type="checkbox"/> suspiro <input type="checkbox"/> Evidência observada de dor <input type="checkbox"/> Expressão facial <input type="checkbox"/> careta <input type="checkbox"/> testa franzida <input type="checkbox"/> sulco nasolabial aprofundado <input type="checkbox"/> fenda palpebral estreitada <input type="checkbox"/> boca aberta na vertical <input type="checkbox"/> Mudanças na frequência cardíaca <input type="checkbox"/> Mudanças na frequência respiratória	<input type="checkbox"/> Dor aguda
FR: <input type="checkbox"/> Agentes lesivos <input type="checkbox"/> biológicos <input type="checkbox"/> químicos <input type="checkbox"/> físicos <input type="checkbox"/> psicológicos	
Observação:	

Assinatura do Enfermeiro (a):	N°Coren:	Data: ___/___/___
-------------------------------	----------	-------------------

	Leito: Deve ser registrado e alterado sempre que precisar realizar	Cartão Nacional de Saúde: Registrar o número do cartão do paciente, que deve
--	---	---

1 APÊNDICE I

Roteiro para o instrumento de coleta de dados

	troca de leite (BRASIL, 2013).	encontrar-se junto à carteira de vacinação, ou no próprio cartão (BRASIL, 2016).
--	--------------------------------	--

ANAMNESE

Significa relato da situação da saúde, feito pelos pais, responsáveis ou pelo próprio paciente. Deve ser a mais completa possível, representando a evolução da criança até o presente momento (RODRIGUES, 2009).

Dados de Identificação da Mãe:

Nome da mãe: nome completo da mãe ou responsável legal pela criança (RODRIGUES, 2009).		Idade: Tempo de vida cronológico da mãe ou responsável legal (FERREIRA, 2010).
Endereço: local onde a mãe ou responsável legal reside (RODRIGUES, 2009).		Estado Civil: situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal (solteira, casada, união estável, viúva, separada, divorciada) (HOCKENBERRY, 2014).
Procedência: local de origem, proveniência (FERREIRA, 2010).	Profissão: trabalho ou atividade desenvolvida pela mãe ou responsável legal para seu sustento (HOCKENBERRY, 2014).	Religião: Sistema cultural de crenças e valores (HOCKENBERRY, 2014).
Escolaridade: aprendizado escolar formal da mãe ou responsável (ensino fundamental, médio, técnico ou superior) (BRASIL, 2011).		Telefone: Número de telefone principal e para contato (Ferreira, 2015).
Realizado pré-natal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Assistência médica prestada à gestante durante os a gravidez (BRASIL, 2013).		Qtd de consulta pré-natal: numero de avaliações clínicas que a gestante realizou (BRASIL, 2013).
Grupo Sanguíneo da mãe: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O Os grupos sanguíneos definem as categorias de indivíduos segundo a variedade de antígenos e de anticorpos que são contidos em seu sangue. São classificados seguindo um sistema principal em ABO, segundo a presença ou não dessas proteínas (BRASIL, 2013).		Fator Rh da mãe: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Fator Rh é um antígeno presente no sangue, cuja presença significa que a classificação será Rh+ (BRASIL, 2013).
Intercorrências durante a gravidez: problemas ocorridos durante a gravidez que podem ter repercussões à criança, como infecção urinária, pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia, diabetes gestacional, trabalho de parto prematuro, entre outras (BRASIL, 2010).		
Local de internação: <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> UTI: Motivo: Unidade da instituição hospitalar onde a mãe permaneceu hospitalizada durante o período gestacional, parto e puerpério. O Motivo é o problema que determinou a internação e agravamento do seu estado de saúde (RODRIGUES, 2009).		
Observação: Espaço destinado para registro de outras informações considerados relevantes		

sobre o histórico da mãe ou responsável.

Dados de Identificação do neonato/criança

Nome: Deve ser registrado o nome completo (BRASIL, 2013).	Data de admissão: data de internação na unidade (FERREIRA, 2015).	Hora: hora de entrada do paciente na unidade (FERREIRA, 2015).
--	--	---

Procedência: Berçário Bloco cirúrgico Pronto socorro Outro Município
Local de origem, proveniência (FERREIRA, 2010).

Transporte: Incubadora portátil Outro
Meio em que se realiza a transferência do paciente de um local a outro (HOCKENBERRY, 2014).

DN: ___/___/___ Data de nascimento completa (RODRIGUES, 2009).	Hora: ____:____ Registrar à hora de nascimento do paciente (RODRIGUES, 2009).	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Conformação física, orgânica, celular, particular que permite distinguir o homem e a mulher (RODRIGUES, 2009).
--	---	--

Tipo de parto: Eutócito (normal) Cirúrgico
Via pela qual o parto foi realizado. Parto eutócito designa-se ao parto por via vaginal e o parto cirúrgico através de procedimento de cesariana (RODRIGUES, 2009).

Escore Apgar 1° minuto: ____ 5° minuto: ____ Método utilizado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido (RN) à vida extrauterina, no 1° e 5° minuto após o nascimento e repetido até a condição do RN estabilizar. Avalia-se a cor da pele, a frequência cardíaca, respiração, tônus muscular e irritabilidade/reflexo (HOCKENBERRY, 2014).	Idade gestacional: Duração da gestação medida do primeiro dia do último período normal de menstruação até o nascimento; expressa em dias ou semanas completos. Considera-se RN Pré-termo nascidos com menos do que 37 semanas completas (menos do que 259 dias completos), prematuro tardio de 34 semanas a 36 e 6/7 semanas; RN a Termo com 37 semanas completas até menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias) e pós-termo com 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais) (RODRIGUES, 2009)
---	---

Grupo Sanguíneo do RN: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O Os grupos sanguíneos definem as categorias de indivíduos segundo a variedade de antígenos e de anticorpos que são contidos em seu sangue. São classificados seguindo um sistema principal em ABO, segundo a presença ou não dessas proteínas (BRASIL, 2013).	Fator Rh do RN: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Fator Rh é um antígeno presente no sangue, cuja presença significa que a classificação será Rh+. (BRASIL, 2013).
--	---

Dados Antropométricos: Medidas antropométricas para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil (BARATIERI, 2014).

Peso: É o melhor índice de nutrição, crescimento e desenvolvimento. É através do peso que podemos avaliar o estado nutricional do paciente, bem como, em algumas doenças, o emagrecimento ou ganho de peso (edema ou obesidade) (RODRIGUES, 2009).

Estatura: Comprimento (criança deitada) ou a estatura (ou envergadura) (RODRIGUES, 2009).

PC: Avalia o crescimento da cabeça/cérebro de crianças nos dois primeiros anos de vida (HOCKENBERRY, 2014; BARATIERI, 2014).

PT: Verificação da circunferência torácica da criança deitada e em posição respiratória média

(entre a inspiração e a expiração completas) (RODRIGUES, 2009; HOCKENBERRY, 2014).

PA: Verificação da circunferência abdominal da criança (HOCKENBERRY, 2014; BRASIL, 2011).

Motivo da internação: Deve ser registrado o motivo primário, bem como a queixa principal que motivou a internação hospitalar.

Observação: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes sobre os dados do paciente.

EXAME FÍSICO

Compreende o levantamento das condições globais do paciente, tanto físicas como psicológicas, no sentido de buscar informações significativas, capazes de subsidiar a assistência de enfermagem (BARROS, 2016; HOCKENBERRY, 2014).

DOMÍNIO 1: PROMOÇÃO DA SAÚDE

Domínio: É uma classificação utilizada que determina uma esfera de atividade, estudo ou interesse. Cada domínio é composto por determinadas classes (HERDMAN, 2015).

Domínio 1: Promoção da Saúde: Refere sobre o julgamento clínico da motivação e do desejo de uma pessoa, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado por uma disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde, como nutrição e exercício (HERDMAN, 2015).

Classe 2: Controle da saúde

Classe: É uma subdivisão de um grupo maior (Domínio); uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau (HERDMAN, 2015).

Classe 2: Controle da Saúde: Identificação, controle, desempenho e integração de atividades para manter a saúde e o bem estar (HERDMAN, 2015).

CD (Características Definidoras): São os sinais e os sintomas apresentados pelos indivíduos, famílias ou comunidades passíveis de observação e verificação. São indícios ou inferências como manifestação de uma doença real ou estado de saúde de bem-estar, ou diagnóstico de enfermagem (HERDMAN, 2015).

Dispneia: Significa dificuldade respiratória. É um sintoma subjetivo e reflete a avaliação do paciente sobre seu grau de trabalho respiratório relacionado a uma tarefa e/ou a determinado esforço. Os pacientes podem definir dispneia como falta de ar, sufocação, aperto no peito, perda de fôlego ou respiração curta (BARROS, 2016).

Fadiga: Uma sensação de exaustão e de capacidade diminuída para realizar um trabalho físico e mental no nível habitual (HERDMAN, 2015).

Fraqueza: Também conhecida como astenia, é definida como fraqueza, debilidade, um sinal ou sintoma clínico manifestado por incapacidade ou falta/perda de força e energia (MOTA; DALM; PIMENTA, 2005).

Agitação: Agitação psicomotora é caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade. A agitação pode ter um curso flutuante,

Diagnósticos de Enfermagem (DE): Julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável lesões (HERDMAN, 2015).

Proteção Ineficaz: Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões (HERDMAN, 2015).

podendo modificar-se rapidamente ao longo do tempo (DALGALARRONDO, 2000; FERREIRA, 2010).

Imobilidade: Incapacidade do corpo ou de uma ou mais extremidades de movimentar-se (SMELTZER, 2012).

Alteração da coagulação: Acontece quando há alteração plaquetária, nos fatores de coagulação ou alteração vascular. As desordens na coagulação podem levar a um aumento no risco de hemorragias, trombose ou embolismo (HOCKENBERRY, 2014).

Deficiência da imunidade: Relacionado à incapacidade do organismo a uma resposta protetora específica contra um agente ou organismo invasor estranho. A função imune é afetada por diversos fatores, como a integridade do sistema nervoso central, estado emocional, estado nutricional, trauma, cirurgia (SMELTZER, 2012).

FR (Fatores relacionados): São os fatores (causas) que mostram algum tipo de relacionamento com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como *relacionados a*, ou *associados a*. (NANDA)

Distúrbios imunológicos: As imunodeficiências podem ser congênitas ou primárias, portanto geneticamente determinadas, constituindo um conjunto de mais de 200 doenças monogênicas que afetam o sistema imunológico e levam a maior susceptibilidade a infecções. Imunodeficiências também podem ser secundárias ao uso de medicações imunossupressoras, exposição à radiação e substâncias mielotóxicas contaminantes do meio ambiente, assim como consequência de doenças crônicas que afetam o sistema imunológico como a diabetes, câncer ou infecções crônicas como a do HIV (CONDINO, 2014).

Perfis sanguíneos anormais: Alterações sanguíneas fora dos padrões de referência considerando a idade do paciente. Por exemplo, leucopenia, trombocitopenia, anemia (HERDMAN, 2015).

Terapias com medicamentos:

○ **corticosteroides:** É um grupo de hormônios produzidos pelo córtex da supra-renal, ou seus equivalentes sintéticos. São utilizados na insuficiência adrenal, na supressão de inflamações e das reações autoimunes, controle das reações alérgicas e redução no processo de rejeição ao transplante. Comumente utilizados: Hidrocortisona, Cortisona, Dexametasona, Prednisona, Prednisolona, Metilprednisolona, Betametazona (SMELTZER; BARE, 2012).

○ **imunossupressores:** São medicamentos que bloqueiam a resposta do sistema imune, afetando a síntese de DNA e outros efeitos celulares. Utilizados em doenças autoimunes ou em pacientes transplantados como tratamento crônico para evitar rejeição de um órgão (SMELTZER; BARE, 2012).

○ **anticoagulantes:** São medicamentos que aumentam o

tempo de coagulação sanguínea, interferem na produção da trombina e na subsequente formação de fibrina a partir do fibrinogênio (SILVA, 2009).

○ **trombolíticos:** Classificados também como agentes fibrinolíticos, são utilizados para dissolver trombos, a partir a ativação do plasminogênio transformando-o em plasmina, com a consequente degradação da fibrina, sendo esse último o maior componente do trombo (SILVA, 2009; OLIVEIRA, 2001).

Observação: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes.

DOMÍNIO 2: NUTRIÇÃO

Atividades de ingerir, assimilar e usar nutrientes com fins de manter e reparar tecidos e produzir energia (HERDMAN, 2015).

Classe 1: Ingestão

Levar alimento e nutrientes para dentro do organismo (NANDA)

Dieta: ○ não ○ sim

□ **Via:** Via pela qual o paciente está recebendo dieta.

○ **oral:** Dieta realizada diretamente pela boca.

○ **enteral:** Dieta realizada por meio de uma sonda inserida via nasal ou oral com posição final no duodeno-jejuno. Está indicada para crianças que são incapazes de deglutir ou digerir uma quantidade adequada de dieta oralmente, podendo incluir crianças que estão inconscientes, que estão em ventilação artificial, que estão em transição da nutrição parenteral total (BOWDEN, 2005).

○ **parenteral (NPT):** É realizada por via intravenosa, em vasos de largos diâmetros como a veia cava superior e as veias subclávias inominada e intratorácica abordadas pela veia jugular externa ou interna. Envolve a infusão venosa de soluções altamente concentradas de carboidratos, lipídeos, aminoácidos, vitaminas, minerais, água, oligoelementos e outros ativos em um único recipiente. A natureza altamente irritante da glicose concentrada impede o uso de veias periféricas pequenas, calibres entretanto, podem ser utilizados hidrolisados de glicose-proteína diluídos, que são apropriados para infusão em veias periféricas (HOCKENBERRY, 2014).

○ **SOG:** Permite que a dieta seja realizada por meio de uma sonda, introduzida pela boca com posição final no estômago. As indicações para utilização de sondas gástricas (naso ou orogástrica) são: trato gastrointestinal funcional, mas com impossibilidade de alimentação por via oral; necessidade de gotejamento contínuo devido à síndrome de má-absorção; anorexia; estados hipermetabólicos (LOPEZ, 2010).

○ **gastrostomia:** É uma variação da alimentação frequentemente usada para crianças cuja passagem da sonda pela boca, faringe, esôfago ou esfíncter cardíaco do estômago é contraindicada ou impossível. Também utilizada para evitar irritação constante da sonda gástrica em crianças que necessitam de alimentação por sonda por um período prolongado. A inserção da sonda pode ser realizada com o paciente sob anestesia geral ou via percutânea, usando um endoscópio. A sonda é inserida através da parede abdominal no estômago até cerca da metade do caminho ao longo da curvatura maior e, quando cirurgicamente inserido, é fixado por uma sutura em bolsa (HOCKENBERRY, 2014).

Resíduo Gástrico: ○ não ○ sim: Líquido residual aspirado do estômago (HOCKENBERRY, 2014).

Características: Pode ser transparente, branco ou amarelado; e ainda pode ser manchado de marrom se o sangue estiver presente; conteúdo intestinal é frequentemente manchado por bile, amarelo claro a escuro, ou marrom esverdeado (HOCKENBERRY, 2014).

Regurgitação: ○ não ○ sim Movimentos de retorno, sem esforço, passivamente, do conteúdo

gástrico para o esôfago e daí para a boca (RODRIGUES, 2009). Não se observa a presença de náuseas ou esforço abdominal na eliminação dos alimentos (MARCONDES, 2003; HOCKENBERRY, 2014). **Características:** Pode se apresentar como leite ainda líquido ou “coalhado” (SMELTZER, 2012).

Broncoaspiração: ○ não ○ sim: A broncoaspiração de conteúdo gástrico para os pulmões é uma grave complicação. **Características:** Durante os períodos de jejum, o estômago contém suco gástrico ácido, o qual quando broncoaspirado, pode ser muito destrutivo para os alvéolos e capilares. Pode haver também contaminação fecal (mais observada na obstrução intestinal) o que aumenta a probabilidade de morte, obstruindo a via aérea, levando à atelectasia e à invasão bacteriana secundária (SMELTZER, 2012).

Tipo de leite:

○ **Leite materno (LM):** Leite produzido pela mulher sendo utilizado para nutrição da criança. Apresenta inúmeras vantagens, como melhor digestibilidade e capacidade de prover componentes imunológicos únicos, além de possuir perfil nutricional perfeitamente balanceado (BRASIL, 2011; BOWDEN, 2005).

○ **Leite humano pasteurizado (LHP):** A pasteurização é um tipo de processamento do leite humano utilizado para inativação térmica de microorganismos patogênicos e para permitir a sua estocagem em banco de leite (BRAGA, 2007).

○ **Colostro humano pasteurizado (CHL):** O colostro humano é o leite produzido dentro do período de sete dias após o parto. O início imediato da amamentação logo após o parto assegura que o recém-nascido receba o colostro, que é o leite secretado nos primeiros dias após o parto (BRASIL, 2008).

○ **Pré-NAN:** Produto lácteo modificado para atender as necessidades nutricionais dos prematuros e/ou recém-nascidos de baixo peso, levando em consideração sua imaturidade digestiva e metabólica; adicionada de soro de leite, triglicérides de cadeia média (TCM), óleos vegetais, maltose-dextrina e enriquecida com vitaminas, oligoelementos e minerais (MARCONDES, 2003).

○ **NAN 1:** Produto lácteo modificado para lactente sadio durante os 6 primeiros meses de vida, quando for necessário recorrer a alimentação com mamadeira. Contém proteínas modificadas (60% proteínas solúveis e 40% caseína), gorduras (láctea e óleo de milho) e carboidratos (lactose) (MARCONDES, 2003).

Reflexo de sucção: ○ não ○ sim: O recém-nascido deve exibir uma sucção forte e vigorosa. O reflexo é desencadeado colocando um bico ou dedo enluvado na boca do recém-nascido. Perdura por toda a lactância, mesmo sem estímulo, como durante o sono (ROCKENBERRY, 2014)

Reflexo de deglutição: ○ não ○ sim: Capacidade de engolir com ausência de engasgos, tosse, regurgitação ou movimento durante a tentativa de deglutição (VALERIO, 2010).

CD (características definidoras):

□ **Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração:** Paciente não consegue executar essas três ações ao mesmo tempo. A coordenação entre a sucção, deglutição e respiração acontecem na 34^a semanas de gestação, porém só estará plenamente estabelecida na 37^a semana (CALADO, 2012).

□ **Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz:** Paciente não faz sucção suficiente para poder alimentar-se. O reflexo de sucção inicia-se entre a 18^a e 24^a semanas de gestação (CALADO, 2012).

□ **Incapacidade de sustentar uma sucção eficaz:** Para que a alimentação do recém-nascido seja eficiente, é necessário adequado desenvolvimento motor oral e função de sucção forte, rítmica e coordenada, além do reflexo de procura e sucção, vedamento labial completo, movimentos adequados de

língua e mandíbula, ritmo de sucção, eclosões de sucção alternadas com pausas e coordenação entre sucção/deglutição/respiração (CALADO, 2012)	
FR (fatores relacionados): <ul style="list-style-type: none"> □ Anomalia anatômica: Alteração anatômica que impossibilita a sucção e/ou a deglutição (ROCKENBERRY, 2014). □ Prejuízo neurológico: Déficit neurológico que prejudica o processo de sucção e/ou deglutição (ROCKENBERRY, 2014). □ Prematuridade: Recém-nascido com menos de 37 semanas (RODRIGUES, 2009). 	
Observação: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes.	
Classe 4: Metabolismo Processos químicos e físicos que ocorrem nos organismos vivos e nas células para o desenvolvimento e o uso do protoplasma, a produção de resíduos de energia, com a liberação de energia para todos os processos vitais(HERDMAN, 2015).	
FR (fatores relacionados): <ul style="list-style-type: none"> □ Bebê GIG: Bebê grande para a idade gestacional ou bebê macrossômico é caracterizado quando o peso ao nascimento está acima do 90º percentil (BRAGA et al., 2011). □ Estresse: Estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, levam o organismo a disparar um processo de adaptação caracterizado pelo aumento da secreção de adrenalina, com várias consequências sistêmicas(GOMES, 2014). □ Ingestão alimentar: O consumo de alimentos influencia nos níveis glicêmicos dependendo do tipo de alimento ingerido e da quantidade, bem como períodos de jejum prolongado (HOCKENBERRY, 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> □ Risco de glicemia instável: Risco de variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais (HERDMAN, 2015).
CD (características definidoras): <ul style="list-style-type: none"> □ Esclerótica amarelada: A esclera (branco do olho) de coloração amarelada é um dos sinais indicativos de icterícia neonatal (HOCKENBERRY, 2014). □ Hematomas e equimoses na pele: Hematoma é uma coleção de sangue de cor roxa, amarelada ou marrom. Equimoses são áreas grandes e difusas, geralmente pretas e azuis, causadas por hemorragia do sangue para a pele (HOCKENBERRY, 2014). As equimoses podem ser extensas após um parto traumático ou com apresentação pélvica. Grandes áreas de hematomas podem resultar em hiperbilirrubinemia, necessitando de fototerapia (EICHENFIELD, 2016). □ Mucosas amareladas: A mucosa oral e conjuntiva amareladas são sinais indicativos de icterícia neonatal (HOCKENBERRY, 2014). □ Pele amarelo-alaranjada: A icterícia é avaliada com maior exatidão pela observação da pele do RN da cabeça aos pés, assim como das escleras e das membranas mucosas. Ao pressionar a pele principalmente sobre proeminências ósseas como a ponta do nariz ou esterno, promove-se um empalidecimento desta, pronunciando sua coloração amarelada. No caso de RN com pele negra, a coloração das escleras, conjuntiva e mucosa oral é o indicador mais confiável. O RN deve ser avaliado sob luz natural, para que a avaliação seja fidedigna (HOCKENBERRY, 2014). □ Perfil sanguíneo anormal: Valore de bilirrubina alterado, que determina a 	<ul style="list-style-type: none"> □ Icterícia neonatal: Coramarelo-alaranjada da pele e das mucosas do neonato que ocorre após 24 horas de vida em consequência de bilirrubina não conjugada na circulação (HERDMAN, 2015).

icterícia. Os valores normais de bilirrubina não conjugada são de 0,2 a 1,4 mg/dL. No RN, esses valores devem exceder a 5mg/dL para que a icterícia seja observada (HOCKENBERRY, 2014).

FR (fatores relacionados):

□ **Atraso na eliminação das fezes (mecônio):** A passagem de mecônio deve ocorrer nas primeiras 24 a 48 horas, embora possa ser retardada em até 7 dias nos RNs com muito baixo peso ao nascer. No intestino do RN a enzima β -glicuronidase é capaz de converter a bilirrubina conjugada na sua forma não conjugada que é posteriormente reabsorvida pela mucosa intestinal e transportada ao fígado. Esse processo, conhecido como circulação êntero-hepática, é acentuado no RN e acredita-se ser o responsável pelo mecanismo primário da icterícia fisiológica (HOCKENBERRY, 2014).

□ **Idade do neonato entre 1 a 7 dias:** Nesse período pode acontecer a icterícia fisiológica (após 24h do nascimento), a icterícia associada à amamentação (entre o 2º ao 4º dia após o nascimento) e a icterícia do leite materno (5º ao 7º dia após o nascimento) (HOCKENBERRY, 2014).

□ **Padrão alimentar não está bem estabelecido:** A icterícia associada à amamentação (icterícia de início precoce- 2º ao 4º dia) relaciona-se a uma reduzida ingesta calórica e de fluídos até que a oferta de leite esteja bem estabelecida. Já a icterícia do leite materno (início tardio- 5º ao 7º dia) relaciona-se à prováveis fatores do leite materno que impedem a conjugação de bilirrubinas (HOCKENBERRY, 2014).

□ **Perda de peso anormal:** Relaciona-se a desidratação, também responsável pela maior concentração de bilirrubina no sangue (HOCKENBERRY, 2014).

□ **Prematuridade:** Relacionado à imaturidade do fígado e conseqüente retardo na excreção da bilirrubina (HOCKENBERRY, 2014).

Observação: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes.

Classe 5: Hidratação

Ingestão e absorção de líquidos e eletrólitos (HERDMAN, 2015).

Acesso venoso: ○ não ○ sim:

□ **periférico:** Canulação de uma veia superficial com uma agulha/cateter estéril (BOWDEN, 2005).

□ **central:** O cateterismo venoso central é a inserção de um cateter no sistema vascular com acesso ao sistema circulatório central. Os cateteres venosos centrais (CVC) são indicados para a infusão de líquidos, reposição hídrica e de eletrólitos, transfusões e coleta de sangue, com localização de sua extremidade na veia cava superior ou inferior (GOMES, 2013).

○ **mono-lúmen:** Uma única via (CARLOTTI, 2012).

○ **duplo-lúmen:** Duas vias independentes em seu trajeto e que permitem de modo simultâneo a administração de medicamentos, a tomada de amostras e a medição de parâmetros vasculares (CARLOTTI, 2012).

○ **CCIP:** O cateter central de inserção periférica é instalado a partir da inserção de um cateter (silicone ou material de polímero) percutâneo em uma veia periférica, usualmente a veia mediana, cefálica ou basílica, com a ponta localizada em uma veia central. As indicações incluem a necessidade de acesso venoso par uso intermediário e de longo prazo para medicamentos (antibioticoterapia e analgesia), quimioterapia ou outros vesicantes, nutrição parenteral total (NPT) ou hemoderivados (BOWDEN, 2005; HOCKENBERRY, 2014).

○ **Flebotomia:** Inserção de um cateter por procedimento cirúrgico que realiza a exposição do vaso, por incisão direta. Apresenta maior risco de infecção quando comparados aos outros tipos de cateteres (GOMES, 2013).

○ **Cateter umbilical:** Caterer inserido no umbigo, recomendado o uso (CVU) em neonatos nos primeiros dias de vida, sendo a sua inserção relativamente simples e associada a um baixo risco de complicações relacionado ao processo (GOMES, 2013).

Transfusão sanguínea: ○ não ○sim Realização de transfusão de componentes sanguíneos, podendo ser concentrado de hemácias nas anemias ou plaquetas nas doenças hemorrágicas (HOCKENBERRY, 2014).

Fontanelas: Representam as áreas do crânio pelas quais ocorrerá o crescimento. São tecidos membranosos não ossificados, localizados nas junções das suturas cranianas.(RODRIGUES, 2009, HOCKENBERRY, 2014).

□ **Bregmática:** Fontanela anterior formada pela junção das suturas sagital, coronal e frontal. Deve estar sempre palpável ao nascimento. Tem formato de diamante e sua medida em qualquer parte vai de escassamente palpável a 4 a 5 cm em seu ponto mais amplo (de osso a osso ao invés de sutura a sutura). Seu fechamento deve ocorrer dos 09 aos 18 meses (RODRIGUES, 2009; HOCKENBERRY, 2014).

○**normotensa:** Refere-se à tensão normal da fontanela (RODRIGUES, 2009).

○**deprimida:** Pode estar associada à desidratação (RODRIGUES, 2009).

○**abaulada:** Poderá estar aumentada em situações de aumento da pressão intracraniana, como hidrocefalia e infecções do sistema nervoso central (RODRIGUES, 2009).

□ **Lambdóide:** Fontanela posterior formada pela junção das suturas sagital e lambdóide. Pode estar fechada ao nascimento ou manter-se aberta até o quarto mês de vida. Localizada com facilidade seguindo-se a sutura sagital em direção ao occipício. Tem formato triangular, em geral medindo entre 0,5 a 1 cm em sua parte mais ampla (RODRIGUES, 2009; HOCKENBERRY, 2014).

○**presente:** Define sua presença após a palpação (RODRIGUES, 2009; HOCKENBERRY, 2014).

○**ausente:** Não palpável (RODRIGUES, 2009; HOCKENBERRY, 2014).

Pele:

○**íntegra:** Mantém suas características normais sem solução de continuidade (sem interrupção) (RODRIGUES, 2009).

○**palidez:** Falta de coloração na pele (RODRIGUES, 2009).

○**icterícia:** Coloração amarelada (RODRIGUES, 2009).

○ **eritema:** O eritema tóxico é um rash que surge entre o primeiro e o segundo dia de vida, combinando máculas, pápulas e algumas vesículas, estendendo-se pela face, tronco e extremidades. Embora seja benigno e autolimitado, pode necessitar de diagnóstico diferencial com impetigo se as vesículas forem muito numerosas, especialmente se houver pústulas. Essa diferenciação pode ser feita com a pesquisa direta de eosinófilos no líquido das vesículas, positiva no eritema tóxico. RNs abaixo de 1.500g ao nascer ou com menos de 30 semanas de idade gestacional raramente apresentam eritema tóxico (RODRIGUES, 2009).

○**hematoma:** Coleção de sangue em um determinado órgão ou tecido (LAWRENCE, 2016).

○**vérnix caseoso:** É observado na superfície da pele no momento do nascimento como uma mistura branco-calcárea de células epiteliais, secreção sebácea, e por vezes lanugem com a função de proteção da pele (LAWRENCE, 2016).

○**milium sebáceo:** Das alterações esperadas na pele, uma das mais comuns é o milium, localizado na face. Formado a partir do entupimento de glândulas sebáceas, são pápulas brancas sobre a pele do nariz, queixo e testa, histologicamente identificados como cistos de epiderme. Seu desaparecimento é espontâneo nas primeiras semanas de vida (RODRIGUES, 2009).

○ **lanugem:** Uma fina pelugem que cobre o dorso e os membros superiores (RODRIGUES, 2009).

○ **mancha mongólica:** Resultam da infiltração de melanócitos profundamente na derme e podem ser de coloração cinza-azulada, situadas principalmente na região lombossacra, mas

também na região dorsal, ombros, pescoço, membros superiores, nádegas, membros inferiores e face. Tendem a desaparecer espontaneamente com o crescimento, em geral até os 4 anos de idade. Registrar o Local (RODRIGUES, 2009).

○ **hemangioma:** Hemangiomas maculares ocorrem em 50% dos RN normais. Estão situados na ponte nasal, testa, pálpebras superiores e região occipital. São planos, de coloração rósea e forma irregular. Embora possam representar preocupação estética em alguns casos, não representam risco e tendem a desaparecer espontaneamente com a idade (RODRIGUES, 2009).

○ **edema:** Aumento da espessura da pele que ocorre devido ao aumento de líquidos intersticiais. Registrar o Local (RODRIGUES, 2009).

Obs.: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes.

FR (fatores relacionados):

□ **Diarreia:** Mudança de trânsito intestinal com diminuição da consistência das fezes por aumento do teor de água e sais (RODRIGUES, 2009).

□ **Vômito:** Expulsão vigorosa de conteúdo gástrico, muitas vezes é precedida de náusea. É um sintoma comum de doenças gastrointestinais e não-gastrointestinais na infância. Em crianças e adolescentes, os vômitos são comumente causados por gastroenterite, infecção sistêmica, ingestões tóxicas e apendicite (BEHRMAN, 2004).

□ **Risco de desequilíbrio eletrolítico:**

Risco de mudança nos níveis eletrolíticos séricos capaz de comprometer a saúde (HERDMAN, 2015).

CD (características definidoras):

□ **Aumento da temperatura corporal:** No RN temperatura varia entre 36,5° a 37,6° C (HOCKENBERRY, 2014). Maiores variações de normalidade ocorrem nos lactentes e nas crianças mais novas devido à menor eficiência dos mecanismos de controle da temperatura (JARVIS, 2010).

□ **Aumento na concentração urinária:** O aumento da frequência urinária pode ser devido à maior produção de urina - poliúria - ou ser independente desta - polaciúria (micções frequentes em menores quantidades) (RODRIGUES, 2009).

□ **Diminuição da pressão sanguínea:** Pelo baixo volume sanguíneo, diminui-se o débito cardíaco e conseqüentemente a pressão arterial (PA=DCxRVS) (SMELTZER, 2012).

□ **Diminuição do débito urinário:** Durante a primeira semana de vida, o volume total de urina por 24 horas é de cerca de 200 a 300mL. Entretanto a bexiga esvazia-se voluntariamente ao ser estirada por um volume de 15mL, resultando em tanto quanto 20 eliminações de urina por dia. A primeira eliminação de urina deve ocorrer em 24 horas (WONG). Sinais de má perfusão orgânica incluem a diminuição do débito urinário (< 1 mL/kg/h, em recém-nascidos e lactentes ou < 12 mL/m²/h, em crianças maiores e adolescentes) (CARLOTTI, 2012).

□ **Diminuição do enchimento venoso:** A lentidão no retorno da perfusão do dedo comprimido (tempo superior a 2 segundos) permite avaliar a integridade circulatória do paciente (RODRIGUES, 2009).

□ **Volume de líquido deficiente:**

Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água' apenas, sem mudança no sódio (HERDMAN, 2015).

FR (fatores relacionados):

□ **Falha dos mecanismos reguladores:** Falha em algum dos sistemas, renal cardiovascular, endócrino e nervoso (BERNE & LEVY, 2006).

<p>□ Perda ativa de volume de líquido: Perda de líquidos por disfunção gastrointestinal (vômitos, diarreias), por trauma (queimaduras, hemorragias) (HOCKENBERRY, 2014).</p>	
<p>CD (características definidoras):</p> <p>□ Dispneia: Significa dificuldade respiratória. É um sintoma subjetivo e reflete a avaliação do paciente sobre seu grau de trabalho respiratório relacionado a uma tarefa e/ou a determinado esforço. Os pacientes podem definir dispneia como falta de ar, sufocação, aperto no peito, perda de fôlego ou respiração curta (BARROS, 2016).</p> <p>□ Mudança no estado mental: A inspeção do estado mental é feita pelas informações dadas pela criança e/ou familiar sobre alterações significativas do estado mental; pela observação de alterações de comportamento, como hiperatividade; e, pelo questionamento sobre o que ele está sentindo, sobretudo diante de situações consideradas críticas. Uma reação duradoura, diferente daquelas habitualmente apresentadas, pode caracterizar a mudança no padrão mental, decorrente do excesso de volume de líquidos (BOERY, 2005).</p> <p>□ Mudança na pressão arterial: Desvio para mais ou para menos dos valores habituais da pressão arterial (BOERY, 2005).</p> <p>□ Edema: Aumento da espessura da pele que ocorre devido ao aumento de líquidos intersticiais (RODRIGUES, 2009).</p> <p>□ Eletrólitos alterados: A aferição das concentrações séricas de sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo dosados em laboratório é o meio de avaliação dos eletrólitos. Se os valores encontrados estiverem acima dos valores considerados normais: Sódio sérico (Na⁺): 135 - 145 mEq/L; Potássio sérico (K⁺): 3,5 - 5,0 mEq/L; Cálcio sérico (Ca⁺⁺): 8,5 a 11 mg/dl; Magnésio (Mg): 1,4 a 2,5 mEq/l, Fósforo (P): 2,5- 5 mg/dl; está caracterizada a alteração de eletrólitos (BARBOSA, 1999; BOERY, 2005).</p> <p>□ Ruídos respiratórios adventícios: A ausculta de ruídos pulmonares considerados estranhos ou adicionais aos murmúrios vesiculares esperados representa o modo de avaliar essa característica definidora. Podem ser caracterizados por gemidos, sibilos, roncos, estertores grossos, estertores finos (RODRIGUES, 2009).</p> <p>□ Derrame pleural: É o acúmulo anormal de líquido na cavidade pleural, que é o espaço virtual entre as pleuras visceral e parietal, as quais deslizam uma sobre a outra, separadas por uma fina película de líquido (PINHEIRO, 2004).</p>	<p>□ Volume de líquidos excessivo: Retenção aumentada de líquidos isotônicos (HERDMAN, 2015).</p>
<p>FR (fatores relacionados):</p> <p>□ Ingesta excessiva de líquidos: Ingestão maior do que a eliminação de líquidos (HOCKENBERRY, 2014).</p> <p>□ Ingesta excessiva de sódio: O sódio (Na⁺) é responsável pela regulação da quantidade de líquidos intra e extracelulares. O excesso de sódio caracteriza-se pela expansão do volume extracelular que, se considerável, se manifestará por edema (GUYTON, 2006).</p> <p>□ Mecanismos reguladores comprometidos: Falha em algum dos sistemas, renal cardiovascular, endócrino e nervoso (BERNE & LEVY, 2006).</p>	
<p>Observação: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes.</p>	

Secreção e excreção de produtos residuais do organismo (HERDMAN, 2015).	
Classe 1: Função urinária	
Processo de secreção, reabsorção e excreção de urina (HERDMAN, 2015).	
<p>Eliminação urinária: ○ Não ○ Sim</p> <p>Características: Refere-se à coloração(amarelo-âmbar, vermelha ou vermelho-amarronzada, amarelo-pardo ou verde-pardo, laranja-avermelhada ou laranja-parda); e ao aspecto da urina (límpida, turva, rósea, opalescente, leitosa) (RODRIGUES, 2009).</p> <p>Ostomias: Abertura de um órgão oco como (HOCKENBERRY, 2014).</p> <p>○ ileostomia: Abertura cirúrgica íleo (intestino delgado), podendo ser temporária ou permanente, permite a drenagem do conteúdo intestinal (as fezes são mais líquidas uma vez que a absorção da água ocorre no intestino grosso) (SMELTZER, 2012).</p> <p>○ colostomia: Abertura cirúrgica no cólon (intestino grosso), podendo ser temporária ou permanente, fazendo com que uma parte do intestino fique exposta no abdome. Permite a drenagem do conteúdo intestinal para uma bolsa coletora (SMELTZER, 2012).</p>	
<p>CD(características definidoras):</p> <p>□ Frequência: Número de vezes que o indivíduo urina. Varia com a idade, diminuindo com a maturação do controle da urina e a aquisição da continência(RODRIGUES, 2009).</p> <p>□ Incontinência: Incapacidade de controlar a micção (RODRIGUES, 2009).</p> <p>□ Noctúria: Significa que a criança precisa acordar durante a noite para urinar. Essa definição é relevante a partir dos 5 anos. O termo noctúria não se aplica a crianças que acordam por razões diferentes da necessidade de urinar (RODRIGUES, 2009).</p> <p>□ Retenção urinária: Permanência de urina na bexiga. Pode ser por causa urológica, com o globo vesical palpável, ou retenção consciente da criança por dor, medo (RODRIGUES, 2009).</p>	<p>□ Eliminação urinária prejudicada: Disfunção na eliminação de urina (HERDMAN, 2015).</p>
<p>FR (fatores relacionados):</p> <p>□ Dano sensorio-motor: O funcionamento normal da bexiga exige interação coordenada de componentes sensitivos e motores do sistema nervoso. Doenças neurológicas causam alterações no funcionamento da bexiga. Lesões das raízes sacrais ou do plexo pélvico também podem causar alterações no funcionamento destruindo a coordenação reflexa e eficiente entre o esfíncter e a bexiga (MIRANDA, 2013).</p> <p>□ Infecção no trato urinário: A disfunção miccional pode alterar o fluxo urinário por aumentar a pressão vesical, dificultando a drenagem do trato superior e ocasionando refluxo vesicoureteral e também por dificultar o esvaziamento vesical, gerando resíduo pós-miccional que favorece o desenvolvimento de infecção urinária (RODRIGUES, 2009).</p> <p>□ Obstrução anatômica: Refere-se a alterações estruturais ou extrínsecas ao trato urinário que impedem o fluxo adequado de urina em qualquer ponto ao longo do trato urinário (MIRANDA, 2013).</p>	
<p>Observação: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes.</p>	
Classe 2: Função gastrintestinal	
Processo de absorção e secreção dos subprodutos da digestão (HERDMAN, 2015).	
<p>Eliminação intestinal:</p> <p>○ mecônio: Primeiras fezes do RN, compostas de líquido amniótico e seus constituintes, secreções intestinais, células mucosas e possivelmente sangue (sangue materno ingerido ou sangramento mínimo dos vasos do trato alimentar) (HOCKENBERRY, 2014).</p>	

- **fezes de transição:** Em geral ocorrem por volta do terceiro dia após a amamentação, de coloração marrom-esverdeada a marrom-amareladas, finas e menos viscosas que o mecônio, pode conter coalhos de leite (HOCKENBERRY, 2014).
- **fezes lácteas:** Em geral ocorrem por volta do quarto dia. Nos RNs amamentados, as fezes são amarelas a douradas, têm consistência pastosa e cheiro semelhante a do leite azedo. Nos RNs alimentados com mamadeira, as fezes são amarelo-claras a marrons, tem consistência mais firme e odor mais ativo (HOCKENBERRY, 2014).
- **sangue:** Enterorragia é perda de sangue de origem gastrointestinal; hematoquezia é a eliminação de sangue vivo pelo reto; melena é a eliminação de fezes escuras/pretas devido à presença de sangue alterado (RODRIGUES, 2009).

CD (características definidoras):

- **Abdome distendido:** Abdome encontra-se com volume aumentado pela presença de massa fecal (RODRIGUES, 2009).
- **Eliminação involuntária de fezes líquidas:** Representa a perda de pequena quantidade de fezes liquefeitas apesar da retenção do bolo fecal. O escape fecal geralmente é percebido pelas roupas sujas de fezes. Apesar de, na maioria das vezes, ser uma manifestação de constipação, é frequentemente referido pelas mães como diarreia (RODRIGUES, 2009).
- **Fezes duras e formadas:** As fezes são formadas por resíduos de alimentos não digeridos. O baixo consumo de água ou a falta de fibras podem formar fezes endurecidas, como também, podem ser formadas pelo consumo de alimentos ricos em carboidratos simples ou com elevado potencial alergênico (leite e glúten), desestruturando a flora intestinal (RODRIGUES, 2009).
- **Mudança nos ruídos abdominais:**
 - **Hiperativos:** São ruídos hidroaéreos altos, sonoros em gargarejos ou nítidos, que refletem a hipermotilidade e acompanham quadros de diarreia, início de peritonite e abdome agudo obstrutivo (coincide com as cólicas) (RODRIGUES, 2009; BARROS, 2016).
 - **Hipoativos:** Redução ou ausência (silêncio) dos ruídos intestinais podendo indicar íleo paralítico, peritonite instalada. Necessário observação prolongada porque há normalmente intervalos de inatividade intestinal (RODRIGUES, 2009).

□ **Constipação:**

Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas (HERDMAN, 2015).

FR (fatores relacionados):

- **Farmacológicos:** Utilização de alguns medicamentos podem ser constipantes, como por exemplo os opióides, com redução da secreção clorídrica e motilidade gástrica, aumento do tempo de esvaziamento; redução de secreções biliares, pancreáticas e intestinais, retardo na digestão, aumento do tônus e diminuição de peristaltismo intestinal (FUCHS, 2006).
- **Desidratação:** É uma das causas para a ocorrência de constipação. A água é um dos compostos, juntamente com as fibras, eletrólitos e restos alimentares que fazem com que os diferentes movimentos do cólon aconteçam, dessa forma, a desidratação dificulta os movimentos peristálticos e conseqüentemente causam constipação (DANTAS, 2004).
- **Mudanças nos padrões alimentares:** Erro alimentar é condição muito frequente, destacando-se ingestão insuficiente de líquido e/ou de fibras, além de longo período interprandial, quando da abolição de uma das três principais refeições diárias, geralmente desjejum ou almoço (CHEHTER, 2012; MELLO, 2010).

<p>CD (características definidoras):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia: Será considerado a presença de diarreia quando houver no mínimo três episódios de fezes líquidas ao dia (HERDMAN, 2015). □ Ruídos intestinais hiperativos: São ruídos hidroaéreos altos, sonoros em gargarejos ou nítidos, que refletem a hipermotilidade e acompanham quadros de diarreia, início de peritonite e abdome agudo obstrutivo (coincide com as cólicas) (RODRIGUES, 2009; BARROS, 2016). 	<ul style="list-style-type: none"> □ Diarreia: Eliminação de fezes soltas e não formadas. (HERDMAN, 2015).
<p>FR (fatores relacionados):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Inflamação: As diarreias agudas inflamatórias estão relacionadas com o comprometimento do cólon, sendo causadas por ação direta dos microrganismos nos enterócitos. Há combinação de processos transudativo e exsudativo, este último causando ruptura de enterócitos ocasionando liberação de leucócitos, sangue e plasma no lúmen intestinal. Trata-se, portanto, de quadro disentérico (HOCKENBERRY, 2014). □ Processos infecciosos: A diarreia infecciosa aguda (gastroenterite infecciosa) é causada por uma variedade de agentes patogênicos virais (rotavírus), bacterianos (<i>escherichia coli</i>, <i>salmonela typhi</i>, <i>shigella</i>, <i>staphylococcus</i>) e agentes parasitários (<i>giárdia</i>, <i>cryptosporidium</i>, <i>pleisiomonas</i>, <i>yersinia</i>) (HOCKENBERRY, 2014). □ Alimentação por sonda: A ocorrência de fezes líquidas é a complicação mais frequente da nutrição enteral, e pode acontecer por vários mecanismos (diarreia por contaminação microbiana, sobrecarga osmolar, intolerância à lactose, hipoalbuminemia, farmacoterapia) (NUNES, 2012; ARAUJO, 2012; BEHRMAN, 2004). □ Efeitos adversos de medicamentos: Alguns medicamentos produzem reações no trato gastrointestinal (ARAUJO, 2012). 	
<p>Classe 4: Função respiratória Processo de trocas de gases e remoção dos subprodutos do metabolismo (HERDMAN, 2015).</p>	
<p>CD (características definidoras):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Batimento de asa de nariz: É o alargamento da abertura das narinas durante a respiração. Frequentemente é um sinal de maior esforço respiratório, visto principalmente em RNs e lactentes (CAVALCANTE, 2010; RODRIGUES, 2009). □ Cianose: Coloração azulada das mucosas, pele e unhas da criança com saturação de oxigênio reduzida. Ela resulta da presença da hemoglobina desoxigenada (hemoglobina não ligada ao oxigênio) em uma concentração de 5g/dL de sangue (HOCKENBERRY, 2014). □ Dispneia: Angustia associada à incapacidade para ventilar o suficiente para satisfazer a demanda de ar. O aparecimento de uma dispnéia está especialmente associado ao acúmulo de excesso de Dióxido de Carbono (CO₂) nos líquidos corporais. Às vezes, contudo, os níveis de Oxigênio (O₂) e de dióxido de carbono nos líquidos corporais estão normais, mas para alcançar esta normalidade dos gases respiratórios, a pessoa tem que ventilar vigorosamente (GUYTON, 2002). □ Gases sanguíneos arteriais anormais: Ocorre uma alteração dos gases circulantes no organismo, modificando os valores normais do potencial de hidrogênio (Ph), pressões parciais de gás carbônico (PaCO₂), bário (BE), 	<ul style="list-style-type: none"> □ Troca de gases prejudicada: Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar (HERDMAN, 2015).

<p>Saturação de Oxigênio (Sat O₂), Bicarbonato (HCO₃), resultados estas apontados na gasometria arterial (GUYTON, 2002; SMELTZER, 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Hipercapnia: PaCO₂ > 45mmHg- Presença excessiva de dióxido de carbono ou CO₂ contido no plasma do sangue (SMELTZER, 2012). □ Hipoxemia: Refere-se a uma tensão ou pressão do oxigênio arterial (PaO₂) que está mais baixa que o normal e pode ser identificada por uma saturação arterial reduzida ou uma diminuição na PaO₂ (HOCKENBERRY, 2014). □ Hipóxia: É uma redução na oxigenação do tecido que resulta das baixas saturações de oxigênio e da PaO₂ e leva ao comprometimento dos processos celulares (HOCKENBERRY, 2014). □ Inquietação: Alterações dos gases sanguíneos podem provocar alterações como inquietação, ansiedade e confusão, decorrentes de hipóxia cerebral (BARBOSA, 2009). □ Taquicardia: Frequência cardíaca acima dos parâmetros da normalidade. Esta relacionada com o débito cardíaco. Quando o volume circulante de sangue está diminuído, como no caso do baixo débito cardíaco, por estado compensatório a frequência cardíaca estará aumentada (BRAUNWALD, 2006). 	
<p>FR (fatores relacionados):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão: A ventilação é o fluxo de gás para dentro e para fora dos pulmões, sendo a perfusão o enchimento dos capilares pulmonares com o sangue. A troca gasosa adequada depende de uma relação ventilação-perfusão (V/Q). O desequilíbrio V/Q ocorre como resultado da ventilação inadequada, da perfusão inadequada, ou ambas (SMELTZER, 2012). □ Mudanças na membrana alveolocapilar: A membrana alvéolo-capilar é a barreira física que separa o gás alveolar do sangue capilar pulmonar. Os gases se movimentam de um lado para outro por difusão. Em condições normais, o sangue capilar pulmonar atinge a tensão do gás alveolar em aproximadamente um terço do tempo que ele despende nos capilares. Os defeitos de difusão ocorrem pela falha da troca de O₂ (oxigênio) e CO₂ (dióxido de carbono) através da membrana alveolocapilar, levando à diminuição da PaO₂ e, tardiamente, aumento da PaCO₂ (pressão parcial do gás carbônico no sangue arterial), isso acontece em consequência do aumento na distância entre alvéolo e capilar, provocado pela presença de líquido (edema pulmonar) ou por processo inflamatório (pneumonias intersticiais, pneumonia linfocítica crônica em aids) (PIVA, 1998; MATSUNO, 2012). 	
<p>Observação: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes.</p>	

<p>DOMÍNIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO Produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos (HERDMAN, 2015).</p>
<p>Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares Mecanismos cardiovasculares que apoiam atividade/repouso (HERDMAN, 2015).</p>
<p>Ausculta cardíaca: Os sons do coração são vibrações que variam de intensidade, frequência e qualidade. São quatro os focos de ausculta, aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral (RODRIGUES, 2009).</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Frequência: Pode ser verificada por meio da ausculta do pulso apical ou da visualização por cardioscópio (monitorização contínua) (HOCKENBERRY, 2014; RODRIGUES, 2009). □ Ritmo <ul style="list-style-type: none"> ○ Regular: Quando o intervalo de tempo entre os batimentos em condições normais é igual,

denominado ritmo sinusal (HOCKENBERRY, 2014).

○ **Irregular:** Ou denominado arritmico, quando o intervalo entre os batimentos não é igual (HOCKENBERRY, 2014). O ritmo de galope indica insuficiência cardíaca, pela descompensação de alguma cardiopatia subjacente (RODRIGUES, 2009).

□ **Presença da 1ª e 2ª bulha (S₁ e S₂):** A primeira bulha identifica o início da sístole ventricular, assim como a segunda bulha identifica a diástole (RODRIGUES, 2009).

□ **Sopros:** Os sopros cardíacos são de extrema importância no exame cardiológico das crianças. Dividem-se em três categorias básicas: sistólicos, diastólicos e contínuos. Os sopros sistólicos iniciam-se na primeira bulha e terminam antes da segunda. Os diastólicos iniciam-se com a segunda bulha e terminam antes do início do ciclo seguinte. Os sopros contínuos se mantêm sem interrupção por toda a primeira e segunda bulhas (RODRIGUES, 2009).

Saturação de O₂: Fornece informação sobre os sistemas cardíaco e respiratório e do transporte de oxigênio no organismo, refletindo a quantidade de hemoglobina arterial. Mensurada de forma não invasiva, a partir da oximetria de pulso, em uma região anatômica, preferencialmente periférica, como as extremidades digitais das mãos, pés, lóbulo da orelhas (SMELTZER, 2012).

Choque: Choque é a situação clínica resultante do desequilíbrio entre a oferta de oxigênio e nutrientes e a demanda metabólica dos tecidos (CARLOTTI, 2012).

Tipo:

○ **Vasogênico:** Também denominado choque distributivo ocorre quando o volume sanguíneo é anormal e deslocado no sistema vascular tal como ocorre quando ele se acumula nos vasos sanguíneos periféricos. O choque séptico é a causa mais frequente de choque vasogênico, que ocorre primariamente por vasodilatação e sequestro de sangue na periferia. Nas crianças apresenta-se associado ao choque cardiogênico (KNOBEL, 2005).

○ **Cardiogênico:** Resulta de disfunção miocárdica. As causas incluem as cardiomiopatias, os distúrbios do ritmo, as cardiopatias congênitas e as lesões traumáticas do coração (CARLOTTI, 2012).

○ **Hipovolêmico:** Caracteriza-se por volume intravascular inadequado relativo ao espaço vascular. A hipovolemia é a principal causa de choque em crianças, resultante de desidratação, hemorragia e perdas para o terceiro espaço, decorrentes do aumento da permeabilidade capilar (p.ex., sepse, queimaduras). A hipovolemia relativa ocorre em situações de vasodilatação sistêmica com aumento da capacidade vascular, como sepse e anafilaxia (CARLOTTI, 2012).

Sepse: Sepse é a SRIS (síndrome da resposta inflamatória sistêmica) na presença de infecção (suspeita ou confirmada). A SRIS caracteriza a resposta inflamatória independente da causa. É definida pela presença de duas ou mais das seguintes condições, uma das quais deve ser alteração da temperatura ou da contagem de leucócitos: • Febre ou hipotermia • Taquicardia • Taquipneia • Hemograma com leucocitose, leucopenia ou desvio à esquerda (CARLOTTI, 2012).

Hipotensão: É determinada quando a pressão arterial (PA) é muito baixa para o fluxo sanguíneo (RODRIGUES, 2009; HOCKENBERRY, 2014).

Asfixia perinatal: Também chamada de encefalopatia hipóxico-iscêmica neonatal é a afecção neurológica mais comum no período neonatal. A diminuição do aporte de oxigênio para os tecidos pode ocorrer por meio de dois mecanismos patogênicos: a hipoxemia, que é a diminuição da quantidade de O₂ circulante, e a isquemia, que é a diminuição da quantidade de sangue que perfunde determinado tecido. O fenômeno asfíxico é aquele resultante do somatório desses dois fatores (hipóxia e isquemia), associado a hipercapnia em uma proporção que varia de acordo com a etiologia, intensidade e duração do mesmo (KNOBEL, 2005).

Observações: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes.

<p>CD (características definidoras):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Inquietação: Alterações dos gases sanguíneos podem provocar alterações como inquietação, ansiedade e confusão, decorrentes de hipóxia cerebral (BARBOSA, 2009). □ Presença de 3ª bulha (B3): Traduz a fase de enchimento ventricular rápido, e está presente nas situações de grande distensão ventricular, em consequência da sobrecarga circulatória (RODRIGUES, 2009). □ Arritmias: São causadas por alterações na atividade elétrica cardíaca. São três mecanismos para iniciar ou estabelecer uma arritmia: (1) anormalidade da formação do impulso, (2) anormalidade da transmissão desse impulso, (3) alterações simultâneas de formação e transmissão de impulso. O débito cardíaco é o produto da frequência cardíaca pelo volume sistólico. A presença de arritmias que alteram esses dois fatores podem ocasionar o débito cardíaco diminuído (CARLOTTI, 2012; SMELTZER, 2012; KNOBEL, 2005). □ Bradicardia: Frequência de descarga do nó sinusal é menor que 100 bpm em RN e de 80 bpm em meninos (KNOBEL, 2005). □ Taquicardia: Os mecanismos compensatórios para manutenção do débito cardíaco incluem a taquicardia e o aumento da contratilidade cardíaca e do tônus do sistema venoso. Entretanto, em crianças, as respostas cardiovasculares compensatórias diferem daquelas dos adultos. Em crianças pequenas, o débito cardíaco é mais dependente da frequência cardíaca do que do volume de ejeção, em decorrência de menor massa muscular do ventrículo. Assim, a criança compensa a diminuição do débito cardíaco pela taquicardia (CARLOTTI, 2012). □ Pele fria e pegajosa: É um sinal clínico que indica compensação pelo baixo débito cardíaco e pelo choque. O corpo desvia sangue de órgãos como a pele, rins e trato gastrointestinal, para os órgãos vitais (cérebro e coração) de modo a garantir o suprimento sanguíneo adequado (SMELTZER, 2012). □ Pulsos periféricos diminuídos: A diminuição da perfusão sistêmica se inicia nas extremidades, com diminuição e desaparecimento dos pulsos periféricos (CARLOTTI, 2012). □ Variações nas leituras de pressão arterial: A manutenção da PA é realizada pelo volume sanguíneo adequado, uma bomba cardíaca e uma vasculatura efetivas. Se um desses componentes começa a falhar, são percebidas alterações na PA (SMELTZER, 2012). □ Edema: Aumento da espessura da pele que ocorre devido ao aumento de líquidos intersticiais (RODRIGUES, 2009). 	<p style="text-align: right;">Débito</p> <p>□ cardíaco diminuído: Quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais (HERDMAN, 2015).</p>
<p>FR (fatores relacionados)</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Contratilidade alterada: O desempenho cardíaco depende de quatro fatores essenciais: pré-carga, pós-carga, contratilidade ventricular e frequência cardíaca. A contratilidade ventricular significa a força externa do músculo cardíaco ou do ventrículo. Quanto menos a contratilidade, menor será a pressão, menor o volume de ejeção, mesmo que a pré-carga e a pós-carga não sofram alterações (BERNE & LEVY, 2006). □ Frequência cardíaca alterada: Quando o débito cardíaco diminui, os barorreceptores detectam a queda de pressão e promovem uma resposta simpática, que desencadeia as seguintes consequências hemodinâmicas: 1. 	

Aumento da frequência cardíaca; 2. Aumento no inotropismo, ou seja, a força de contração miocárdica; 3. Aumento da resistência vascular periférica devido a uma vasoconstrição arteriolar; 4. Vasoconstrição venular, para que seja aumentado o retorno venoso (BERNE & LEVY, 2006).

□ **Pós-carga alterada:** A pós-carga está relacionada à quantidade de resistência à ejeção do sangue a partir do ventrículo. Quanto maior for à resistência oferecida tanto pela artéria aórtica como pela artéria pulmonar, maior será a pós-carga, ou seja, maior será a dificuldade para ejetar o sangue. Atribui-se a pós-carga à PA sistêmica, quanto maior a PA maior pós-carga (BERNE & LEVY, 2006).

□ **Pré-carga alterada:** A pré-carga refere-se ao grau de estiramento das fibras musculares cardíacas no final da diástole (antes de iniciar a ejeção ventricular). O final da diástole é o período em que o volume de enchimento nos ventrículo é máximo e o grau de estiramento das fibras musculares é máximo. O volume de sangue dentro do ventrículo no final da diástole determina a pré-carga, o que afeta diretamente o volume sistólico. À medida que o volume de sangue que retorna para o coração aumenta, o estiramento da fibra muscular também aumenta (pré-carga aumentada), resultando em contração mais vigorosa e em um maior volume sistólico. A pré-carga é diminuída por uma redução no volume de sangue que retorna para os ventrículos (BERNE & LEVY, 2006).

□ **Ritmo alterado:** Presença de arritmias podem causar diminuição de débito cardíaco (RODRIGUES, 2009).

Ausculta pulmonar: Técnica utilizada para verificar os ruídos pulmonares (RODRIGUES, 2009).

□ **Murmúrios vesiculares:** Som alveolar bem distribuído por todo o pulmão, sendo mais intenso nas bases pulmonares. Tem timbre grave e suave. É mais forte e prolongado na fase inspiratória e mais audível na região ântero-posterior, nas axilas e nas regiões infraescapulares. Uma área com diminuição do murmúrio vesicular pode ser resultante de hipoventilação por presença de secreção ou líquido alveolar e/ou pleural, hepatização ou atelectasia do parênquima ou, ainda, dissecação aérea (pneumatocele) ou ar no espaço pleural (pneumotórax) (RODRIGUES, 2009).

□ **Ruídos adventícios:** A ausculta de ruídos pulmonares considerados estranhos ou adicionais aos murmúrios vesiculares esperados representa o modo de avaliar essa característica definidora. Uma área com diminuição do murmúrio vesicular pode ser resultante de hipoventilação por presença de secreção ou líquido alveolar e/ou pleural, hepatização ou atelectasia do parênquima ou, ainda, dissecação aérea (pneumatocele) ou ar no espaço pleural (pneumotórax) (RODRIGUES, 2009).

○ **Roncos:** Geralmente se associam a secreção nos brônquios principais e traquéia. Algumas vezes, podem representar a passagem de ar pelas narinas ou cavidades nasais parcialmente obstruídas por secreção ou edema. Isso ocorre na criança pequena, quando não é capaz de atender à solicitação para inspirar com a boca aberta (roncos de transmissão) (RODRIGUES, 2009).

○ **Sibilos:** São ruídos musicais agudos, contínuos, com duração mais longa, que se assemelham a um silvo, que ocorrem por constrição ou edema ao nível dos bronquíolos. Ocorrem geralmente na asma, na qual se distribuem por todo o pulmão bilateralmente, porém eventualmente podem ser localizados ou unilaterais, como na aspiração de corpo estranho ou na embolia pulmonar (RODRIGUES, 2009).

○ **Estertores:** Estertores grossos são ruídos não-musicais, descontínuos, que representam movimento de líquido ou secreção através de bronquíolos, produzidos pela movimentação e

ruptura da interface ar-líquido provocados pelas alterações da pressão no ciclo respiratório. Também podem ser ouvidos quando se coloca o estetoscópio próximo à boca aberta. Estertores finos são ruídos semelhantes aos grossos, porém se localizam no final da inspiração. Geralmente são provocados pela presença de líquido nos alvéolos ou pela sua súbita abertura quando atelectasiados. Ocorrem nos processos com atelectasia, secreções alveolares (pneumonias) ou líquido alveolar (fase inicial da descompensação cardíaca com edema pulmonar)(RODRIGUES, 2009).

Local:

- **Ambos Hemitórax:** Dois hemisférios do tórax(RODRIGUES, 2009).
- **Hemitórax Esquerdo:** Apenas no hemisfério esquerdo do tórax(RODRIGUES, 2009).
- **Hemitórax Direito:** Apenas no hemisfério direito do tórax(RODRIGUES, 2009).

Respiração: A respiração é o mecanismo fisiológico que permite a ocorrência das trocas entre o organismo e o ambiente (BERNE & LEVY, 2006).

□ **Espontânea:** Inspiração e expiração sem interferências de dispositivos (HOCKENBERRY, 2014).

□ **Artificial:** Uso de dispositivo utilizado para realizar ou auxiliar na ventilação, pode ser invasivo ou não invasivo (HOCKENBERRY, 2014).

○ **Óculos nasal:** Proporciona administração limitada de O₂, fração inspirada de oxigênio (FiO₂) entre 24 e 40%. Fácil utilização e bem tolerado, porém, se deslocam facilmente. O paciente pode alimentar-se e falar sem alterar a FiO₂. Fluxo pode ser de 0,5-6 l/min. Máximo de 2 l/min para RN e lactentes. Cuidados para não ressecar a mucosa, devendo ser utilizada umidificação (BOWDEN, 2005; CAMARGO, 2008).

○ **Máscara nasal:** O uso de máscaras nasais também é simples e fornece FiO₂ de até 60%; contudo, apresenta desvantagens como difícil fixação, interferência na alimentação, expectoração e aspiração de vias aéreas (CAMARGO, 2008).

○ **Campânula:** Campânula ou Capacete (HOOD) é um método de oxigenoterapia que proporciona uma FIO₂ desejada, com mistura-se o oxigênio com ar comprimido. Permite que o O₂ seja umidificado e aquecido (existem umidificadores elétricos com regulação automática da temperatura). Vantagens: permite manutenção adequada da FIO₂ (fração de oxigênio do ar inspirado). Desvantagens: Dificulta a higiene dos aspectos faciais e face, requer imobilização da criança, provoca desconforto na criança consciente, tem um impacto psicológico sobre a família que o associa à piora do quadro clínico da criança (HOCKENBERRY, 2014).

○ **CPAP nasal:** *Continuous positive airway pressure*- Essa modalidade corresponde à ventilação não-invasiva (VNI), ou seja, ventilação pulmonar mecânica sem a utilização de uma via aérea artificial. A ventilação adequada depende do equilíbrio entre a capacidade de contração da musculatura respiratória e a demanda do indivíduo, além de um comando respiratório central (*drive*) eficaz. Pode ser utilizada com uma máscara nasal ou facial (KNOBEL, 2005).

○ **Tubo endotraqueal:** A intubação endotraqueal pode ser realizada pela via nasal (nasotraqueal), oral (orotraqueal). Embora seja mais difícil de realizar, a intubação nasotraqueal é preferível à orotraqueal, porque facilita a higiene bucal e fornece uma fixação mais estável, que reduz a complicação da erosão traqueal e o risco de extubação acidental. Apenas os tubos endotraqueais sem manguito (*cuff*) devem ser usados em crianças com menos de 8 anos (HOCKENBERRY, 2014). Entre as indicações de intubação endotraqueal, além de apnéia e hipoventilação, encontra-se a insuficiência respiratória ou cardiovascular com necessidade de pressão positiva, o pós-operatório de grandes cirurgias, alterações da função da caixa torácica, a obstrução da via aérea superior e o controle da PaCO₂(AMANTÉA, 2003).

○ **Traqueostomia:** É uma abertura cirúrgica na traqueia; podendo ser realizado com base emergencial ou eletiva, e pode ser combinado com a VM (HOCKENBERRY, 2014; FRAGA, 2009).

○ **Ventilação mecânica:** Uso de aparelhos que insuflam as vias aéreas com volumes de ar

(volume corrente), a uma determinada velocidade (fluxo inspiratório), gerando pressões positivas (pressão inspiratória e expiratória). A interação entre o sistema respiratório do paciente e o aparelho que a fornece determina a eficácia da ventilação mecânica (VM) (KNOBEL, 2005).

FiO₂: A fração inspirada de oxigênio é um parâmetro de ventilação mecânica frequentemente utilizado para otimizar a oxigenação tecidual. Entretanto, um ajuste inadequado da FiO₂ pode causar hipoxia ou hiperoxia e, conseqüentemente, efeitos nocivos ao organismo (DINIZ, 2009).

PEEP(cmH₂O): Pressão expiratória final positiva. É a pressão de distensão que mantém o alvéolo aberto no final da expiração. A PEEP recupera alvéolos prévios, evita colapamento das vias aéreas durante a expiração e redistribui a água pulmonar, diminui no *shunt* intrapulmonar, aumenta a capacidade residual funcional (CRF), a complacência e a oxigenação. Em pacientes com a PaO₂<60 mmHg (saturação <90%) em uma FiO₂> 0,5, o aumento da PEEP está indicada para melhorar a oxigenação. Com a utilização da PEEP, é possível aumentar a eficácia da oxigenação com uma FiO₂ menor, reduzindo a toxicidade pulmonar pelo oxigênio. A PEEP fisiológica varia de 3 a 5 cmH₂O. Em patologias com a diminuição da complacência pode-se ocasionalmente atingir 15 a 20 cmH₂O (KNOBEL, 2005).

PIP (cmH₂O): Pico de pressão inspiratória. É o primeiro parâmetro a ser ajustado, de acordo com a patologia de base. A pressão ideal deve promover expansão torácica adequada, sem hiperdistensão, situando-se, quando não há comprometimento pulmonar grave, entre 15 e 20 cmH₂O. Em doenças obstrutivas, ou quando há complacência, utilizam-se pressões mais elevadas, sendo que nesta última, em geral, utiliza-se pressões altas (acima de 30 cmH₂O), com maior o risco de barotrauma (KNOBEL, 2005).

□ **Modo controlado:** É uma modalidade de ventilação na qual todas as respirações são fornecidas pelo aparelho de ventilação, a uma frequência, pressão (ou volume), fluxo inspiratório e tempo inspiratório predeterminados. Está indicado nas situações em que a criança não tenha esforço inspiratório como em lesões do SNC, durante anestesia ou no pós-operatório imediato, ou em situações em que a criança precise de sedação vigorosa ou curarização. Pode levar à fraqueza da musculatura respiratória e atrofia, se usada por tempo prolongado. A monitorização gasométrica deve ser rigorosa para que sejam corrigidos os distúrbios ácido-bases que normalmente seriam corrigidos pela respiração espontânea da criança (KNOBEL, 2005).

□ **Modo assistido-controlado (A/C):** É uma modalidade de ventilação na qual as respirações mandatórias são fornecidas a uma frequência, pressão (ou volume), fluxo e tempo inspiratório preestabelecidos, porém, entre as respirações iniciadas pelo aparelho, a criança pode desencadear uma resposta do aparelho de ventilação e receber uma respiração mandatória com os mesmos parâmetros daquelas iniciadas pelo aparelho de ventilação, exceto pela frequência que é determinada pelo paciente. Está indicada em situações em que a criança tenha um esforço inspiratório normal, porém com uma musculatura respiratória incapaz de realizar todo o trabalho respiratório para manter uma frequência respiratória. Para que esse tipo de ventilação possa ser realizado, o sistema de disparo (*trigger*) deve ser bastante sensível e a válvula de demanda de resposta rápida. Tem como desvantagem a possibilidade da hiperventilação por dor, ansiedade ou fatores neurológicos, levando à alcalose respiratória (KNOBEL, 2005).

□ **Ventilação mandatória intermitente (IMV):** É o modo de ventilação mais utilizado em pediatria. Nesta modalidade as respirações mandatórias são fornecidas ao paciente a uma frequência, pressão (ou volume), fluxo e tempo inspiratório predeterminados, porém entre as respirações mandatórias o paciente pode respirar espontaneamente, com frequência, pressão, volume e tempo inspiratório determinados por ele. Isto é possível pela existência de um fluxo contínuo entre as respirações mandatórias, ou de um fluxo de demanda desencadeado pela

detecção do esforço inspiratório do paciente. O SIMV (ventilação mecânica intermitente sincronizada) faz com que a respiração mandatória ocorra concomitantemente ao esforço inspiratório do paciente. Está indicado quando a criança tem um *drive* respiratório, porém sua musculatura respiratória é incapaz realizar todo o trabalho respiratório para manter uma ventilação adequada e é também uma forma de desmame da VM. Os efeitos cardiovasculares da VM são menos evidentes neste tipo de ventilação do que na ventilação controlada ou assistida controlada, pois a pressão média das vias aéreas (PMVA) é muito menor durante a respiração espontânea, levando, portanto, a uma queda da PMVA no decorrer do tempo. Como o paciente participa mais da ventilação, leva a uma menor ocorrência de atrofia da musculatura respiratória (KNOBEL, 2005).

□ **Pressão de suporte:** É um modo de ventilação no qual o esforço inspiratório da criança é assistido pelo ventilador para se atingir um nível de pressão preestabelecido. A inspiração termina quando o fluxo inspiratório atinge um nível mínimo, ou uma porcentagem do pico de fluxo atingido. A criança determina sua frequência respiratória e a interação do sistema respiratório da criança com o aparelho determina o tempo inspiratório e o volume corrente, que são variáveis de uma respiração para outra. Como a criança inicia a respiração e a interação entre a mecânica respiratória da criança e o ventilador leva ao término da respiração, este tipo de ventilação é considerado espontâneo. Tem sido indicado para o desmame da criança em VM ou como forma de ventilação, associado ao SIMV, para as crianças que apresentam um esforço inspiratório adequado, porém com musculatura respiratória ou parênquima pulmonar incapaz de manter um trabalho para a sua necessidade ventilatória. Esta modalidade permite uma melhor sincronia entre a criança e o ventilador. Na criança a realização deste modo de ventilação pode ser dificultado pela utilização de cânulas muito pequenas, cuja resistência inspiratória elevada pode fazer com que o pico de pressão seja atingido muito rapidamente, com um volume corrente baixo. Ou ainda, o escape da cânula sem *cuff* pode dificultar a ciclagem nesta modalidade (KNOBEL, 2005).

□ **Pressão controlada:** Na ventilação com pressão controlada a ciclagem (fechamento da válvula inspiratória e a abertura da válvula expiratória) é a tempo; o disparo (início de um ciclo, ou da fase inspiratória que ocorre com a abertura da válvula inspiratória) é a tempo, de acordo com a frequência respiratória programada. Neste modo o volume corrente e o fluxo inspiratório variam de acordo com a complacência pulmonar e resistência das vias aéreas. (SARMENTO, 2007; CARVALHO, 2005).

□ **Volume controlado:** Na ventilação com volume controlado a ciclagem é a volume; o disparo é a tempo. O volume corrente é pré-estabelecido de acordo com o peso predito do paciente, normalmente ventila-se à 6-8 ml/kg de peso. Nessa modalidade a pressão e o fluxo são variáveis para que seja garantido o volume pré-estabelecido. (SARMENTO, 2007; CARVALHO, 2005).

□ **Volume garantido (VG):** O modo volume garantido associado a pressão suporte denominando-se VAPS (pressão de suporte com volume corrente garantido), no entanto não encontra-se somente o modo volume garantido (SARMENTO, 2007).

□ **Pressão regulada com volume controlado (PRVC):** É uma modalidade controlada, disponível no Servo®300 e no Servo®i, na qual determina-se o volume corrente e o respirador regula, automaticamente, o menor pico de pressão inspiratória possível, de acordo com as características da mecânica respiratória do paciente. A PRVC promove os benefícios do volume controlado, por garantir o volume corrente, e da pressão controlada, por promover baixos picos de pressão inspiratória. Nesta modalidade o fluxo inspiratório é desacelerado e com este padrão de fluxo ocorre uma melhor distribuição dos gases dentro dos pulmões, com picos de pressão mais baixos. O respirador calcula nas quatro primeiras respirações o menor nível de pressão inspiratória possível para alcançar o volume corrente determinado. Quando houver

alteração na complacência pulmonar, o respirador automaticamente ajusta a pressão inspiratória, com uma variação de no Máximo 3 cmH₂O entre as respirações consecutivas (KNOBEL, 2005).

CD(características definidoras):

□ **Alterações na profundidade respiratória:** Ritmos respiratórios específicos como o Cheyne-Stokes e o Biot ocorrem normalmente associados a patologias mais ou menos severas. O primeiro se refere a incursões que são crescentes e decrescentes intercaladas por um período de apnéia, estando associado a insuficiência cardíaca congestiva ou hipertensão intracraniana. O segundo são ciclos respiratórios irregulares de respiração com amplitudes diferentes também interrompidos por apnéia, só que esse geralmente está associado a patologias com dano cerebral grave (RODRIGUES, 2009).

□ **Dispneia:** Dispneia ou falta de ar é um sintoma no qual a pessoa tem desconforto para respirar, normalmente com a sensação de respiração incompleta. A dispneia favorece em duas vezes a chance de apresentar padrão respiratório ineficaz (CAVALCANTE, 2010).

□ **Respiração com lábios franzidos:** Crianças que respiram com os lábios franzidos têm três vezes mais chances de apresentar. A respiração com os lábios franzidos é observada apenas na respiração prolongada (CAVALCANTE, 2010).

□ **Taquipneia:** Ritmo respiratório acelerado. Conceitua-se taquipnéia quando um recém-nascido apresenta mais do que 60 irpm, um lactente, mais do que 50 irpm, e crianças acima de 1 ano, mais do que 40 irpm(CAVALCANTE, 2010; RODRIGUES, 2009).

□ **Uso da musculatura acessória para respirar:** O principal músculo envolvido na respiração é o diafragma, innervado por segmentos cervicais da medula através do frênico. Mas também observaremos, entre outros, os intercostais externos, intercostais internos, toracoespinhais (escalenos e esternocleidomastóideo) e grande peitoral (RODRIGUES, 2009).

FR (fatores relacionados):

□ **Dano musculoesquelético:** Alterações dos músculos respiratórios (diafragma, intercostais, escalenos, acessórios, abdominais) e na estrutura esquelética envolvida na dinâmica respiratória (BERNE & LEVY, 2006).

□ **Dano neurológico:** A respiração é controlada pelo Sistema Nervoso Central; a respiração voluntária é regulada pelo córtex, e a respiração automática pelos centros respiratórios do bulbo e da ponte. Alterações nessas estruturas podem alterar a dinâmica respiratória (BERNE & LEVY, 2006).

□ **Disfunção neuromuscular:** ADNM se refere ao acometimento, primário ou secundário, da unidade motora (compreendida por - neurônio motor medular, raiz nervosa, nervo periférico, junção neuromuscular e fibras musculares innervadas por um único neurônio motor), resultado em um comprometimento da função muscular periférica e central podendo originar disfunções respiratórias (REED, 2002; FONSECA, 2008; TZENG, 2000; PASCHOAL, 2007).

□ **Hiperventilação:** É definida como um ritmo e uma profundidade de respiração exagerada para as necessidades do corpo em um momento específico. A consequência metabólica da hiperventilação é a hipocapnia,

□ **Padrão respiratório ineficaz:** Inspiração e/ou inspiração que não proporciona ventilação adequada. (HERDMAN, 2015).

<p>isto é: a diminuição do teor de dióxido de carbono dissolvido no sangue. Como o dióxido de carbono é transportado no sangue como ácido carbônico, a hiperventilação eleva o pH sanguíneo, fenômeno conhecido como alcalose respiratória (KNOBEL, 2005).</p>	
<p>CD (características definidoras):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Características da pele alteradas: Presença de cianose, palidez, umidade, temperatura fria, indicando alteração na circulação periférica (RODRIGUES, 2009). □ Edema: É definido como acúmulo de líquido no espaço intersticial. Para que o edema ocorra, deve haver uma quebra dos mecanismos que controlam a distribuição do volume de líquido no espaço intersticial. O retorno de sangue prejudicado aumenta o volume de sanguíneo no capilar, que aumenta também a pressão hidrostática e determina uma maior ultrafiltração. O resultado é uma saída grande de líquido para o interstício e a geração de edema (COELHO, 2004; GUYTON, 2006). □ Função motora alterada: A função motora é estabelecida pelos nervos do corpo, os quais enviam informações do SNC (Sistema Nervoso Central) para os músculos e glândulas, fazendo-os funcionarem ou movimentarem-se de acordo com as informações do cérebro. Alterações no sistema nervoso central, sistema nervoso periférico e sistema muscular podem alterar a função motora (BERNE & LEVY, 2006). □ Parestesia: Sensação "anormal" na ausência de um estímulo específico (ex.: sensação de frio/calor, queimação, peso, compressão) (RODRIGUES, 2009). □ Pulsos ausentes: A diminuição da perfusão sistêmica se inicia nas extremidades, com diminuição e desaparecimento dos pulsos periféricos (CARLOTTI, 2012). □ Pulsos diminuídos: Indica perfusão periférica diminuída (CARLOTTI, 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> □ Perfusão tissular periférica ineficaz: Redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde. (HERDMAN, 2015).
<p>FR (fatores relacionados):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Diabete Melito: Complicações clínicas do diabetes podem ser atribuídas a alterações na função e estrutura vascular, dano aos nervos (neuropatias) e má circulação, devido aos elevados níveis glicêmicos (SMELTZER, 2012). □ Hipertensão: A hipertensão em crianças e adolescentes segue definida como uma pressão sistólica e/ ou diastólica igual ou acima do percentil 95. Cronicamente a hipertensão acarreta em danos ao sistema cardiovascular (RODRIGUES, 2009). 	
<p>CD (características definidoras):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Aumento da frequência respiratória: Apresenta-se como sinal clínico relacionado à hipoxemia (uma tensão ou PaO₂ que está mais baixa que o normal e pode ser identificada por uma saturação arterial reduzida ou uma diminuição na PaO₂) (LOPEZ, 2010; HOCKENBERRY, 2014). □ Agitação: Apresenta-se como sinal clínico relacionado à hipoxemia (LOPEZ, 2010). □ Aumento da frequência cardíaca: Apresenta-se como sinal clínico relacionado à hipoxemia (LOPEZ, 2010). □ Cianose: Sinaliza hipoxemia, ressaltando-se que o aparecimento de cianose requer aproximadamente 5 g/dL de hemoglobina reduzida e, portanto, a cianose pode não aparecer em crianças anêmicas (MATSUNO, 	<ul style="list-style-type: none"> □ Resposta disfuncional ao desmame ventilatório: incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico, que interrompe e prolonga o

<p>2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Nível de consciência diminuído: Alterações no nível de consciência podem indicar hipercapnia (aumento da concentração de dióxido de carbono) (LOPEZ, 2010; SMELTZER, 2012). □ Respiração descoordenada em relação ao ventilador: Também conhecida como assincronia paciente-ventilador, refere-se à incoordenação entre os esforços realizados pelo paciente e suas necessidades ventilatórias, em relação ao que está sendo ofertado pelo ventilador (BONDSON, 2013). □ Ruídos adventícios na respiração: Uma área com diminuição do murmúrio vesicular pode ser resultante de hipoventilação por presença de secreção ou líquido alveolar e/ou pleural, hepatização ou atelectasia do parênquima ou, ainda, dissecação aérea (pneumatocele) ou ar no espaço pleural (pneumotórax) (RODRIGUES, 2009). □ Uso total da musculatura acessória da respiração: Observa-se quando a criança apresenta esforço respiratório (RODRIGUES, 2009). 	<p>processo de desmame. (HERDMAN, 2015). de</p>
<p>FR (fatores relacionados):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Desobstrução ineficaz das vias aéreas: Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída (HERDMAN, 2015). □ Dor: O desmame da ventilação mecânica depende de vários fatores, mas principalmente da força dos músculos respiratórios, da carga desses e da intensidade do estímulo respiratório. Geralmente, a falha desmame ocorre por um desequilíbrio entre a bomba muscular respiratória e a carga muscular respiratória. São causas de elevação da demanda ventilatória: elevação do estímulo central da respiração, sepse, febre, dor, ventilação aumentada do espaço morto, carga elástica pulmonar e torácica, entre outras (NEMER, 2011). □ Ritmo impróprio na diminuição do suporte ventilatório: Caracterizados por alterações na sequência, forma e amplitude das incursões respiratórias quando o paciente, por diversas causas (acidose metabólica, insuficiência renal com uremia, insuficiência cardíaca grave, traumatismos cranioencefálicos, intoxicação por opiáceos ou por imaturidade do centro respiratório em recém-nascidos) não suportam a redução do suporte ventilatório (BARROS, 2016). 	
<p>CD (características definidoras):</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Dispneia: Angustia associada à incapacidade para ventilar o suficiente para satisfazer a demanda de ar. O aparecimento de uma dispnéia está especialmente associado ao acúmulo de excesso de Dióxido de Carbono (CO₂) nos líquidos corporais. Às vezes, contudo, os níveis de Oxigênio (O₂) e de dióxido de carbono nos líquidos corporais estão normais, mas para alcançar esta normalidade dos gases respiratórios, a pessoa tem que ventilar vigorosamente (GUYTON, 2002). □ Frequência cardíaca aumentada: Apresenta-se como sinal clínico relacionado à hipoxemia (LOPEZ, 2010). □ Inquietação aumentada: Apresenta-se como sinal clínico relacionado à hipoxemia (LOPEZ, 2010). □ PCO₂ aumentada: Pressão parcial de gás carbônico-APCO₂ indica a eficácia da ventilação alveolar. Em concentrações aumentadas indica 	<p>□ Ventilação espontânea prejudicada: Reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para a sustentação da</p>

<p>redução da ventilação pulmonar (hipoventilação). A hipoventilação alveolar causa hipercapnia (aumento do CO₂, ocasionando uma acidose respiratória (SMELTZER, 2012).</p> <p>□ PO₂diminuída: Pressão parcial de oxigênio- Define-se pela quantidade de pressão exercida pelo O₂ dissolvido no sangue. A PaO₂ é usada para medir a eficácia dos pulmões em oxigenar o sangue. Quando o valor é baixo, o paciente está em hipóxia (SMELTZER, 2012).</p> <p>□ SaO₂ diminuída:SatO₂(saturação de oxigênio arterial) refere-se ao percentual de hemoglobina (Hb) do sangue arterial que está ligada ao oxigênio (O₂) explicado através da curva de dissociação da hemoglobina. Quando os valores de SatO₂estão diminuídos, indicam que há uma maior afinidade do O₂ com Hb dificultando a liberação do O₂ para os tecidos e dessa forma prejudicando a oxigenação tecidual. Alguns fatores contribuem para isso como: o aumento do pH sanguíneo, redução da PaCO₂(pressão alveolar de gás carbônico) e hipotermia (GUYTON, 2002).</p>	<p>vida(HERDMAN, 2015).</p>
<p>Observação: Espaço destinado para outros dados considerados relevantes.</p>	

percepção, cognição e comunicação (HERDMAN, 2015).

Classe 4: Cognição

Uso de memória, aprendizagem, raciocínio, solução de problemas, abstração, julgamento, insight, capacidade intelectual, cálculos e linguagem (HERDMAN, 2015).

Pupilas

- **Isocóricas:** com o mesmo diâmetro (BARROS, 2010).
- **Anisóricas:** com diâmetros diferentes (BARROS, 2010).

Reflexo à luz

- **Fotorreagentes:** constrição da pupila quando exposta à luz (BARROS, 2010).
- **Não reagentes:** pupila não reage à luz (BARROS, 2010).

Diâmetro pupilar

- **Midriáticas:** pupila dilatada (SMELTZER, 2012).
- **Mióticas:** contração pupilar (SMELTZER, 2012).

Nível de consciência

- **Orientado:** criança desperta e alerta; orientada no tempo, no espaço e pessoalmente; comportamento apropriado para a idade (ROCKENBERRY, 2014).
- **Coma:** perda total da consciência. Ocorre perda da inteligência, da motilidade e da sensibilidade (térmica, tátil e dolorosa) (RODRIGUES, 2009).
- **Sedado:** a sedação consciente é um estado de diminuição da consciência que mantém presente os reflexos protetores das vias aéreas, a respiração espontânea e a resposta a estímulos verbais e táteis. A sedação profunda é um estado de depressão da consciência, no qual os reflexos protetores das vias aéreas e da respiração espontânea podem não estar mantidos, e o paciente pode não responder a estímulos verbais e táteis (KNOBEL, 2005).

Reflexos

- **De Busca:** o toque ou o golpe na bochecha ao longo da boca faz com que o RN vire a cabeça para o lado e comece a sugar; deve desaparecer por volta de 3-4 meses de idade, mas pode durar mais de 12 meses (ROCKENBERRY, 2014).
- **Sucção:** O recém-nascido deve exibir uma sucção forte e vigorosa. O reflexo é desencadeado colocando um bico ou dedo enluvado na boca do recém-nascido. Perdura por toda a lactância, mesmo sem estímulo, como durante o sono (ROCKENBERRY, 2014).
- **Deglutição:** Capacidade de engolir com ausência de engasgos, tosse, regurgitação ou movimento durante a tentativa de deglutição (VALERIO, 2010).
- **Preensão Palmar:** o toque das palmas das mãos ou planta dos pés próximo a base dos dedos causa flexão dos dedos e artelhos. A preensão palmar diminui após 3 meses de idade, sendo substituída por movimento voluntário; a preensão palmar diminui por volta de 8 meses de idade (ROCKENBERRY, 2014).
- **Babinski:** o estímulo tátil da região plantar no sentido superior, desde o calcanhar até o arco do pé provoca a hiperextensão dos dedos do pé e a dorsiflexão do hálux. Desaparece após 1 ano (ROCKENBERRY, 2014).
- **Cervical tônico:** quando se gira a cabeça do RN para um lado, o braço e a perna se estendem para este lado, e o braço e a perna opostos se fletem. Desaparece por volta dos 3-4 meses, sendo substituído por posicionamento simétrico de ambos os lados do corpo (ROCKENBERRY, 2014).
- **Moro:** a sacudida ou mudança súbita no equilíbrio provoca extensão e abdução súbitas dos membros e estiramento dos dedos, com o indicador e o polegar adquirindo a forma de C, seguidas de flexão e adução dos membros; as pernas podem flexionar um pouco; o RN pode chorar. Desaparece após 3-4 meses, em geral mais forte nos 2 primeiros meses (ROCKENBERRY, 2014).

Atividade motora:

<ul style="list-style-type: none"> □ Irritabilidade: é o aumento exagerado a estímulos do ambiente e uma baixa tolerância a incômodos (RODRIGUES, 2009). □ Tremores: podem ser encontrados em RN saudáveis, geralmente quando são manipulados para despir-se. Suas características semiológicas são a ritmicidade, a rapidez, a pequena amplitude, envolvendo extremidades e cessando com o toque (RODRIGUES, 2009). □ Convulsões: são provocadas por distúrbios neuronais excessivos e desordenados no cérebro. A manifestação das convulsões depende da região do cérebro na qual elas se originam, podendo incluir inconsciência ou alteração da consciência; movimentos involuntários e alteração da percepção; comportamentos, sensações e postura (ROCKENBERRY, 2014). 	
<p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Agitação aumentada: agitação psicomotora exagerada (RODRIGUES, 2009). □ Flutuação na atividade psicomotora: oscilação nas atividades psicomotoras podendo apresentar-se exageradas ou reduzidas (RODRIGUES, 2009). □ Flutuação na cognição: oscilação nos aspectos cognitivos, podendo apresentar-se de forma exagerada, reduzida ou inexistente (RODRIGUES, 2009). □ Flutuação no nível de consciência: oscilação do nível de consciência, podendo alterar-se de orientação ao coma (RODRIGUES, 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> □ Confusão aguda: início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição, e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo (HERDMAN, 2015).
<p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Abuso de substâncias: medicamentos e drogas lícitas e ilícitas com efeitos no sistema nervoso central permitem sintomas de confusão (ROCKENBERRY, 2014). □ Demência: perda de funções cerebrais, caracterizada por prejuízo cognitivo (RODRIGUES, 2009). 	
<p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Anormalidades metabólicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ azotemia: é o acúmulo de produtos nitrogenados (ureia, ácido úrico, creatinina, proteínas) no sangue (ROCKENBERRY, 2014). ○ desequilíbrios eletrolíticos: alguns eletrólitos podem ocasionar alterações neurológicas. No caso da deficiência de sódio (hiponatremia) pode ocasionar edema cerebral e celular (SMELTZER, 2012). ○ desidratação: perturbação dos líquidos corporais comum em lactentes e crianças, que ocorre sempre que a eliminação total de líquidos excede a ingesta total (ROCKENBERRY, 2014). ○ desnutrição: é resultado da ingestão ou absorção inadequada de nutrientes necessários para satisfazer as necessidades energéticas e de crescimento do organismo (ROCKENBERRY, 2014). ○ hemoglobina diminuída: redução na quantidade de hemácias no sangue (RODRIGUES, 2009). ○ ureia e creatinina aumentadas: valores acima da referência para a idade (RODRIGUES, 2009). □ Cognição prejudicada: alteração cognitiva que pode afetar o processamento de informações, incluindo tarefas mentais como 	<ul style="list-style-type: none"> □ Risco de confusão aguda: risco de perturbações reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que se desenvolvem em um curto período de tempo (HERDMAN, 2015).

<p>atenção, raciocínio e memória (RODRIGUES, 2009).</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Demência: perda de funções cerebrais, caracterizada por prejuízo cognitivo (RODRIGUES, 2009). □ Dor: experiência sensorial ou emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial, com início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente (HERDMAN, 2015). □ Infecção: invasão por organismos patogênicos (HERDMAN, 2015). 	
Observação:	

DOMÍNIO 7: PAPÉIS E RELACIONAMENTOS Conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas (HERDMAN, 2015).	
Classe 1: Papéis do cuidador Padrões de comportamento socialmente esperados por pessoas que oferecem cuidados e que não são profissionais do atendimento de saúde (HERDMAN, 2015).	
CD: <ul style="list-style-type: none"> □ Ausência de ganho de peso do neonato: não observação de ganho de peso (ROCKENBERRY, 2014). □ Incapacidade do neonato de apreender a região areolomamilar corretamente: apresenta pega da mama incorreta (ROCKENBERRY, 2014). □ Neonato chora ao ser posto na mama: choro observado na tentativa de amamentação (ROCKENBERRY, 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> □ Amamentação ineficaz: insatisfação ou dificuldade que mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação (HERDMAN, 2015).
FR: <ul style="list-style-type: none"> □ Anomalia do neonato: anormalidade de estruturas que impedem a amamentação (ROCKENBERRY, 2014). □ Neonato recebe alimentação suplementar com mamadeiras: introdução da alimentação com mamadeira pode prejudicar a amamentação (ROCKENBERRY, 2014). □ Prematuridade: o RN prematuro pode apresentar imaturidades que resultam em uma sucção ineficiente e reflexos orais insatisfatórios (ROCKENBERRY, 2014). □ Reflexo de sucção do neonato insatisfatório: neonato não apresenta reflexo de sucção forte e vigorosa, dificultando a alimentação (ROCKENBERRY, 2014). 	

DOMÍNIO 9: ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE Lutas contra eventos/processos de vida (HERDMAN, 2015).	
Classe 3: Estresse neurocomportamental Respostas comportamentais que se refletem na função nervosa cerebral (HERDMAN, 2015).	
CD: Aumento desproporcional da PIC após um estímulo <ul style="list-style-type: none"> □ Abaulamento da fontanela: curva suave para fora (externa) (ROCKENBERRY, 2014). □ Irritabilidade: agitação exagerada (ROCKENBERRY, 2014). □ Choro fácil: repetidas crises de choro (ROCKENBERRY, 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> □ Capacidade adaptativa intracraniana diminuída: os mecanismos da dinâmica dos fluídos intracranianos que normalmente compensam os aumentos

<input type="checkbox"/> Recusa da alimentação: não aceitação da alimentação (RODRIGUES, 2009).	nos volumes intracranianos estão comprometidos, resultando em repetitivos aumentos desproporcionais na pressão intracraniana em resposta a uma variedade de estímulos nocivos e não nocivos (HERDMAN, 2015).
FR: <input type="checkbox"/> Lesões cerebrais Qual: _____	
Observação:	

DOMÍNIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO Estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos (HERDMAN, 2015).	
Classe 1: Infecção Reações do hospedeiro após invasão de patógenos (HERDMAN, 2015).	
Infecção materna:	
FR: <input type="checkbox"/> pele rompida: rupturas estruturais ou fisiológicas da pele (ROCKENBERRY, 2014). <input type="checkbox"/> diminuição da ação ciliar: retardo na locomoção de secreções (ROCKENBERRY, 2014). <input type="checkbox"/> ruptura prematura de membranas amnióticas: quadro caracterizado pela rotura espontânea das mesmas antes do começo do trabalho de parto (BRASIL, 2010). <input type="checkbox"/> tecido traumatizado: agressão aos tecidos, proveniente da ação de uma força deformatória (ROCKENBERRY, 2014). <input type="checkbox"/> diminuição de hemoglobina: valores de referência da hemoglobina diminuídos para a idade (RODRIGUES, 2009). <input type="checkbox"/> leucopneia: diminuição do número de leucócitos (RODRIGUES, 2009). <input type="checkbox"/> desnutrição: é resultado da ingestão ou absorção inadequada de nutrientes necessários para satisfazer as necessidades energéticas e de crescimento do organismo (ROCKENBERRY, 2014). <input type="checkbox"/> ruptura prolongada de membranas amnióticas: é considerada quando o período de latência entre a ruptura das membranas e o nascimento for maior que 24 horas (FREITAS, 1999). <input type="checkbox"/> vacinação inadequada: esquema vacinal incompleto (ROCKENBERRY, 2014).	<input type="checkbox"/> Risco de infecção: risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos (HERDMAN, 2015).
Classe 2: Lesão física Dano ou ferimento ao organismo (HERDMAN, 2015).	
Taquipneia: frequência respiratória aumentada (ROCKENBERRY, 2014). Regurgitação: retorno de alimento não digerido do estômago, em geral acompanhado de arroto (ROCKENBERRY, 2014).	<input type="checkbox"/> Risco de aspiração: risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias
FR:	

<ul style="list-style-type: none"> □ Alimentação por sonda: alimentação por meio de uma sonda inserida por via oral ou nasal no estômago (orogástrica ou nasogástrica), duodeno-jejuno (enteral), estômago (gastrostomia), ou jejuno (jejunostomia) (ROCKENBERRY, 2014). □ Deglutição prejudicada: funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica (HERDMAN, 2015). □ Esvaziamento gástrico retardado: diminuição no processo de esvaziamento gástrico pela diminuição da força contrátil da musculatura do estômago (ROCKENBERRY, 2014). □ Presença de tubo intratraqueal: tubo inserido na via aérea (ROCKENBERRY, 2014). □ Presença de traqueostomia: orifício artificial criado cirurgicamente para acesso a traquéia para ventilação artificial (ROCKENBERRY, 2014). 	<p>traqueobrônquicas (HERDMAN, 2015).</p>
<p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Hipotensão: é determinada quando a pressão arterial é muito baixa para o fluxo sanguíneo (RODRIGUES, 2009; ROCKENBERRY, 2014). □ Hipovolemia: é resultante de desidratação, hemorragia e perdas para o terceiro espaço, decorrentes do aumento da permeabilidade capilar (CARLOTTI, 2012). □ Hipoxemia: Refere-se a uma tensão ou pressão do oxigênio arterial (PaO₂) que está mais baixa que o normal e pode ser identificada por uma saturação arterial reduzida ou uma diminuição na PaO₂ (HOCKENBERRY, 2014). □ Hipoxia: redução na oxigenação do tecido que resulta das baixas saturações de oxigênio e da PaO₂ e leva ao comprometimento dos processos celulares (HOCKENBERRY, 2014). □ Infecção: invasão por organismos patogênicos (HERDMAN, 2015). □ Sepse: Sepsé é a SRIS (síndrome da resposta inflamatória sistêmica) na presença de infecção (suspeita ou confirmada). A SRIS caracteriza a resposta inflamatória independente da causa. É definida pela presença de duas ou mais das seguintes condições, uma das quais deve ser alteração da temperatura ou da contagem de leucócitos: • Febre ou hipotermia • Taquicardia • Taquipneia • Hemograma com leucocitose, leucopenia ou desvio à esquerda (CARLOTTI, 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> □ Risco de choque: risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo, capaz de levar a disfunção celular, com risco à vida (HERDMAN, 2015).
<p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Cianose: coloração azulada das mucosas, pele e unhas da criança com saturação de oxigênio reduzida. Ela resulta da presença da hemoglobina desoxigenada (hemoglobina não ligada ao oxigênio) em uma concentração de 5g/dL de sangue (HOCKENBERRY, 2014). □ Dispneia: angustia associada à incapacidade para ventilar o suficiente para satisfazer a demanda de ar. O aparecimento de uma dispnéia está especialmente associado ao acúmulo de 	<ul style="list-style-type: none"> □ Desobstrução ineficaz de vias aéreas: incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída (HERDMAN, 2015).

<p>excesso de Dióxido de Carbono (CO₂) nos líquidos corporais (GUYTON, 2002).</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Gases sanguíneos arteriais: gases circulantes no organismo-hidrogênio (Ph), pressões parciais de gás carbônico (PaCO₂), bário (BE), Saturação de Oxigênio (Sat O₂), Bicarbonato (HCO₃) (GUYTON, 2002; SMELTZER, 2012). □ Inquietação: alterações dos gases sanguíneos podem provocar alterações como inquietação, ansiedade e confusão, decorrentes de hipóxia cerebral (BARBOSA, 2009). □ Mudanças na frequência respiratória: aumento ou diminuição do número de incursões respiratórias no período de um minuto, levando em consideração a idade do paciente (ANDRADE, 2014). □ Olhos arregalados: abertura ocular aumentada, em que há um arqueamento das sobrancelhas e aparente protrusão do globo ocular, podendo estar relacionado à angústia respiratória (ANDRADE, 2014). □ Quantidade excessiva de muco: presença de secreção mucosa em grande quantidade (ANDRADE, 2014). □ Ruídos adventícios respiratórios: sons anormais (estertores, crepitações, roncos, sibilos e/ou atrito pleural) produzidos pelo fluxo de ar no trato respiratório (ANDRADE, 2014). 	
<p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Exsudato nos alvéolos: presença de secreção que obstrui os alvéolos pulmonares (RODRIGUES, 2009). □ Muco excessivo: presença de secreção mucosa em excesso (RODRIGUES, 2009). □ Presença de via aérea artificial: dispositivo invasivo na via aérea (tubo orotraqueal, traqueostomia) (HOCKENBERRY, 2014). □ Secreções nos brônquios: presença de secreção que obstrui os brônquios pulmonares (RODRIGUES, 2009). □ Secreções retidas: permanência de secreção nas vias aéreas (RODRIGUES, 2009). 	
<p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Destruição de camadas da pele: rupturas estruturais ou fisiológicas de alguma camada da pele (ROCKENBERRY, 2014). □ Invasão de estruturas do corpo: destruição profunda de camadas da pele que invadem outros tecidos (RODRIGUES, 2009). □ Rompimento da superfície da pele: rupturas estruturais ou fisiológicas da pele (ROCKENBERRY, 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> □ Integridade da pele prejudicada: epiderme e/ou derme alteradas (HERDMAN, 2015).
<p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Fatores mecânicos: traumas de qualquer etiologia (forças abrasivas, pressão, contenção) (RIBEIRO, 2012; MALAQUIAS, 2014). □ Radiação: exposição prévia à radiação solar ou radioterapia (MALAQUIAS, 2014). □ Deficiência imunológica: grupo de distúrbios em que parte do sistema imunitário está em falta ou defeituosa, com diminuição da capacidade do corpo em combater infecções, tendo como 	

<p>etiologia doenças, infecções, ou os efeitos secundários de fármacos administrados para tratar outras condições (SMELTZER, 2012).</p> <p>□ Estado nutricional desequilibrado: peso abaixo do normal, sobrepeso ou obesidade (RIBEIRO, 2012).</p>	
<p>CD:</p> <p>□ Tecido destruído: tecido em que ocorreu lesão celular irreversível, com exposição de tecidos (derme, subcutâneo, fáscia muscular, músculo, tendão, osso), evidenciando perda de substância ou ausência de tecidos esperados, de acordo com a anatomia do local ou presença de necrose tecidual (MALAQUIAS, 2014).</p> <p>□ Tecido lesado: tecido que apresenta lesão celular reversível no qual se observam mudanças no trofismo, turgor, elasticidade, microambiente, e/ou coloração, porém sem a perda da solução de continuidade. A lesão celular pode ocorrer devido a: hipóxia, alteração da composição do microambiente, alterações metabólicas, alterações nutricionais, resposta inflamatória crônica, ou exposição a agentes químicos (MALAQUIAS, 2014).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ córnea: parte anterior transparente e protetora do olho, localizada na região polar anterior do globo ocular (SMELTZER, 2012). ○ mucosas: tecido epitelial de revestimento interno das cavidades do corpo que têm contato com o meio externo- mucosa bucal, do esôfago, gástrica, intestinal, nasal, olfatória, oral, bronquial, endométrio (SMELTZER, 2012). ○ pele ou tecido subcutâneo: a pele apresenta duas camadas: a epiderme- camada mais externa, sendo formada por tecido epitelial. Após a epiderme, encontramos a derme, formada por tecido conjuntivo e nela estão localizados os nervos, vasos sanguíneos e linfáticos, folículos pilosos e as glândulas sudoríparas. Abaixo da derme, encontramos o tecido subcutâneo, conhecido também como tecido adiposo subcutâneo. Esse tecido não faz parte da pele, mas representa a região de união da pele com outros órgãos (SMELTZER, 2012). 	<p>□ Integridade tissular prejudicada: dano a membrana mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos (HERDMAN, 2015).</p>
<p>FR:</p> <p>□ Circulação prejudicada: condições de alteração circulatória venosa, arterial ou ambas, além da linfática (MALAQUIAS, 2014).</p> <p>□ Déficit de líquidos: condições de hidratação do organismo inadequado para manter a homeostase (MALAQUIAS, 2014).</p> <p>□ Excesso de líquidos: retenção aumentada de líquidos isotônicos, podendo causar edema, anasarca (HERDMAN, 2015).</p> <p>□ Fatores mecânicos: traumas de qualquer etiologia (forças abrasivas, pressão, contenção) (RIBEIRO, 2012; MALAQUIAS, 2014).</p> <p>□ Fatores nutricionais: excesso ou déficit de substâncias participantes na higidez dos tecidos e processo de cicatrização (MALAQUIAS, 2014).</p>	

<p>□ Radiação: exposição prévia à radiação solar ou radioterapia (MALAQUIAS, 2014).</p>	
<p>FR:</p> <p>□ Desnutrição: causada pela dieta inapropriada, com falta de nutrientes essenciais, causando emagrecimento, crescimento deficiente e evidências de insuficiência de alguns nutrientes - palidez (anemia), raquitismo (RODRIGUES, 2009).</p> <p>□ Disfunção imune/autoimune: grupo de distúrbios em que parte do sistema imunitário está em falta ou defeituosa, com diminuição da capacidade do corpo em combater infecções, tendo como etiologia doenças, infecções, ou os efeitos secundários de fármacos administrados para tratar outras condições (SMELTZER, 2012).</p> <p>□ Disfunção sensorial: alteração no processamento sensorial, podendo ser na recepção de um estímulo físico, na transformação do estímulo num impulso neurológico, e na percepção. O processamento inadequado de informação sensorial pode gerar dificuldades de aprendizado, problemas motores e dificuldades no desempenho diário (ROCKENBERRY, 2014).</p> <p>□ Físicos (pele lesionada): lesão celular reversível no qual se observam mudanças no turgor, elasticidade, microambiente, e/ou coloração, porém sem a perda da solução de continuidade. A lesão celular pode ocorrer devido a: hipóxia, alteração da composição do microambiente, alterações metabólicas, alterações nutricionais, resposta inflamatória crônica, ou exposição a agentes químicos (MALAQUIAS, 2014).</p> <p>□ Hipoxia tecidual: estado de baixo teor de oxigênio nos tecidos orgânicos, podendo causar isquemia (SMELTZER, 2012).</p> <p>□ Perfil sanguíneo anormal: exames sanguíneos alterados conforme referência para a idade (ROCKENBERRY, 2014).</p>	<p>□ Risco de lesão: risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo (HERDMAN, 2015).</p>
<p>FR:</p> <p>□ Distúrbios gastrintestinais: comprometimento da integridade funcional do trato gastrointestinal, podendo estar relacionado a falha no crescimento, refluxo ou regurgitação, vômito, náuseas, desidratação, constipação, diarreia, hemorragia, entre outros (ROCKENBERRY, 2014).</p> <p>□ Efeitos secundários relacionados ao tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ cirurgia: intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente com a finalidade de diagnóstico, tratamento de doenças ou traumatismo, ou para melhorar a funcionalidade ou aparência de parte do corpo (ROCKENBERRY, 2014). ○ medicamentos: produto tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (RODRIGUES, 2009). <p>□ Trauma: acontecimentos não previstos e indesejáveis que, de forma mais ou menos violenta, atingem indivíduos neles envolvidos, produzindo-lhes alguma forma de lesão ou dano</p>	<p>□ Risco de sangramento: risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde (HERDMAN, 2015).</p>

(ROCKENBERRY, 2014).	
Classe 6: Termorregulação Processo fisiológico de regulação de calor e energia do corpo para protegê-lo (HERDMAN, 2015).	
CD: <input type="checkbox"/> Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais: valores aumentados de temperatura corporal. Maiores variações de normalidade ocorrem nos lactentes e nas crianças mais novas devido à menor eficiência dos mecanismos de controle da temperatura (JARVIS, 2010). No RN temperatura varia entre 36,5° a 37,6°C (HOCKENBERRY, 2014). <input type="checkbox"/> Convulsões: são provocadas por distúrbios neuronais excessivos e desordenados no cérebro. A manifestação das convulsões depende da região do cérebro na qual elas se originam, podendo incluir inconsciência ou alteração da consciência; movimentos involuntários e alteração da percepção; comportamentos, sensações e postura (ROCKENBERRY, 2014). <input type="checkbox"/> Taquicardia: frequência cardíaca acima dos parâmetros conforme a idade RODRIGUES, 2009). <input type="checkbox"/> Taquipneia: ritmo respiratório acelerado. Conceitua-se taquipnéia quando um recém-nascido apresenta mais do que 60 irpm, um lactente, mais do que 50 irpm, e crianças acima de 1 ano, mais do que 40 irpm (CAVALCANTE, 2010; RODRIGUES, 2009).	<input type="checkbox"/> Hipertemia: temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais (HERDMAN, 2015).
FR: <input type="checkbox"/> Aumento da taxa metabólica: <input type="checkbox"/> Desidratação: perturbação dos líquidos corporais, ocorrendo sempre que a eliminação total de líquidos excede a ingesta total (ROCKENBERRY, 2014). <input type="checkbox"/> Doença: distúrbio das funções de um órgão, da psique ou do organismo como um todo, que está associado a sinais e sintomas específicos (RODRIGUES, 2009). <input type="checkbox"/> Trauma: acontecimentos não previstos e indesejáveis que, de forma mais ou menos violenta, atingem indivíduos neles envolvidos, produzindo-lhes alguma forma de lesão ou dano (ROCKENBERRY, 2014).	
CD: <input type="checkbox"/> Cianose nos leitos ungueais: coloração azulada na parte de baixo das unhas das mãos e/ou dos pés (ROCKENBERRY, 2014). <input type="checkbox"/> Pele fria: resfriamento da pele em consequência da vasoconstrição dos vasos sanguíneos (RODRIGUES, 2009). <input type="checkbox"/> Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais: valores de temperatura abaixo dos parâmetros para a idade (ROCKENBERRY, 2014). <input type="checkbox"/> Tremor: contrações involuntárias dos músculos esqueléticos (RODRIGUES, 2009).	<input type="checkbox"/> Hipotermia: temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais (HERDMAN, 2015).
CD: <input type="checkbox"/> Cianose nos leitos ungueais: coloração azulada na parte de	<input type="checkbox"/> Termorregulação ineficaz: flutuação da

<p>baixo das unhas das mãos e/ou dos pés (ROCKENBERRY, 2014).</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Convulsões: são provocadas por distúrbios neuronais excessivos e desordenados no cérebro. A manifestação das convulsões depende da região do cérebro na qual elas se originam, podendo incluir inconsciência ou alteração da consciência; movimentos involuntários e alteração da percepção; comportamentos, sensações e postura (ROCKENBERRY, 2014). □ Flutuação na temperatura corporal acima e abaixo dos parâmetros normais: valores de temperatura corporal oscilantes abaixo e acima dos parâmetros para a idade (ROCKENBERRY, 2014). □ Frequência respiratória aumentada: ritmo respiratório aumentado para a idade (ROCKENBERRY, 2014). 	<p>temperatura entre hipotermia e hipertermia (HERDMAN, 2015).</p>
<p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Doença: distúrbio das funções de um órgão, da psique ou do organismo como um todo, que está associado a sinais e sintomas específicos (RODRIGUES, 2009). □ Extremos de idade: alterações predominantes em crianças ou idosos (SMELTZER, 2012). □ Flutuação na temperatura ambiental: variações causadas pela temperatura, umidade relativa e chuva (SMELTZER, 2012). 	
<p>Observação:</p>	

<p>DOMÍNIO 12: CONFORTO</p>	
<p>Sensação de bem estar ou tranquilidade mental, física ou social (HERDMAN, 2015).</p>	
<p>Classe 1: Conforto físico: Sensação de bem estar ou tranquilidade e/ou estar livre da dor (HERDMAN, 2015).</p>	
<p>Classe 2: conforto ambiental: Sensação de bem estar ou tranquilidade no/com o próprio ambiente (HERDMAN, 2015).</p>	
<p>Classe 3: Conforto social: Sensação de bem estar ou tranquilidade com a situação social (HERDMAN, 2015).</p>	
<p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Choro: o choro de desconforto consiste inicialmente em gritos sufocados e gritos em que a consoante H é claramente distinguível (ROCKENBERRY, 2014). □ Inquietação: sinônimo de agitação, caracterizada por aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade (DALGALARRONDO, 2000; FERREIRA, 2010). □ Irritabilidade: o aumento exagerado a estímulos do ambiente e uma baixa tolerância a incômodos (RODRIGUES, 2009). □ Padrão de sono perturbado: as principais categorias de distúrbios do sono são as dissonias- o lactente tem dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo a noite, ou em permanecer acordado durante o dia. Parassonias- caracterizada por despertares confusos, sonambulismo, terror noturno, pesadelos e desordens dos movimentos rítmicos; estes ocorrem 	<ul style="list-style-type: none"> □ Conforto prejudicado: falta percebida de sensação de conforto, alívio, e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social (HERDMAN, 2015).

<p>tipicamente em crianças de 03 a 08 anos de idade.</p> <p>□ Suspiros: inalação profunda do ar, seguida por sua expiração e acompanhada algumas vezes por um gemido (RODRIGUES, 2009).</p>	
<p>FR:</p> <p>□ Estímulos ambientais nocivos: agentes lesivos biológicos (vírus, bactérias, parasitas, fungos e bacilos); químicos (poeiras, nicotina, névoas, gases, vapores e produtos químicos diversos); físicos: ruídos, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes, frio, calor, pressões anormais e umidade (ROCKENBERRY, 2014).</p>	
<p>CD:</p> <p>□ Alterações na pressão sanguínea: desvio para mais ou para menos dos valores habituais da pressão arterial (BOERY, 2005).</p> <p>□ Comportamento expressivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ agitação: agitação psicomotora é caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade. A agitação pode ter um curso flutuante, podendo modificar-se rapidamente ao longo do tempo (DALGALARRONDO, 2000; FERREIRA, 2010). ○ gemido: é manifestação bastante frequente de esforço respiratório, é produzido pela oclusão parcial das cordas vocais na fase expiratória. É musical, contínuo, de longa duração, e traduz uma tentativa do organismo de manter os alvéolos distendidos na expiração e melhorar as trocas gasosas (RODRIGUES, 2009). ○ choro: o choro de desconforto consiste inicialmente em gritos sufocados e gritos em que a consoante H é claramente distinguível (ROCKENBERRY, 2014). ○ irritabilidade: o aumento exagerado a estímulos do ambiente e uma baixa tolerância a incômodos (RODRIGUES, 2009). ○ suspiro: inalação profunda de ar, seguida por sua expiração e acompanhada algumas vezes por um gemido (RODRIGUES, 2009). <p>□ Evidência observada de dor: sinais e sintomas que sinalizam dor (RODRIGUES, 2009).</p> <p>□ Expressão facial</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ careta: contração dos músculos da face (RODRIGUES, 2009). ○ testa franzida: enrugar a região frontal, entre as sobrancelhas (RODRIGUES, 2009). ○ sulco nasolabial aprofundado: dobras de pele mais profundas, uma de cada lado do rosto, que correm desde a lateral do nariz até os cantos da boca (RODRIGUES, 2009). ○ fenda palpebral estreitada: olhos entreabertos ou quase fechados (RODRIGUES, 2009). ○ boca aberta na vertical: abertura da boca (RODRIGUES, 2009). <p>□ Mudanças na frequência cardíaca: alterações fora do padrão</p>	<p>□ Dor aguda: experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão, com início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses (HERDMAN, 2015).</p>

<p>para a idade (RODRIGUES, 2009).</p> <p>□ Mudanças na frequência respiratória: alterações fora do padrão para a idade (RODRIGUES, 2009).</p>	
<p>FR:</p> <p>□ Agentes lesivos</p> <ul style="list-style-type: none">○ biológicos: vírus, bactérias, parasitas, fungos e bacilos (ROCKENBERRY, 2014).○ químicos: poeiras, nicotina, névoas, gases, vapores e produtos químicos diversos (ROCKENBERRY, 2014).○ físicos: ruídos, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes, frio, calor, pressões anormais e umidade (ROCKENBERRY, 2014).	
<p>Observação:</p>	

APÊNDICE II

Distribuição dos estudos conforme base de dados, autores, título, periódico/livro, volume e ano.

Base de dados	Referência dos estudos
LILACS	<p>Mota DDCF; Cruz DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise do conceito. <i>Acta Paul Enferm.</i> 2005;18(3):285-93.</p> <p>Paula ÉS, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. <i>RevBrasEnferm</i>, Brasília. 2009;62(1): 100-6.</p> <p>Unamuno MRDL, Marchini JS. Sonda Nasogástrica/Nasoentérica: Cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. <i>Medicina, Ribeirão Preto.</i> 2002,35: 95-101.</p> <p>Braga LPM, Palhares DB. Effect of evaporation and pasteurization in the biochemical and immunological composition of human milk. <i>JPediatr (Rio J).</i> 2007;83(1):59-63.</p> <p>Valério KD, Araújo CMT, Coutinho SB. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. <i>Rev. CEFAC.</i> 2010; v.12, n.3, p.148-9.</p> <p>Calado DFB, De Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. <i>Revista CEFAC</i>, 2012; v.14, n.1, p.176-181.</p> <p>Braga CP, Santos FA, Silva EG, Hirakawa HS, Fernandes AAH, Calderon IMP. Relação do ganho de peso, antes e durante a gravidez, com a macrosomia fetal em gestações complicadas pelo diabetes gestacional e hiperglicemia leve. <i>Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr.</i>, São Paulo, SP, 2011;v.36, n.1, p.85-98.</p> <p>Gomes PM, Foss MC, Foss-Freitas MC. Controle da hiperglicemia intra-hospitalar em pacientes críticos e não-críticos. <i>Medicina (Ribeirão Preto)</i>, 2014;47(2):194-200.</p> <p>Franceschi AT, Cunha MLC. Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres venosos centrais em recém-nascidos hospitalizados. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i>, 2010;18(2):[07 telas].</p> <p>Gomes AVO, Nascimento MAL. O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. <i>Rev Esc Enferm USP</i>, 2013; 47(4):794-800.</p> <p>Carlotti APCP. Choque em crianças. <i>Medicina (Ribeirão Preto)</i> 2012; 45(2): 197-207.</p> <p>Boery RNSO, Guimarães HCQCP, Barros ALBL. Definições operacionais das características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Volume de Líquidos Excessivo. <i>Acta Paul Enferm</i>, 2005; 18(2):197-202.</p> <p>Barbosa AP, Sztajnbok J. Distúrbios hidroeletrólíticos. <i>J Pediatr (Rio J)</i>, 1999; 75(Supl.2): s223-s33.</p> <p>Miranda FR, Lourenço Junior L, Miotto Junior A, Napoleão AA. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada em lactentes: revisão integrativa. <i>REME rev. min. Enferm.</i> 2013; 17(3): 720-725.</p> <p>Dantas RO. Diarreia e Constipação Intestinal. <i>Medicina, Ribeirão Preto</i>, 2004; 37, 262-266.</p>

	Matsuno AK. Insuficiência respiratória aguda na criança. Medicina (Ribeirão Preto), 2012; 45(2): 168-84.
PubMed	Tzeng AC, Bach JR. Prevention of Pulmonary Morbidity for Patients With Neuromuscular Disease. Chest. 2000; Vol.118, Issue 5, Pag. 1390-1396. Branson RD, Blakeman TC, Robinson BRH. Asynchrony and Dyspnea. Respiratory Care June 2013, 58 (6) 973-989. Fraga JC, Souza JCK, Krueel J. Traqueostomia na criança. Jornal de Pediatria, 2009; Vol. 85, Nº 2.
SciELO	Cavalcante JCB, Mendes LC, Lopes MVO, Lima LHO. Indicadores clínicos de padrão respiratório ineficaz em crianças com asma. Rev. Rene. Fortaleza, 2010; v.11, n.1, p. 66-75. Amantéa SL, Piva JP, Zanella MI, Bruno F, Garcia PCR. Acesso rápido à via aérea. Jornal de Pediatria, 2003; Vol.79, Supl.2. Camargo PAB, Pinheiro AT, Hercos ACR, Ferrari GF. Oxigenoterapia inalatória em pacientes pediátricos internados em hospital universitário. Rev Paul Pediatr, 2008; 26(1):43-47. Diniz GCLM, Zin WA, Botoni FA, Castro AV, Rodrigues-Machado MG. A influência de duas frações inspiradas de oxigênio no padrão respiratório de pacientes sob desmame ventilatório. Rev Bras Ter Intensiva, 2009; 21(3):292-298. Nemer SN, Barbas CSV. Parâmetros preditivos para o desmame da ventilação mecânica. J Bras Pneumol, 2011; 37(5):669-679. Chehter L. Constipação intestinal funcional crônica. RBM. 2012; Vol. 69 No. 12. Reed UC. Doenças neuromusculares. Jornal de Pediatria. 2002; - Vol. 78, Supl.1. Paschoal IA, Villalba WO, Pereira MC. Insuficiência respiratória crônica nas doenças neuromusculares: diagnóstico e tratamento. J Bras Pneumol. 2007;33(1):81-92.

<p>Serviços Online e Software do Google</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Cartão Nacional de Saúde, 2016. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/cartao-nacional-de-saude>. Acesso em: out. 2016.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual. 5. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.</p> <p>Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília: Anvisa, 2008.</p> <p>Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.</p> <p>Oliveira CC. Trombolíticos. Rev SOCERJ. 2001; Vol XIV NO 1.</p> <p>Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. Revista de Enfermagem da UFSM. 2014; v. 4, n. 1, p. 206-216.</p> <p>Conselho Federal de Medicina. CFM define critérios para realização de parto cesariano. [acesso em 2016 nov. 14]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26247:2016-06-20-16-06-10&catid=3.</p> <p>Condino-Neto A. Susceptibilidade a infecções: imaturidade imunológica ou imunodeficiência? RevMed (São Paulo). 2014; 93(2):78-82.</p> <p>Pinheiro BV, Oliveira JCA, Jardim JR. Derrame Pleural. UNIFESP, 2004. ISSN 1519-521X. [acesso em: 2016 nov. 19]. Disponível em: http://www2.unifesp.br/dmed/pneumo/Download/Derrame%20pleural.pdf.</p> <p>Barbosa PMK, Guimarães AA, Santos VC, Anjos KF. “Troca de gases prejudicada”: intervenções de enfermagem. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista. 2009; v.2, n.1, p.33-45.</p> <p>Mello CS, Freitas KC, Tahan S, Morais MB. Consumo de fibra alimentar por crianças e adolescentes com constipação crônica: influência da mãe ou cuidadora e relação com excesso de peso. Rev Paul Pediatr. 2010; 28(2):188-93.</p> <p>Araujo ACF, Borin MF. Influência de excipientes farmacêuticos em reações adversas a medicamentos. Brasília Med. 2012;49(4):267-278.</p> <p>Nunes GKF, Rosa LPS. Complicações gastrointestinais de terapia nutricional enteral em pacientes com estado crítico. Brasília Med. 2012; 49(3):158-162.</p> <p>Piva P, Garcia PCR, Santana JCB, Barreto SSM. Insuficiência respiratória na criança. Jornal de Pediatria. 1998; Vol. 74, Supl. 1.</p> <p>Pierantoni LMM, Cabral IE. Conhecimentos essenciais no cuidado à criança em oxigenoterapia. Rev. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. 2001; v.1, n.0.</p>
---	--

Coelho EB. Mecanismo de formação de edema. Medicina, Ribeirão Preto. 2004; 37: 189-198.

Andrade LZC, Moura KKM, Chaves DBR, Silva VM, Lopes MVO. **Desobstrução ineficaz de vias aéreas em crianças com infecção respiratória aguda.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):21-7.

Ribeiro MAS, Lages JSS, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem relacionados à pele: definições operacionais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 20(5):[10 telas] set.-out. 2012.

Malaquias SG, Bachion MM, Martins MA, Nunes CAB, Torres GV, Pereira LV Integridade tissular prejudicada, fatores relacionados e características definidoras em pessoas com úlceras vasculares. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 434-42.

Freitas LS. Ruptura prolongada de membranas e evolução do recém-nascido (monografia). Santa Catarina, 1999.

Livros impressos	<p>Jarvis, C. Guia de exame físico para enfermagem. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.</p> <p>Barros, ALBLB. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.</p> <p>Herdman TH, Kamitsuru S, organizadoras. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.</p> <p>Ferreira, ABH. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010.</p> <p>Hockenberry MJ, Wilson D, editores. Wong, fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.</p> <p>Smeltzer SC, BareBG. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.</p> <p>Silva MT, Silva SRLPT. Cálculo e administração de medicamentos na enfermagem. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009.</p> <p>Perry AG, Potter PA. Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.</p> <p>Rodrigues YT, Rodrigues PPB. Semiologia pediátrica. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>Dalgalarrodo, P. Síndromes Volitivo-Psicomotoras. In: Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Dalgalarrodo, P. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.</p> <p>Marcondes, E. Pediatria Básica. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2003.</p> <p>Behrman RE, Kliegman RMN. Princípios de Pediatria. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.</p> <p>Bowden VR, Greenberg CS. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.</p> <p>Lopez, FA. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2 ed. São Paulo: Manole, 2010.</p> <p>Eichenfield LF, Frieden IJ, Mathes EF, Zaenglein AL (editores). Dermatologia Neonatal e Infantil. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.</p> <p>Berne & Levy. Fundamentos de fisiologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.</p> <p>Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 11 ed. São Paulo: Elsevier, 2006.</p> <p>Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Tratado de medicina Cardiovascular. 7 ed. São Paulo: Roca, 2006.</p> <p>Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia Clínica. Fundamentos da Terapêutica Racional. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.</p> <p>Knobel, E. Pediatria e Neonatologia. Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Ateneu, 2005.</p> <p>Sarmento GJV, Carvalho FA, Peixe AAF (organizadores). Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia. 1ª edição. Barueri: Manole, 2007.</p> <p>Carvalho WB, Hirschheimer MR, Proença Filho JO, Freddi NA, Troster EJ (editores). Ventilação pulmonar mecânica em neonatologia e pediatria. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2005.</p>
------------------	---