

Diagnósticos de enfermagem e propostas de intervenções em recém-nascidos  
pré-termo (Idade gestacional menor que 37 semanas) em Unidade de Terapia  
Intensiva Neonatal

Maria Isabel de Sousa Melo

Brasília, 03 de Dezembro de 2002

Diagnósticos de enfermagem e propostas de intervenções em recém-nascidos  
pré-termo (Idade gestacional menor que 37 semanas) em Unidade de Terapia  
Intensiva Neonatal

Monografia apresentada pela Enfermeira  
Maria Isabel de Sousa Melo, ao Curso de  
Residência em Enfermagem Materno-  
infantil com aperfeiçoamento em  
Neonatologia, do Hospital Regional da Asa  
Sul – SES/DF, para obtenção de título de  
especialista.

Orientadora: Enfermeira Patrícia Botelho de  
Souza

Brasília, 03 de Dezembro de 2002.

## Sumário

1. Resumo
2. Introdução
3. Resultados e discussão
4. Conclusão
5. Referências bibliográficas
6. Instrumentos de coleta de dados
7. Cronograma das atividades
8. Planilha de orçamento
9. Termo de consentimento livre e esclarecido

## Resumo

O presente estudo teve como objetivo fazer o levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem em Recém-nascidos pré-termos (IG<37 semanas) e intervenções através dos cuidados de enfermagem. Foram sujeitos do estudo 30 neonatos pré-termo, na unidade de UTI neonatal do Hospital Regional da Asa Sul da Secretaria de Saúde - GDF. As etapas da

investigação consta de elaboração do instrumento de coleta de dados, aplicação do instrumento de coleta de dados (constando exame físico, revisão do prontuário com evolução médica e exames complementares), revisão bibliográfica para levantamento dos diagnósticos de enfermagem e prescrição de assistência de enfermagem. A avaliação se deu em recém-nascidos que foram escolhidos aleatoriamente. Pela validação dos cuidados propostos, concluiu-se que os neonatos investigados, com idade gestacional abaixo de 30 semanas, possuíam na sua maioria peculiaridades semelhantes, diagnósticos e tratamento médico iguais, utilizavam quase na sua totalidade medicações semelhantes e até encontravam dificuldades e problemas que se coincidiavam. Este estudo indica a validade do uso de cuidados de enfermagem a recém-nascidos pré-termo.

## **INTRODUÇÃO**

A enfermagem é uma profissão em constante processo de crescimento científico, inclusive quando se refere a área de neonatologia.

Precisamente em fins do século XIX e início do século XX que as atenções voltadas para as crianças recém-nascidas e em especial as pré-termo foram mais intensas. Tal fato

pode ser exemplificado de acordo com CONE apud MELLO (1996) num relato que descreve a incubadora **“... feita para cuidados de prematuros foi descrita por Jean-Louis-Paul Denué e publicada no jornal de médecine de Bordeau, em 1957. Ela era uma banheira de paredes dupla composta por zinco, onde o espaço entre essas paredes era preenchido com água quente, tendo por finalidade a manutenção da temperatura corporal do recém-nascido”**.

Na década de 50, MELLO (1996) ressalta que os principais avanços na assistência neonatal em termos de intervenções foram: **“... ressuscitação, termo-regulação, cuidados com a alimentação, exangüíneotransfusão e cuidados de suporte para insuficiência respiratória”**.

Diante dos avanços em neonatologia já ocorridos até hoje, viu-se a necessidade de aprimorar a assistência de enfermagem aos recém-nascidos pré-termo, utilizando-se da atividade diagnóstica.

O período neonatal inicia-se com o nascimento da criança e vai até o 28º dia de vida. A classificação do recém-nascido em serviço de neonatologia é muito importante, pois possibilita sua codificação e avaliação quanto ao risco de morbi-mortalidade, possibilitando uma assistência adequada. A classificação dos recém-nascidos, adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde (1994), é aquela preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que relaciona parâmetros peso e idade gestacional. O comitê de especialistas em Saúde Materno-infantil da OMS, divide a Idade Gestacional dos recém-nascidos em três (3) categorias básicas (MS,1994):

- Pré-termo: Todas as crianças nascidas vivas abaixo de 37 semanas de idade gestacional;
- A termo: Todas as crianças nascidas vivas entre 38-41 semanas de Idade gestacional;
- Pós-termo: Todas as crianças nascidas vivas com mais de 42 semanas de idade gestacional.

A abordagem do estudo foi em Recém-nascidos pré-termo por se tratar de uma população de bebês de alto risco.

De acordo com FREITAS et al (1997) o peso fetal tem sido muito utilizado para estudo de taxas de sobrevida e mortalidade, contudo não serve para definir se um recém-

nascido é pré-termo ou não. Recém-nascidos com menos de 2.500g são considerados baixo peso. Recém-nascidos de muito baixo peso são aqueles com menos de 1.500g e os elevados baixo peso, com menos de 1.000g. Para diagnóstico de idade gestacional (IG), é necessário que tenhamos uma história adequada da última menstruação. Só poderemos considerar como data da última menstruação adequada para cálculo da IG aquela proveniente de ciclos menstruais regulares. Muitas vezes há necessidade de medidas fetais ultra-sonográficas para diagnóstico correto da IG.

Em determinadas situações lançamos mão da avaliação física e neurológica do recém-nascido através do cálculo da IG pelo método Capurro, Ballard e Ballard modificado.

O parto pré-termo pode ser fruto de gestação gemelar, rotura prematura de membranas, cérvix incompetente, malformação fetal, doença materna, ou quando a permanência do feto dentro do útero põe em risco a vida da mãe ou mesmo do concepto, como por exemplo em Doença Hipertensiva Específica da Gestação.

Alto risco devido a sua imaturidade fisiológica, imaturidade pulmonar, tecido adiposo diminuído, sendo mais susceptível à infecção em decorrência da fragilidade da pele e outras características que posteriormente ao longo da pesquisa serão fundamentadas.

A atividade diagnóstica , vem desenvolvendo desde o início do século XIX onde Florence Nightingale, na guerra da Criméia, juntamente com um grupo de quatro enfermeiras e quatorze voluntárias, conseguiram diminuir a taxa de mortalidade dos hospitais britânicos, através do diagnóstico e tratamento diferenciado aos feridos da guerra, nos hospitais militares. Os doentes eram separados de acordo com a complexidade dos ferimentos, a mesma demonstrou a importância da observação e de uma coleta de dados completa pela enfermeira, antes de fazer qualquer julgamento sobre o paciente. (CRUZ,1995).

O termo diagnóstico de enfermagem surgiu na literatura na década de cinquenta e, até os anos setenta, foi aplicado muito raramente ( TURKOSKI, 1988; CRUZ, 1990; FARIAS et al, 1990; CRUZ, 1991).

Um conflito existente quanto ao uso da palavra *diagnóstico* que se pensava ser de propriedade da medicina pode ter atrasado o desenvolvimento de nossos diagnósticos enquanto fenômenos exclusivo da enfermagem. Como consequência desse conflito, o

diagnóstico, enquanto etapa do processo de enfermagem, ou não o integra totalmente ou é substituído por sinais, sintomas e equipamentos, entre outros elementos, nas instituições onde há sistematização das atividades de enfermagem (CAMPEDELLI et al, 1990).

A sistematização da assistência de enfermagem surgiu em meados da década de 50 nos Estados Unidos, com a finalidade de desenvolver e organizar os conhecimentos de enfermagem. Várias teorias, descritas por diversos autores, surgiram para orientar a assistência de enfermagem no atendimento das necessidades humanas, sendo algumas destas foram colocadas em prática, conhecidas como processo de enfermagem (NOBREGA,1991).

Com a aprovação da lei do exercício profissional de enfermagem (BRASIL, 1986;1987) que determina que a prescrição de enfermagem é privativa do enfermeiro, o processo de enfermagem passou a ter fundamental importância nas atividades assistenciais, implicando em melhoria de qualidade da assistência, como também na área de ensino incentivando a pesquisa, e demonstrando a importância destas para o futuro profissional (BARROS,1998).

Segundo STYLE (1982), a classificação dos diagnósticos de enfermagem possibilita a identificação mais clara do corpo de conhecimento da enfermagem e assim maior confiabilidade e maior autonomia profissional.

O uso do diagnóstico na prática de enfermagem reflete em uma melhor assistência aos clientes que recebem constantemente os cuidados de enfermagem. O desafio da enfermagem tem sido a construção do conhecimento para o desenvolvimento na prática.

Com base no texto de CARVALHO & JESUS (1997) o processo de diagnóstico é composto de duas fases: a primeira composta de análise dos dados ( categorização dos achados segundo um modelo teórico e observação de dados divergentes ou lacunas) e de síntese dos dados ( agrupamento dos achados em padrões, comparação destes a conceitos, normas, modelos existentes na literatura, inferência ou geração de hipóteses sobre a situação, estabelecimento das causas relacionadas à inferência) e a segunda fase denominada de estabelecimento do diagnóstico, ou seja, a construção redacional do diagnóstico, a partir de uma taxonomia, como por exemplo a da NANDA (1994), cujo diagnóstico é constituído de: categoria diagnóstica, fatores relacionados, características definidoras e ações/intervenções de enfermagem.

O presente estudo foi embasado na taxonomia de diagnóstico de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2000), através da identificação e classificação dos padrões de resposta humana. E propor as intervenções de enfermagem segundo a NIC (Nursing Interventions Classification), através da prescrição, objetivando resultados que contribuam para melhor qualidade da assistência de enfermagem. De acordo com essa definição diagnóstico de enfermagem é:

**“Um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais, ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, o qual fornece a base para a seleção das prescrições de enfermagem, e para o estabelecimento de resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável”.**

Por essa definição de diagnóstico de enfermagem, o objeto de trabalho do enfermeiro não é o problema de saúde em si (MITCHELL et al, 1991), mas a resposta do indivíduo ao problema.

Por essa definição ainda, o diagnóstico encontra-se obrigatoriamente vinculado a prescrição, servindo de base para sua escolha, estando também associado ao resultado obtido com a implementação da prescrição.

Segundo YOSHICA et al (1993), o resultado da assistência deve ser previamente estabelecido por meio de critérios ou objetivos. Essa fase do processo de enfermagem constitui a avaliação.

A prescrição de enfermagem é definida por BURLECHECK & MCCLOSKEY (1992) como qualquer cuidado direto que a enfermeira realiza em benefício do cliente. Esse cuidado direto inclui os tratamentos iniciados pela enfermeira, os tratamentos iniciados pelos médicos e a realização de atividades diárias essenciais para o cliente.

No que se refere a prescrição de enfermagem, verifica-se a existência de um infinidade de termos utilizados como sinônimos, entre os quais destacamos intervenção e cuidado de enfermagem (YOSHICA et al, 1993).

O objetivo deste estudo foi identificar os principais diagnósticos de enfermagem para recém-nascidos pré-termos internados na Unidade de Terapia intensiva neonatal, especificamente, propor intervenções para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nestes recém-nascidos pré-termos, através da prescrição de enfermagem.

É válido ressaltar que todo diagnóstico deve ser vinculado a, pelo menos, uma prescrição. Contudo, não há reciprocidade nessa afirmativa, pois nem toda a prescrição de enfermagem tem por finalidade a resolução ou reforço de um diagnóstico. Isto porque o foco da prescrição é a ação do enfermeiro; ação realizada para ajudar o cliente ou para alcançar um objetivo determinado (BULECHECK & McCLOSKEY, 1989).

Para operacionalização da fase diagnóstico de enfermagem, é necessário criar um instrumento de coleta de dados, fundamentado nos modelos biomédico e epidemiológico de risco.

Novos instrumentos estão sendo propostos para implementar o processo de trabalho em enfermagem. Esses instrumentos, dos quais destaca-se o diagnóstico e a prescrição, ajudam a identificar as respostas da nossa clientela aos problemas de saúde e a tratar estas mesmas respostas.

A aplicação deste instrumento possibilita colher os principais dados e juntamente com o exame físico e fontes complementares (análise de prontuário, contendo informações médicas), embasa o diagnóstico e prescrição.

Neste estudo a metodologia aplicada foi teórico-aplicado e exploratório, utilizando-se o método dedutivo. A técnica da pesquisa foi através da documentação indireta, com consultas ao prontuário do paciente e revisão bibliográfica, como também a avaliação física da clientela. A amostra foi composta por 30 (trinta) recém-nascidos pré-termos, com idade gestacional menor que 37 semanas (trinta e sete semanas) escolhidos aleatoriamente, com diferentes datas de nascimento.

As etapas da investigação consta de elaboração do instrumento de coleta de dados; aplicação do instrumento de coleta de dados (consta de exame físico, revisão do prontuário com evolução médica e exames complementares); revisão bibliográfica para levantamento dos diagnósticos de enfermagem; prescrição de assistência de enfermagem..

A utilização de diagnóstico de enfermagem para recém-nascido internados em terapia intensiva neonatal é de fundamental importância devido à complexidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros que atuam nesta área, para entender não só as necessidades biológicas, como também aquelas determinadas pelos fatores ambientais, psicossociais e familiares, que podem estar associados a sua condição física.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi elaborada e desenvolvida na uti neonatal do HRAS-SES, no período de 01/07/02 à 03/12/02. Sendo aprovada pelo comitê de ética em pesquisa-SES-GDF, em 07/10/02, iniciando-se dessa forma a coleta de dados, de acordo com a resolução 196/96 conselho nacional de saúde/ Ministério da saúde-CNS/MS e suas complementares.

O uso do diagnóstico na prática de enfermagem reflete em uma melhor assistência aos clientes que recebem constantemente os cuidados de enfermagem. O desafio da enfermagem tem sido a construção do conhecimento para o desenvolvimento na prática.

Da pesquisa, fizeram parte 30(trinta) sujeitos, recém-nascidos pré-termo, com idade gestacional menor que 30 semanas. Estes sujeitos foram escolhidos aleatoriamente e com dias de nascido também diferentes.

A idade das mães desses recém-nascidos variou de 15-35 anos, com média de 25 anos.

A procedência dessas pacientes foram de cidades satélites, plano piloto e do entorno do Distrito Federal: São Sebastião, Vicente pires, samambaia, Brazlândia, Asa norte, Taguatinga, Varjão do torto, Cruzeiro velho, Cidade Ocidental-GO e Luziânia-GO.

Dessas pacientes 60 % fizeram pré-natal, com média de 3 consultas por paciente.

Quanto aos exames laboratoriais maternos, apenas 50% possuía registro de resultados de exames e deste conjunto, 99% dos exames estavam incompletos, possuindo basicamente a tipagem sanguínea. Esse fator evidencia a falta de esclarecimento da população, no que diz respeito a saúde perinatal.

Em prontuário não havia relato de uso de drogas, álcool ou fumo em nenhum dos casos.

As complicações na gravidez mais comuns foram rotura prematura de membranas, atingindo 40 %, doença hipertensiva da gravidez, 40%, infecção urinária 5%, descolamento prematuro de placenta 5%, placenta prévia 3%, coriomnionite 3% e 4% não identificado.

De acordo com FREITAS (1997) a rotura prematura de membranas (Roprema) é a ruptura do âmnio que ocorre antes do início do trabalho de parto, independente da IG. É

uma ocorrência obstétrica complexa, com a etiologia pouco conhecida, o diagnóstico difícil, os riscos maternos fetais e neonatais significativos e manejo controvertido.

Alguns autores defendem que ruptura é causada pela despolarização enzimática das fibras de colágeno e desta maneira entende-se como os processos infecciosos poderiam causar a roprema. Tais processos liberariam enzimas proteolíticas capazes de causar dano às membranas, tornando-as mais frágeis.

A corioamnionite tem surgido como uma explicação para roprema e trabalho de parto prematuro (Cunningham, 1993).

Ramkumar Menor et al demonstraram que as membranas amniocoriônicas também são sítios de produção de citoquinas e que esses achados podem ser significativos em trabalho de parto prematuro e ruptura de membranas. (Menon, 1995).

Dessas gestações 60% foram parto normal e 40% foram cesáreas.

A maioria desses recém-nascidos, 90%, necessitou de reanimação em sala de parto e obtiveram escore de apgar variando de 1/5/6 à 7/8 para as notas mais altas.

Dos casos analisados apenas 20% fizeram esteróide pré-natal.

De acordo com FREITAS (1997) a terapêutica antenatal com corticosteróides para maturação pulmonar fetal reduz a mortalidade, síndrome de angústia respiratória, enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular em fetos prematuros. Os benefícios do corticosteróide têm efeito adicional ao surfactante pós-natal. Na presença de roprema, o corticosteróide provoca redução da frequência de síndrome de angústia respiratória, hemorragia intraventricular e morte neonatal, embora de menor magnitude que quando com membranas íntegras.

A hipertensão arterial específica da gestação incide em cerca de 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbi-mortalidade materna e perinatal.

A doença específica da gravidez (DHEG) surge após a 20ª semana de gestação, geralmente associada a proteinúria significativa, podendo persistir até no máximo a sexta semana após o parto.

Eclâmpsia é a ocorrência de convulsões motoras generalizadas, em gestantes com pré-eclâmpsia, não decorrentes da doença neurológica coincidente.

Por razões ainda desconhecidas, algumas gestantes desenvolvem hipertensão arterial e/ou fetos com crescimento retardado. Em gestantes com DHEG não há nenhuma razão que justifique a permanência intra-útero de um feto com maturidade pulmonar.

O objetivo do manejo da DHEG com feto pré-termo é o de alcançar a IG mais perto do termo, sem que isto signifique risco demasiado para a gestante e o concepto.

Neste trabalho, 5% das gestantes que entraram em trabalho de parto prematuro, tiveram infecção urinária.

De acordo com o manual técnico de gestação de alto risco (2000), a infecção urinária é o problema mais comum durante a gestação. O quadro clínico varia de bacteriúria assintomática (mais de 100.000 colônias/ml de urina), que acomete de 2% a 10% das gestantes, até o quadro de pielonefrite. Em 80% dos casos de bacteriúria assintomática, a *Escherichia coli* é o agente etiológico identificado. Associados a ela estão a desidratação, o comprometimento da função renal, a hemólise, a anemia, o choque séptico, a prematuridade e a infecção feto-anexial e puerperal.

E 3- 5% das gestantes tiveram hemorragia da segunda metade da gravidez, sendo 3% placenta prévia, que entende-se a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, no segmento inferior do útero, a partir da 22ª semanas de gestação. A conduta intervencionista, com antecipação do parto, fica na dependência da intensidade do sangramento materno, da idade gestacional e condições de vitalidade fetal.

O descolamento prematuro da placenta (DPP), atingiu 3% dos casos e conceitua-se como separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, em gestação de 22 ou mais semanas. A conduta obstétrica é sempre a resolução do parto.

Em relação à reanimação em sala de parto, 90% desses recém-nascidos necessitaram desse procedimento. É importante que neste momento o profissional reconheça em fase de asfixia o RN se encontra, já que o desenvolvimento anormal, neurológico e intelectual afeta as vidas de estimadamente 10% das crianças na sociedade moderna, e entre as grandes causas, a síndrome hipóxico-isquêmica e a hemorragia intraventricular, ambas relacionadas a asfixia perinatal.

Dentre as principais patologias desenvolvidas por esses recém-nascidos pré-termo analisados, fazendo a observação de que esses dados foram coletados de RNs que possuíam dias de vida diferentes, verificou-se a presença de: doença da membrana hialina, icterícia,

hemorragia intraventricular, infecção inespecífica, pneumonia, enterocolite necrosante, hemorragia pulmonar, permanência do canal arterial, hiperglicemia, hipotermia, hipoglicemia. A maioria dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) são devidos à imaturidade global para adaptação ao mundo extra-uterino. Portanto, quanto mais prematuros são os neonatos, maior a probabilidade de terem problemas de inúmeras origens (sistema nervoso central, respiratório, motor e outros).

Os principais problemas respiratórios encontrados foram a síndrome do desconforto respiratório que de acordo com MARGOTTO (2002) a doença pulmonar da membrana hialina têm sido a causa mais freqüente de insuficiência respiratória no RN. A atividade funcional do surfactante natural inicia-se entre 24 – 28 semanas. O surfactante pode estar diminuído após o nascimento, devido: extrema prematuridade das células do revestimento alveolar, produção prejudicada por sofrimento fetal e morte de células alveolares. No alvéolo normal, esta substância baixa a tensão superficial, a medida que o raio diminui durante a expiração, impedindo o colapso total. Na ausência ou diminuição do surfactante desenvolve-se uma alta tensão superficial na expiração e conseqüente colapso alveolar; Progressivamente, vão sendo necessárias pressões cada vez mais altas para manter os alvéolos funcionantes, causando aumento do esforço respiratório. Na sala de parto tudo deverá ser feito para evitar a anóxia, e as manobras de reanimação deverá ser imediata; insuficiência respiratória nas primeiras horas de vida. RN dispnéico, taquipnéico, retração esternal importante, tiragem intercostal, cianose central e gemido expiratório. Evolui com crises de apnéia. Os Aspectos radiológicos podem variar de leve a grave. As alterações são densidades reticulogranulares distribuídas pelo parênquima pulmonar e presença de broncograma aéreo.

A Radiografia de tórax normal após 6 horas de vida tem grande probabilidade de afastar o diagnóstico de membrana hialina; evolui para cura ou óbito em 48 a 72 horas de vida. É neste período que ocorre a regeneração das células alveolares e reinício da produção de surfactante.

Muitos recém-nascidos pré-termo possuem distúrbios neurológicos. Verificou-se que muitos desses recém-nascidos evoluíam com uma hemorragia intra-ventricular, classificada como hiperecogenicidade periventricular.

Os vasos sanguíneos no bebê prematuro possuem paredes frágeis que se rompem quando privados de oxigênio ou por problemas de fluxo sanguíneo irregular, além de flutuação repentina da pressão arterial ou pressão na cabeça durante o parto.

Segundo MARGOTTO (2002), a hemorragia peri/intraventricular é a forma mais comum de lesão cerebral no RN prematuro e constitui, juntamente com a leucomalácia periventricular, um grande problema no cuidado intensivo neonatal moderno. O sítio de hemorragia ocorre na matriz germinativa subependiária, uma região cerebral ventrolateral ao ventrículo lateral que serve como fonte de neuroblastos. A matriz germinativa diminui progressivamente de tamanho (de uma largura de 2,5mm entre 23 e 24 semanas a 1,4mm com 32 semanas, envolvendo completamente por volta de 36 semanas).

A matriz germinativa é irrigada por um rico e frágil leito vascular (existe um pletora sanguínea à MG entre as idades gestacionais 24 e 32 semanas). O leito capilar da MG é facilmente rompível, imaturo com vasos cuja morfologia é composta de apenas uma camada endotelial sem tecido muscular elástico ou colágeno.

Associado a essas características da MG existe uma flutuação do fluxo sanguíneo cerebral conseqüente a uma deficiência de auto-regulação, na qual a hipercapnia, a acidose láctica, a asfixia perinatal grave e as prostaglandinas desempenham papel importante.

O aumento da pressão venosa cerebral pode contribuir para ocorrência de HP/HIV e a sua importância se deve à anatomia na região da MG: a junção da veia coroidal tálamo-estriada e medulares para formar a veia cerebral interna é particularmente angulada nos prematuros e isso ocorre na região à nível de forame de Monro, que é sítio mais comum de HP/HIV.

São inúmeros os fatores de risco que podem levar a ruptura dos vasos da matriz germinativa: peso ao nascer menor que 1.500g, idade gestacional menor que 35 semanas, asfixia perinatal com necessidade de reanimação, ventilação mecânica, fisioterapia respiratória inadequada, sucção da cânula orotraqueal e rápida expansão de volume.

A severidade da HP/HIV é graduada da seguinte forma: -Grau I- hemorragia da matriz germinativa, - Grau II- hemorragia intraventricular com dilatação ventricular, grau III- hemorragia intraventricular com dilatação ventricular e – Grau IV- hipercogenidade periventricular que pode significar infarto hemorrágico periventricular ou leucomalácia periventricular.

O corticosteróide pré-natal é o mais significativo fator na prevenção de HP/HIV por vários mecanismos entre os quais a estabilização da pressão arterial, maturação dos vasos sanguíneos da matriz germinativa, sendo efetivo, mesmo com o uso parcial. São duas doses de betametasona (12mg) IM com intervalo de 24 horas.

A enterocolite necrosante foi um dos diagnósticos médicos dados a esses recém-nascidos do estudo em questão. É uma patologia cujas causas ainda são desconhecidas, que afeta as paredes do intestino. Faz parte das principais infecções bacterianas no recém-nascido. MARGOTTO (2002) conceitua como uma patologia multifatorial determinada fundamentalmente por isquemia intestinal, lesão da mucosa, edema, ulceração e passagem de ar e bactérias pela parede das vísceras. A mortalidade varia de 20-40% e 40-50% podem apresentar gangrena intestinal ou perfuração. Está frequentemente associada a prematuridade, baixo peso, asfixia, choque endotóxico ou hipovolêmico, persistência do canal arterial, hiperviscosidade, baixo débito cardíaco, doença pulmonar, cateterização de artéria umbilical. A prematuridade e a presença de bactérias no trato gastrointestinal parecem ser fatores mais comumente associados a enterocolite necrosante. A dieta enteral leva ao início da colonização bacteriana no intestino previamente estéril. Esta é a razão pelo aparecimento da enterocolite logo após o início da dieta. Há necessidade além do insulto hipoxêmico, da presença de bactéria para formar a lesão.

Inicia-se com distensão abdominal, resíduos gástricos aumentados, vômitos biliosos, queda do estado geral, sinais toxêmicos e presença de sangue nas fezes. É comum a presença de fleimão periumbilical que se estende pelo abdômen quando se instala o quadro de peritonite, que geralmente está associado à peritonite, que geralmente está associada à septicemia, coagulação intravascular disseminada, choque séptico e acidose metabólica persistente.

As infecções localizadas mais frequentes no pré-termo são: onfalite (infecção do coto umbilical), piodermite (infecção da pele) e a conjutivite (infecção da conjutiva ocular).

As infecções localizadas podem evoluir para a infecção sistêmica denominada sepse, com a presença de bactérias na corrente sanguínea. É uma das principais causas de óbito nas UTINs, cerca de 25% dos recém-nascidos com sepse desenvolvem meningite. O quadro clínico inicial pode ser hiper ou hipotermia, desconforto respiratório, apnéia, cianose, letargia, irritabilidade, anorexia, vômitos, distensão abdominal, diarreia e ou

sangramento. O exame laboratorial orienta a antibioticoterapia. (ALMEIDA, 1995), que sempre endovenosa por, no mínimo, 14 a 21 dias.

Grande parte dos casos analisados possuíam icterícia, a coloração amarelada da pele, mucosas e escleróticas devido a uma elevação da concentração de bilirrubinas séricas. Apresenta etiologias diversas, sendo a manifestação clínicas mais freqüente no período neonatal. Há um aumento da produção de bilirrubinas devido isoimunização Rh, ABO e subgrupos, esferocitose hereditária, hematoma policitemia, aumento da circulação êntero-hepática, como jejum prolongado, sangue deglutido, obstrução intestinal, íleo paralítico induzido por drogas. E também pela diminuição da conjugação da bilirrubina, por deficiência congênita da glucoroniltransferase, hipotiroidismo congênito, inibição enzimática, prematuridade (MARGOTTO, 2002).

O RNPT desenvolve um nível alto de bilirrubina e é mais vulnerável, em relação aos efeitos tóxicos desta, do que o recém-nascido à termo. Como o sistema enzimático hepático do pré-termo ainda não está maduro, o fígado deste neonato não está preparado para conjugar a bilirrubina. O tratamento mais utilizado é fototerapia, onde os comprimentos de ondas da luz mudam a estrutura molecular da bilirrubina, permitindo que seja eliminada do organismo sem necessidade da conjugação hepática (ALMEIDA E GUINSBURG 1995 ).

Em alguns casos os recém-nascidos apresentaram certas patologias cardíacas, como a persistência do canal arterial ( PCA ): o canal arterial, que liga a artéria pulmonar à aorta durante a vida fetal intra-uterina, é aberto, desviando o fluxo sangüíneo do pulmão em desenvolvimento para o resto do corpo. No bebê a termo o fechamento funcional do canal arterial ocorre logo após o nascimento. A PCA é característica do RNPT e sua incidência é inversamente proporcional ao peso de nascimento (BARROS, 1995), nas seguintes proporções: 42% dos RNPT com peso de nascimento inferior a 1000g, 21% nos RNPT com peso de nascimento entre 1000 e 1500g e 7% nos RNPT com peso de nascimento entre 1500 e 1700g. Algumas condições associadas a prematuridade como asfixia neonatal, a SDR e a oferta excessiva de líquidos aumentam a incidência de PCA. ( ALMEIDA,1995 ).

Geralmente os prematuros com insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca e/ou infecções sistêmicas apresentam quadro grave de choque, caracterizado por hipotensão

arterial. A monitorização consiste em medidas contínuas de pressão arterial, com o uso de drogas vasopressoras para a estabilização hemodinâmica (ALMEIDA, 1995).

Dentre os casos analisados, alguns apresentaram hipoglicemia. Um distúrbio metabólico que quase sempre vinha acompanhado de hipotermia. Baseando-se em MARGOTTO (2002) hipoglicemia é quando a glicose plasmática menor que 40mg% ( a glicemia plasmática é aproximadamente 10-15% maior que a sangüínea). Os pacientes de risco para apresentar hipoglicemia são os filhos de mães com pré-eclâmpsia, prematuros, hipotermia, asfixia perinatal, erros inatos do metabolismo. Apresenta-se tremores, convulsões, apatia, recusa alimentar, apnéia com bradicardia, cianose, hipotermia, hipotonia.

Hipo e hiperglicemia, hipocalcemia e hiponatremia são os mais diagnosticados no pré-termo. A detecção é realizada através de exames laboratoriais seriados, sendo com frequência tratados através da infusão contínua endovenosa de glicose, cálcio e sódio. O quadro clínico é geralmente assintomático, mas quando presente é inespecífico, podendo ocorrer apatia, recusa alimentar, choro débil, tremores finos, acrocianose, convulsões e apnéia (GUINSBURG, 1995 ).

Dos casos analisados, 43,3% necessitaram de ventilação mecânica, 36,6% de cpap nasal, 10% de hood e apenas 6,6% estavam em ar ambiente. Sendo que 33,3% usavam oxímetro de pulso.

Em relação a integridade da pele, 40% apresentaram lesão de pele. Que variava em queimaduras por micropore®, medicação, oxímetro de pulso e lacerações por punção venosa.

Em relação ao acesso venoso, 46,6% possuíam cateter umbilical, 0,4% PICC (cateter central de inserção periférica) e 50% punção venosa periférica.

Apenas 6,6% dos casos analisados usavam incubadora umidificada.

As medicações mais utilizadas foram ampicilina, gentamicina, aminofilina, cefepime, amicacina, fentanil, kankion, ibuprofeno, ranitidina, surfactante, dobutamina, dopamina e leucovorin.

Com este estudo feito em 30 (trinta) recém-nascidos pré-termo, verificou-se algumas particularidades que não podem ser comparada a um bebê a termo deficiente e nem a um feto.

Ele é um organismo único, bem equipado e funcionando adequadamente dentro do seu estágio de desenvolvimento (ALS, 1986). Ele é um produto da evolução cultural e um “artefato” médico com necessidades de cuidados especiais que, provavelmente há três décadas atrás, não teria sobrevivido (WOLKE, 1987).

Como o ambiente parece ter um efeito subsequente no desenvolvimento neural do pré-termo, este deveria ser melhor planejado e não se apenas uma consequência aleatória de eventos clínicos (DUFFY & ALS, 1983).

A manipulação do neonato prematuro nas UTINs geralmente é feita por necessidades clínicas além dos cuidados durante as rotinas diárias, como higiene, alimentação, vestir, carregar e outras. Estas manipulações são executadas durante as 24 horas do dia, sem respeitar a individualidade do bebê. Esta manobra pode levar o bebê a apresente dificuldades na auto-organização, retardando o seu desenvolvimento (GOSTTFRIED, 1985).

Através deste estudo foi possível levantar alguns diagnósticos de enfermagem, conforme a proposta da Associação Norte-americana de Diagnósticos de Enfermagem (Nanda) e implementação da assistência exclusiva para recém-nascidos pré-termos. Essas intervenções constituem as atividades necessárias à implementação e documentação do cuidado proporcionado a cada paciente.

## **DIAGNÓSTICOS:**

### **1. Risco para padrão ineficiente da respiração**

**Fatores relacionados:** imaturidade pulmonar, surfactante inadequado, imaturidade do sistema nervoso central.

**Características definidoras:**

**Subjetivas:** redução da expansibilidade torácica. Respiração gemente.

**Objetivas:** PO<sub>2</sub> anormal, PCO<sub>2</sub> anormal, taquipnéia, gemência, retração, cianose central, bradicardia, batimento de asa de nariz e ruídos respiratórios anormais.

**Ações/intervenções/justificativas:** observar sintomas de respiração com dificuldade: taquipnéia(fr > 60 rpm), gemência, retrações e ruídos adventícios; o pré-termo possui insuficiência de surfactante, imaturidade do SNC, que regula a respiração, predispondo à uma dificuldade respiratória. A gemência expiratória é decorrente a tentativa de manter a expansão alveolar.

Observar cianose, utilizar oxímetro de pulso. A cianose central ocorre quando a uma baixa de  $p_{aO_2}$  e redução da saturação;

Aspiração das vias aéreas superiores e orofaringe quando necessário, observar, através do monitor transcutâneo de saturação, limitar a aspiração em 10 a 15 segundos. Para que haja uma respiração eficaz, as vias aéreas têm que estar pérvias, evitando o aumento do esforço respiratório. A limitação da aspiração é devido ao risco de bradicardia, ocasionado pela estimulação do nervo vago.

Observar valores dos gases arterial: Quando há hipoxia , estresse por frio, hipercapnia, existe uma redução da produção de surfactante. Os valores normais são:  $p_{aO_2}$ -50-8-mmHg;  $p_{CO_2}$ 35-45mmHg; saturação 92%-94%.

Observar funcionamento da ventilação mecânica, hood e CPAP: o sucesso do suporte ventilatório, vai depender também do bom funcionamento dos equipamentos e manutenção dos parâmetros. Altas concentrações de oxigênio podem afetar a retina do RN, especialmente quando prematuros.

Monitorizar a temperatura: pequenas mudanças ambientais podem levar a apnéia. Oxigênio é necessário para o metabolismo, para ajudar na manutenção da temperatura A hipotermia é um dos fatores de risco para doença de membranas hialinas.

Providenciar coxim subescapular: É necessário colocar o coxim nessa região para proporcionar uma leve extensão do pescoço, para manter as vias aéreas pérvias.

Providenciar estímulo tátil, quando ocorrer apnéia: A estimulação do sistema nervoso simpático estimulará a respiração.

Umidificar e aquecer os gases: A umidade e a temperatura do gás inspirado são importantes para prevenir a hipotermia e desidratação da mucosa do trato respiratório. O aumento da umidade dos gases reduz a perda insensível de água.

## **2. Risco para hipotermia / hipertermia:**

**Fatores relacionados (hipotermia):** Desproporção entre a superfície corporal e o peso, gordura mínima instalada, exposição ao ambiente frio e epiderme não estratificada.

**Fatores relacionados (Hipertermia):** Excesso de roupas, fluidos inadequados, estoque inadequado de glicose, aquecimento excessivo, inabilidade de tremer e suar e sobrepeso.

**Características definidoras:**

Objetivas (hipotermia): temperatura axilar menor que 36,4°C, hipoatividade, pele fria, acrocianose.

Objetivas (hipertermia): Temperatura axilar maior que 37,2 °C, frequência respiratória aumentada, apnéia, pele vermelha, enquanto dorme.

Subjetivas (hipotermia): agitação.

Subjetivas( hipertermia): agitação.

**Intervenção/ação/ justificativa:** Monitorizar temperatura axilar a cada duas horas. Caso seja detectado hipotermia ou risco, adotar medidas para aquecer a criança a 0,5°C/hora, colocar luvas, almofadas aquecidas, gorro, papel filme, umidificação da incubadora.

Manter o ambiente térmico neutro de acordo com o peso do RN. No ambiente neutro o consumo de O<sub>2</sub> e a produção de CO<sub>2</sub> são reduzidos. Reduzir a apnéia, proporcionar sono mais organizado, diminuir a agitação, irritabilidade, aumentar o estado de alerta e ganho de peso. Oscilações na temperatura ambiente para mais ou para menos aumentam o consumo de energia e de oxigênio.

Utilizar incubadoras de parede dupla para atender os RN com risco de hipotermia. A parede dupla reduz o movimento de ar junto à pele, diminuindo a perda de água insensível.

Aumentar o nível de umidade do ar da incubadora. Reduz perda insensível de água, 30%.

Evitar a abertura das portilholas da incubadora. Evitar a saída de ar da incubadora. Agrupar cuidados e, quando necessário, adiar procedimentos.

Não banhar Rn instável. O banho diário é desnecessário. A limpeza das dobras axilar e inguinal e da região geniturinária é suficiente.

Trocar roupas molhadas imediatamente. Evitar perda de calor por condução e evaporação.

### **3. Risco para redução da integridade da pele**

**Fatores relacionados:** Tecido subcutâneo diminuído, fragilidade capilar, procedimentos invasivos.

#### **Características definidoras:**

Objetivas: lesões de áreas da pele, áreas da pele vermelha e pele com crostas.

**Ações/ intervenções/ justificativa:** Observar áreas avermelhadas e irritadas. As áreas vermelhas e irritadas possuem mais chance de romper-se,

Reduzir o tamanho das fraldas convencionais. Diminui o contato da pele com urina e fezes.

Mudança de decúbito de 2/2horas. Evitar que algumas áreas do corpo fiquem expostas a contínua pressão, impedindo o seu rompimento.

Evitar ou diminuir o uso de fitas adesivas, remover com óleo mineral ou água. A remoção de fitas adesivas pode levar a remoção da pele.

Observar a numeração ideal das prongas para CPAP nasal. A pronga bem ajustada pode evitar isquemia do septo nasal, que leva a necrose. E a pronga frouxa evita escape de ar.

Umidificar o ambiente da incubadora. Reduz a perda insensível, previne ressecamento, descamação e fissura da pele.

Evitar banhos rotineiros e freqüentes. O uso de sabonetes lesa a pele imatura.

Trocar o local do sensor de monitorização transcutânea de oxigênio com freqüência. Evita queimadura e lesão de pele.

Fazer higiene oral com gaze umedecida com água destilada. Mantém a cavidade oral livre de bactérias e secreções que põe em risco a integridade da mucosa, principalmente em RN com tubos e sondas.

Estabelecer rotinas na unidade neonatal, quanto à utilização de cateteres. É importante que haja uma rotina estabelecendo a ordem do uso de cateteres, primeiro umbilical, depois PICC, só então partir para punção periférica.

### **4. Risco para infecção:**

**Fatores relacionados:** Deficiência de neutrófilos, IGA, exposição a microorganismos para a relação do grande número de porta de entrada, (cordão umbilical, lesões de pele), infecção transplacentária adquirida, infecção ascendente, ruptura de membranas.

**Características definidoras:**

Objetivas: acidose metabólica, hipoglicemia, hiperglicemia, cultura indicando infecção, excesso de procedimentos invasivos, falta de consciência da equipe para se evitar infecção.

Subjetivas: alimentação inadequada.

**Ações/intervenções/ justificativa:** Observar sinais de infecção, hipotonia e hipertemia, letargia, taquipnéia, apnéia, cianose, petéquias, distensão abdominal, resíduo alimentar, diminuição do ganho ponderal / Elevação da temperatura não é necessariamente indicativo de infecção em prematuro. Hipotermia pode ocorrer. Taquipnéia e congestão nasal pode ser infecção respiratória. A distensão abdominal pode ser um indicativo de enterocolite necrosante.

Utilizar antisepsia ao fazer procedimentos invasivos, com álcool à 70%. Reduz os patógenos presentes na pele, diminuindo risco de contaminação ao fazer um procedimento.

Empregar técnica asséptica e materiais estéreis e descartáveis. Evitar a contaminação.

Substituir o material utilizado para oxigenoterapia a cada 48 horas. Prevenir colonização por bactérias hidrófilas.

Trocar sondas orogástricas a cada 72 horas. Evitar colonização por bactérias, prevenindo enterocolite necrosante.

Limpeza diária da incubadora e berços. Manter o ambiente próximo ao RN tão limpo quanto possível.

Adotar medidas de controle de infecção universal, como individualizar equipamentos e materiais, lavar as mãos, retirar anéis e pulseiras, cortar as unhas. Evitar contaminação do RN e infecção cruzada.

## **5. Risco para injúria do sistema nervoso central**

**Fatores relacionados:** Hipóxia, hipoglicemia, parto traumático, hiperbilirrubimemia.

**Características definidoras:**

Objetivas: desconforto respiratório, hipoglicemia, fontanela abaulada, hipotonia, letargia, aumento do perímetro cefálico, convulsão, anemia, espasmos tetânicos.

**Ações/Intervenções/Justificativa:** Observar sinais de injúria cerebral, como letargia, hipotonia, fontanela tensa, hipotensão, cianose, apnéia. Com o aumento da pressão intracraniana, haverá um aumento do fluxo sanguíneo cerebral, podendo ocasionar hemorragias. Letargia e hipotonia, pode ocorrer em pré-termos, quando há lesão do SNC. O dano ao SNC gera sintomas progressivos que incluem problemas respiratórios, hipotensão. O dano ao SNC do RN pré-termo incluem hipóxia durante o nascimento, hipoglicemia, hiperbilirrubineia com kernicterus.

Determinar hipoglicemia, observar espasmos. Quando a glicose sanguínea abaixar para 30-40mg/dl, pode ocorrer lesão cerebral irreparável. O pré-termo possui um risco para hipoglicemia devido ao estoque inadequado de glicogênio e dificuldade de desprender esta glicose imediata.

Medir o perímetro cefálico diariamente. Quando há injúria intracraniana, tem como resultando em hemorragia, ocorrendo aumento da circunferência intracraniana.

Evitar aspirações do TOT desnecessárias. Para evitar flutuações da pressão arterial e aumento do fluxo sanguíneo cerebral, conseqüentemente hemorragia cerebral.

Administrar medicações em bomba de infusão. Evitará aumento da pressão sanguínea, evitando aumento do fluxo cerebral.

Estabelecer rotinas de mínimo manuseio organizando os horários de manipulação do RN, troca lateral de fraudas, pesar em decúbito ventral, usar glicose oral antes de procedimentos dolorosos/ Assim evitará flutuação da pressão arterial e injúria cerebral.

## **6. Risco para déficit ou excesso de líquidos**

**Fatores relacionados (déficit)** - ingestão alterada, perda insensível de líquidos pela pele e pulmão.

**Fatores relacionados (excesso)**- instabilidade eletrolítica e ganho excessivo de líquidos, filtração glomerular reduzida.

**Características definidoras (objetivas):**

Déficit- Turgor da pele diminuído, depressão da fontanela anterior, elevação do pulso.

Excesso- aumento do peso, maior que 30g/dia, edema, elevação da uréia e creatinina sangüínea.

**Ações/intervenções/ justificativa:** Observar a desidratação, através do turgor da pele, depressão da fontanela anterior, balanço hídrico. A imaturidade do organismo do prematuro predispõe a criança a desidratação.

Verificar pressão arterial, pulso e pressão venosa central. Devido ao fato do volume circulante estar alterado, podendo ter hipotensão ou hipertensão.

Peso diário. Ganho acima de 30g/dia e edema são indicativos de ganho de líquidos.

Monitorização da saturação sangüínea. Uma hemodiluição pode levar a uma queda da saturação sangüínea.

Através deste estudo foi possível montar um protocolo para intervenções de enfermagem na assistência ao Recém-nascido em uma UTI neonatal.

### **Prescrição de enfermagem**

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Assistência de enfermagem</b>	<b>Evolução</b>
1. .... ..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
2. .... ..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
3. .... ..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
4. .... ..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....

## CONCLUSÃO

### **Considerações gerais**

Este estudo propôs uma intervenção em uma unidade neonatal de risco, do Hospital Regional da Asa Sul-SES. Esta constitui de uma investigação e análise da história de cada recém-nascido pré-termo, incluindo investigação de prontuário, exame físico com posterior preenchimento do protocolo de coleta de dados.

Concluiu-se que com a assistência de enfermagem proposta ajudaria a reduzir o tempo do período de internação, com isso indicando melhoria de qualidade de vida, no sentido de diminuir o risco de contrair infecções hospitalares, maior possibilidade de evolução médica favorável, além de uma inclusão menos traumática dentro da unidade sócio-familiar.

### **Considerações finais**

O relato da presente pesquisa, até o momento de encerramento de coleta e análise dos dados coletados, indicou que os objetivos propostos foram alcançados. Ganhos consideráveis foram obtidos por parte desses bebês de alto risco, que possuem baixa taxa de sobrevida, girando em torno de 30-40%.

Para ganhar tal benefício será necessária implementação dessa assistência na UTIN do HRAS com posterior avaliação dos resultados obtidos. Como idéia inicial isso será feito através de uma prescrição da assistência de enfermagem, tendo todos os cuidados em rotinas pré-estabelecidas na unidade.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Associação Paulista de estudos e controle de infecção hospitalar. Diagnóstico e prevenção de infecção hospitalar em neonatologia.1ºed, São Paulo, 2001.
- CARVALHO, Emila C. de; JESUS, Cristine A . C. de. Raciocínio clínico na formulação de diagnóstico de enfermagem para o indivíduo. Brasília: Associação Brasileira de enfermagem, 1997.112p. ( série didática; enfermagem no SUS).
- DOENGES, Marilyn E. MOORHOUSE, Mary F. Diagnóstico e intervenção em enfermagem, 5ºed., Porto alegre, artmed,1999.
- FILHO, Navantino A., FILHO, Oswaldo T. Clínica de perinatologia: Aparelho respiratório em neonatologia-Parte I, Vol I, São Paulo, Artmed, 2001. ,
- FREITAS, Fernando; COSTA, Sérgio H.; RAMOS, José G. L.;MAGALHÃES, José A.; **in:** Rotinas em obstetrícia 3º ed.Porto Alegre, 1997. p.45-63 e 272.
- MARGOTTO , Paulo R. Assistência ao recém-nascido de risco, Editora Pórfiro, Brasília, 2002.
- MEYERHOF, Pérsia Grywac. Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo. São Paulo, 1996. Dissertação (Doutor em ciências- área de concentração: Psicologia experimental.), Universidade de São Paulo.
- NICHOLS, Francine H.; ZWELLING, Francine H. Maternal-Newborn Nursing: Theory and Practice. United States of America,1997.
- SALOMON, Délcio V. Como fazer uma monografia 10ºed, São Paulo, Martins Fontes, 2001.

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### 1. Identificação:

Nome da mãe:-----, Idade:-----.

2. Pré-natal: ( ) sim ( ) não Número da consultas:-----.

DUM:-----, Esteróide: n°doses:-----.

### 3. Complicações na gravidez:

( ) pré-eclampsia ( ) infecção vira/bacteriana ( ) diabete ( ) anemia  
( ) placenta prévia ( ) hipertensão ( ) hidrâmnios ( ) hemorragia ( ) rotura prematura das  
membranas -----horas./ Líquido amniótico-----.( ) outros-----.

### 4. Uso de drogas durante a gravidez:

( ) álcool ( ) cigarro ( ) outros-----.

### 5. Exames laboratoriais maternos:

Tipo de sangue ( ) A ( ) B ( ) O ( ) AB Fator RH ( ) positivo ( ) negativo  
HIV ( ) positivo ( ) negativo Rubéola ( ) positivo ( ) negativo  
Hepatite B ( ) positivo ( ) negativo Hepatite C ( ) positivo ( ) negativo  
Toxoplasmose ( ) positivo ( ) negativo DST ( ) positivo ( ) negativo Quais-----

### 6. Dados intraparto:

Alguma elevação da pressão:-----, Uso de analgesia/anestesia ( ) sim ( ) não

Medicações durante o trabalho de parto: ( ) sim ( ) não quais-----.

Sufrimento fetal ( ) sim ( ) não Qual:-----.

Feto centralizado ( ) sim ( ) não

### 7. Condições imediatas do recém-nascido:

Apgar:--/--/--/-----, Ressuscitação ( ) sim ( ) não -material:-----.

Aspiração: ( ) sim ( ) não Respiração espontânea ( ) sim ( ) não

Contato com a mãe ( ) sim ( ) não Uso de medicamentos ( ) sim ( ) não Quais:-----.

### 8. Exame físico neonatal:

8.1 Idade Gestacional: -----.( ) DUM ( ) Capurro ( ) Ballard-modificado ( ) PC

Classificação: ( ) GIG ( ) AIG ( ) PIG- assim/ simétrico.

Peso:-----g. Estatura:-----.

Temperatura:-----.

Administração de vitamina K ( ) sim ( ) não

Administração hepatite B ( ) sim ( ) não

8.2 Estado geral: ( ) excelente ( ) bom ( ) regular

8.3 Estado mental ( ) Dormindo ( ) sedado ( ) Acordado

8.4 Pele: ( ) Rosa ( ) pálida ( ) ictérica ( ) cianótica

( ) impetigo ( ) lanugem ( ) vérnix caseoso ( ) pletora ( ) matizado

( ) equimoses ( ) petéquias ( ) millium sebáceo ( ) eritema tóxico

Integridade da pele/ mucosa ( ) íntegra;

( ) não-íntegra \_\_\_\_\_.

Alteração significativa: ( ) cicatrizes ( ) Lacerações ( ) Queimaduras ( ) pústulas  
( ) edema

**8.5 Cabeça:**

( ) simétrica ( ) assimétrica ( ) céfalo hematoma ( ) lesões-----  
Perímetro cefálico-----.

**Olhos:** ( ) normais ( ) com secreção ( ) icterícia ( ) outros

**Nariz:** ( ) normais ( ) com secreção ( ) obstrução

**Orelhas:** ( ) simétrico ( ) assimétrico ( ) inserção normal ( ) inserção anormal

**Boca:** ( ) simétrico ( ) assimétrico ( ) corada ( ) descorada  
( ) cianose ( ) monilíase ( ) fenda labial-palatina

**Pescoço:** ( ) simétrico ( ) assimétrico ( ) rigidez de nuca ( ) com mobilidade

**8.6 Tórax:**

( ) simétrico ( ) assimétrico ( ) regular ( ) irregular

( ) sem massas ou nódulos ( ) com massas ou nódulos

Glândulas mamárias: ( ) normais ( ) anormais

**8.7 Abdome:**

( ) simétrico ( ) assimétrico ( ) normal ( ) anormal ( ) distendido ( ) escafóide

**Coto Umbilical** ( ) normal ( ) anormal ( ) higienizado ( ) não-higienizado

**Secreção:** ( ) serosa ( ) seca ( ) purulenta ( ) sanguinolenta ( ) fétido

**8.8 Sistema cardiovascular**

( ) normal ( ) anormal ( ) sopros ( ) bradicardia ( ) insuficiência cardíaca

( ) Taquicardia ( ) arritmia cardíaca ( ) 120-160bpm ( ) < 110bpm.

**8.9 Sistema respiratório**

( ) normal ( ) anormal ( ) dispnéia ( ) apnéia ( ) ruídos ( ) estridor

( ) respiração abdominal ( ) batimento de asa de nariz ( ) gemidos espiratórios

**Saturação O<sub>2</sub>** ----- **Uso de oxímetro** ( ) sim ( ) não

**a. Sistema genito-urinário e gastrointestinal:**

**Genitália** ( ) higienizada ( ) não-higienizada

**Genitália masculina:** ( ) normal ( ) testículos na bolsa. Sim/ não ( ) edema de escroto ( ) fimose ( ) pênis reto ( ) pênis curvado ( ) meato uretral localizado na linha média

**Genitália feminina** ( ) normal ( ) edema ( ) meato uretral localizado anteriormente ao orifício vaginal

**Secreção:** ( ) mucóide-leitosa ( ) purulenta ( ) menarca neonatal

**Ânus** ( ) localizado na linha média ( ) contração anal presente ( ) desvio anterior

**Eliminações urinárias** ( ) não-observadas ( ) rara ( ) com frequência

( ) início nas primeiras 24 horas ( ) Depois de 24 horas

Uso de diuréticos:-----.

**Eliminações fecais:** ( ) não-observadas ( ) rara ( ) com frequência

( ) início nas primeiras 24 horas ( ) Depois de 24 horas

**b. Sistema neurosensorial:**

**Atitude** ( ) acordado ( ) alerta ( ) apático

**Reflexos** ( ) babinski ( ) piscar os olhos ( ) engatinhar ( ) extensão cruzada

( ) moro ( ) defesa ( ) galant ( ) apreensão

( ) pupilar ( ) susto ( ) caminhar ( ) sucção ( ) marcha

**Choro** ( ) normal ( ) fraco ( ) forte ( ) diminuído ( ) diminuí quando o sono chega

**Sono** ( ) normal ( ) anormal ( ) calmo ( ) agitado

**9. Alimentação:** Dieta atual:----- **Quantidade:**----- **SOG**----**Seio materno:**----

Resíduo gástrico:-----, Vômitos:-----, Intolerância:-----, Nutrição parenteral:---

**10. Acesso venoso** ( ) periférico Localização: -----Dias:----- ( ) central  
Localização:-----, Dias:-----, fixação:-----.

**11.Diagnóstico(s)médico:**\_\_\_\_\_

**12. Medicações utilizadas:**-----

**Em bomba de infusão** ( ) sim ( ) não Velocidade-----.

**13. Em incubadora** ( ) sim ( ) não ( ) umidificada ( ) não-umidificada

**Berço aquecido** ( ) sim ( ) não

**14.Assistência respiratória:**

**Ventilação mecânica:**Parâmetros-----.

**CPAP Nasal:** Parâmetros-----.

**Hood:** Parâmetros-----.

**O2 livre** ( ) sim ( ) não

**Ar ambiente** ( ) sim ( ) não

**15. Exames complementares significativos:**

**Hemograma completo:**-----.

**Bioquímica do sangue:**-----.

**Gasometria arterial:**-----.

**EAS:**-----.

**Ecotransfontanelar:**-----.

**Ecocardiograma:**-----.

**Fundoscopia:**-----.

**Outros:**-----.

**16. Dieta atual**

**SOG** -----, **Resíduo gástrico**-----ml. **Seio materno** ( ) sim ( ) não

**Dieta de prova** ( ) sim ( ) não

## 6. Etapas de investigação

1. Exame físico;
2. Aplicação do instrumento de coleta de dados;
3. Revisão do prontuário com evolução médica e exames complementares;
4. Levantamento dos diagnósticos de enfermagem;
5. Prescrição da assistência de enfermagem;
6. Evolução de enfermagem.

## CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Julho</b>	<b>agosto</b>	<b>setembro</b>	<b>outubro</b>	<b>Novembro</b>	<b>Dezembro</b>
<b>Elaboração do projeto</b>	#					
<b>Levantamento bibliográfico</b>	#	#				
<b>Aprovação pelo comitê de ética e pesquisa</b>		#				
<b>Coleta de dados</b>			#	#		
<b>Levantamento dos diagnósticos de enfermagem</b>			#	#	#	
<b>Elaboração da assistência de enfermagem</b>				#		
<b>Análise dos resultados</b>					#	
<b>Apresentação da monografia</b>						#

**PLANILHA DE ORÇAMENTO**

<b>Gastos</b>	<b>Valor unit.</b>	<b>Total R\$</b>
<b>Xérox</b>	<b>0.10</b>	<b>100.0</b>
<b>Gasolina</b>		<b>60.0</b>
<b>Tempo disponível /100h</b>	<b>90,00</b>	<b>900,00</b>
<b>Livros</b>	<b>45,00</b>	<b>90,00</b>
		<b>1.050,00</b>

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem oferecidos na UTI neonatal, observou-se a necessidade de organizar a assistência , através da implementação da prescrição de enfermagem. Esta prescrição irá conter os cuidados de enfermagem prestados ao seu bebê. E estes cuidados serão selecionados através da observação direta da doença e livros médicos e de enfermagem que serão consultados.

Quero deixar claro que não existem riscos físicos, sociais ou morais para os recém-nascidos, e que os mesmos serão preservados, não sendo expostos nas apresentações dos resultados, estando garantidos caso queiram desistir da participação do projeto ou mesmo em qualquer momento obter informações sobre o trabalho.

Maiores informações podem ser adquiridas com Isabel Fone: 3614623 ou Patrícia Fone: 274953 e no comitê de ética e pesquisa fone: 3254955.

Estando ciente da realização da pesquisa, autorizo a divulgação dos dados levantados.

---

Assinatura do responsável legal

Em caso de falta de escolaridade:

---

Nome da testemunha e RG

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.