



**MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**  
**PERINATAL**



GLEICIANE DE ALMEIDA BERNARDES

**O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM PARA A ALTA DO RECÉM-NASCIDO**  
**NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: a cartografia para a**  
**inserção da família no cuidado**

RIO DE JANEIRO

2015



# **MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ**

## **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**



GLEICIANE DE ALMEIDA BERNARDES

### **O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM PARA A ALTA DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: a cartografia para a inserção da família no cuidado**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Enfermagem na Saúde Perinatal.

Orientadora: Enf<sup>a</sup>. Ms. ANA PAULA VIEIRA DOS SANTOS ESTEVES

Coorientadora: Enf<sup>a</sup>. Pós Dr. MARIALDA MOREIRA CHRISTOFFEL

Rio de Janeiro

2015



**MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**  
**PERINATAL**



**O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM PARA A ALTA DO RECÉM-NASCIDO**  
**NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: a cartografia para a**  
**inserção da família no cuidado**

Gleiciane de Almeida Bernardes

Orientadora: Enf<sup>a</sup>. Ms. ANA PAULA VIEIRA DOS SANTOS ESTEVES

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Enfermagem na Saúde Perinatal.

Aprovada por:

---

Enf<sup>a</sup>. Ms. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves - Orientadora

---

Enf<sup>a</sup>. Pós Dr. Marialda Moreira Christoffel - Coorientadora

---

Enf<sup>a</sup>. Priscilla dos Santos Vigo - Convidada

Rio de Janeiro

2015



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### FICHA CATALOGRÁFICA

Bernardes, Gleiciane de Almeida

O Planejamento de Enfermagem para a alta do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: a cartografia para a inserção da família no cuidado / Gleiciane de Almeida Bernardes – Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2015.

Xi, 47f. : il.; 31cm.

Orientadora: Ana Paula Vieira dos Santos Esteves  
Monografia (Lato Sensu) – UFRJ / Maternidade Escola, Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, 2015.

Referências bibliográficas: f. 38-43

1. Alta do Paciente. 2. Recém-nascido. 3. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 4. Família. 5. Processos de Enfermagem – Monografia. I. Esteves, Ana Paula Vieira dos Santos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, PRIM. III. Título.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### AGRADECIMENTOS

*A Deus, por iluminar meus caminhos e permitir a realização de mais um sonho.*

*Aos meus pais Ana e Paulo Sérgio pelo incentivo, apoio e compreensão que me deram ao longo desta caminhada. São vocês a minha base.*

*Aos meus irmãos Paulo Anderson, Katiucia e Cleiton que sempre acreditaram em mim, me dando estímulo para que jamais desistisse dos meus sonhos. Obrigada!!!*

*Ao meu noivo Ulisses pelo amor, incentivo e compreensão.*

*A orientadora Enf<sup>a</sup> Ms. Ana Paula Esteves, muito obrigada por acreditar e confiar em mim. Muito obrigada pelos ensinamentos e crescimento pessoal e profissional.*

*Aos membros da banca, Enf<sup>a</sup> Pós-Dr. Marialda e Enf<sup>a</sup> Priscilla pela disponibilidade em contribuir para melhoria desta pesquisa com seus conhecimentos.*

*A Maternidade Escola (UFRJ), pelo carinho e apoio recebido durante a Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal.*

*A equipe profissional, os bebês e os familiares da UTIN que proporcionaram muito aprendizado. Agradeço muito por todos os momentos vividos.*

*A todos os profissionais da Maternidade Escola que proporcionaram conhecimento e aprendizado necessário para minha formação profissional e pessoal.*

*As amigas, Caroline Xavier e Priscila Oliveira, pela amizade conquistada durante a Residência. Muito obrigada pelas palavras de incentivo e apoio durante a nossa jornada.*

*A todos os residentes (Turma 2013), obrigada por ter feito parte dessa caminhada.*

*E a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, deram-me apoio, incentivo.*

**MUITO OBRIGADA!!!**



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### RESUMO

A inquietação para desenvolver o estudo, surgiu com a inserção no mundo do trabalho perinatal proporcionado pela Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A alta tem um significado de uma semiologia ampliada do sujeito com vista a sua linha de cuidado e seu itinerário terapêutico pós UTIN e a inserção da família nesta prática desde o momento da internação em prol da autonomia em sua residência. Partimos da hipótese que ao inserir a família em um processo de educação permanente no planejamento de cuidados de enfermagem do recém-nascido internado na unidade de terapia intensiva neonatal com vistas à alta hospitalar a mesma estará mais autônoma para realizar os cuidados previstos e necessários ao recém-nascido em seu lar, de acordo com as necessidades por eles apresentadas. Os objetivos foram conhecer o planejamento de enfermagem que é realizado para a alta do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal; identificar as características dos recém-nascidos internados na Unidade Terapia Intensiva Neonatal; discutir o planejamento de enfermagem que é realizado para a alta do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal encontrada nos prontuários; analisar as informações encontradas com relação o planejamento de enfermagem que é realizado para a alta do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal e fornecida no momento da alta. O desenho da pesquisa foi de abordagem quantitativa do tipo descritiva, retrospectiva e documental. O cenário do estudo foi uma Maternidade pública de ensino na cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados nos prontuários dos recém-nascidos internados na Unidade Terapia Intensiva Neonatal, desta Maternidade no ano de 2013 (janeiro a dezembro). A realização deste estudo permitiu compreender a importância do planejamento de enfermagem para alta e a participação dos familiares frente aos cuidados com o recém-nascido nesse momento, como o acesso às informações prestadas na assistência do neonato internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

**Descritores:** Alta do Paciente; Recém-nascido; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Família, Processos de Enfermagem.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### ABSTRACT

Restlessness to develop the study, came up with the insertion in the world of work provided by perinatal Multidisciplinary Residency in Perinatal Health, specifically in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). High has meaning of an enlarged semiotics of the subject with a view to their care line and its post-NICU therapeutic itinerary and family involvement in this practice since the time of admission in favor of autonomy in your home. Start from the hypothesis that when inserting the family in a lifelong learning process in the planning of the hospitalized newborn nursing care in the neonatal intensive care unit with a view to discharge the same will be more autonomous to achieve the stated and necessary for the new care -born at home, according to the needs presented by them. The objectives were to know the nursing planning is carried out for the high newborn in the neonatal intensive care unit; identify the characteristics of newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit; discuss the nursing planning is carried out for the high newborn in the neonatal intensive care unit found in the records; analyze the information found regarding the nursing planning is carried out for the high newborn in the neonatal intensive care unit and provided at discharge. The research design was a quantitative approach descriptive, retrospective and documentary. The study setting was a teaching public Parenting in the city of Rio de Janeiro. Data were collected from medical records of newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit, Maternity of this in 2013 (January to December). Thus, this study enabled us to understand the importance of the nursing planning for high and the involvement of family members in face care for the newborn that time. As well as access the information provided in the care of hospitalized newborns in a Neonatal Intensive CareUnit.

Keywords: High Patient; Newborn; Neonatal Intensive Care Unit, Family, Nursing Process.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

**GRÁFICO 1:** Prontuários vistos referentes aos recém-nascidos do ano de 2013.

**GRÁFICO 2:** Tipo de parto dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no ano de 2013.

**GRÁFICO 3:** Sexo dos recém-nascidos internados no ano de 2013.

**QUADRO 1:** Trajetória dos recém-nascidos no decorrer da sua hospitalização até a alta hospitalar .

**QUADRO 2:** Dados sociodemográficos das mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no ano de 2013.

**QUADRO 3:** Idade gestacional dos recém-nascidos e a relação da idade gestacional com o sexo dos recém-nascidos.

**QUADRO 4:** Valores do APGAR no primeiro e quinto minuto dos recém-nascidos admitidos na UTIN.

**QUADRO 5:** Peso dos recém-nascidos ao nascer.

**QUADRO 6:** Histórico de internação no momento da admissão do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva neonatal.

**QUADRO 7:** As necessidades dos recém-nascidos na admissão e na alta hospitalar, e a presença do familiar nesse momento.

**QUADRO 8:** Orientações familiares realizadas pela Equipe de Enfermagem no período de internação dos recém-nascidos.

**QUADRO 9:** Os cuidados realizados pelos familiares no período de internação do recém-nascido e quem realizou os cuidados no período de internação do recém-nascido.





# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>9</b>
1.1	MOTIVAÇÃO/ CONTEXTUALIZAÇÃO	9
1.2	HIPÓTESE	10
1.3	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	10
1.4	OBJETIVOS	11
<b>2.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>12</b>
2.1	A ALTA HOSPITALAR	12
2.2	O PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR PELA ENFERMEIRA	13
2.3	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	15
2.4	A IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELA ENFERMEIRA NO MOMENTO DA ALTA COM VISTAS A AUTONOMIA DA FAMÍLIA PARA O CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO	17
<b>3.</b>	<b>MÉTODOS E TÉCNICAS DE ESTUDO</b>	<b>20</b>
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	20
3.2	CENÁRIO	20
3.3	COLETA DE DADOS	21
3.4	ANÁLISE DE DADOS	22
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	22
<b>4.</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>37</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>38</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE</b>	<b>46</b>



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

#### 1.1 MOTIVAÇÃO/ CONTEXTUALIZAÇÃO

A inquietação para desenvolver o estudo, surgiu com a inserção no mundo do trabalho perinatal proporcionado pela Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A alta tem um significado de uma semiologia ampliada do sujeito com vista a sua linha de cuidado e seu itinerário terapêutico pós UTIN e a inserção da família nesta prática desde o momento da internação em prol da autonomia em sua residência.

Na referida Unidade, percibi o quanto é importante a participação dos familiares no cuidado inicial com recém-nascido, para que o mesmo seja oferecido de maneira adequada no domicílio. Nesse ponto, o enfermeiro exerce um papel fundamental, sendo capaz de acolher essa família para transmitir as orientações e informações sobre os cuidados pertinentes ao recém-nascido de uma UTIN.

Segundo Schmidt et al (2011, p.850), "este trabalho de orientar e informar os pais torna possível subsidiar o cuidado domiciliar futuro, de tal forma a propiciar conhecimentos corretos e um sentimento de segurança, essencial à continuidade de uma atenção de qualidade após a alta hospitalar".

Assim, para que essa atenção seja plena, no momento da alta, "os pais deverão estar efetivamente aptos a cuidar de seu filho em sua casa de maneira segura" (TAMEZ, 2013). Para que isso ocorra de maneira clara e estruturada, se faz necessário um planejamento de enfermagem efetivo.

O planejamento de enfermagem é a terceira etapa do Processo de Enfermagem que de acordo com a Resolução do COFEN 358 / 2009 é definido como: "determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa,



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem”.

Dessa maneira, o **objeto de estudo** foi o planejamento de enfermagem para a alta do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal.

### 1.2 HIPÓTESE

A hipótese desse estudo é que ao inserir a família em um processo de educação permanente no planejamento de cuidados de enfermagem do recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com vistas à alta hospitalar a mesma estará mais autônoma para realizar os cuidados previstos e necessários aos recém-nascidos em seu lar, de acordo com as necessidades por eles apresentadas. Sendo assim, introduzir os familiares no processo de cuidado ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal o mais precoce possível favorece uma maior autonomia do cuidado após a alta.

### 1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

A justificativa e relevância da pesquisa se dão por acreditar que o planejamento de enfermagem para a alta contribuirá para uma melhor assistência aos recém-nascidos e para a qualificação do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Além disso, permitir o fortalecimento do ensino e pesquisa relacionados ao planejamento de enfermagem para a alta dos recém-nascidos admitidos na UTIN de maneira sistematizada, visando à participação familiar no cuidado com o recém-nascido.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### 1.4 OBJETIVOS

#### GERAL

- Conhecer o planejamento de enfermagem que é realizado para a alta do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal.

#### ESPECÍFICOS

- Identificar as características dos recém-nascidos internados na Unidade Terapia Intensiva Neonatal;
- Discutir o planejamento de enfermagem que é realizado para a alta do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal encontrada nos prontuários;
- Analisar as informações encontradas com relação o planejamento de enfermagem que é realizado para a alta do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal e fornecida no momento da alta.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. A ALTA HOSPITALAR

A internação de um recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, desperta nos pais sentimentos de medo, angústia, ansiedade, impotência diante do risco de vida do filho (SOUSA; SILVA e GUIMARÃES, 2008). Assim, “a alta hospitalar é um momento muito esperado para os pais dos recém-nascidos de risco” (TAMEZ, 2013, p.308).

A alta no contexto legal, Lei nº 12.842, de 10 de Julho de 2013, é uma atividade privativa do médico nos serviços de atenção à saúde. Sendo definida pela Organização Mundial de Saúde (2004) como a liberação de um paciente de um centro de cuidados, usualmente referendo-se a data em que o paciente deixa o hospital.

Segundo Brasil (2002), alta é um “ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado. O paciente poderá, caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio”.

Assim, seguindo a Terminologia Básica em Saúde (BRASIL, 1987), a Alta é um ato médico que compreende:

- Alta de ambulatório;
- Alta hospitalar;
- Alta domiciliar.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



A partir dessa visão, é importante refletir sobre o momento de transição do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para outras Unidades de Cuidado e/ou para o domicílio, momento que se concretiza a alta da UTIN (OLIVEIRA, 2009).

Logo, mesmo que o médico seja o responsável legal pela alta do paciente, o enfermeiro é fundamental nesse processo, através do planejamento e por atuar de maneira integral e holística no cuidado com o recém-nascido internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

### 2.2. O PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR PELA ENFERMEIRA

O planejamento da alta hospitalar tem como objetivos desenvolver senso de responsabilidade e competência nos pais para o cuidado do recém-nascido, ensinar os pais sobre qual a maneira mais apropriada de prestar cuidados e responder às necessidades do recém-nascido, amenizar o nível de estresse da família, reduzir as readmissões hospitalares e identificar recursos disponíveis na comunidade para o atendimento após a alta (TAMEZ, 2013).

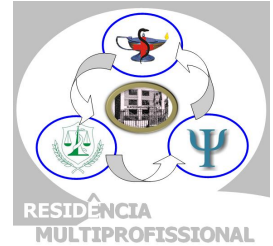
A construção e implementação do plano de alta é um recurso que o enfermeiro dispõe para aplicar os seus conhecimentos técnico-científicos na assistência à pessoa, assim como ampliar o seu papel na equipe de saúde. As visitas diárias do enfermeiro e a avaliação sistemática das condições do cliente é um dos caminhos para o acompanhamento efetivo da evolução de sua saúde e o preparo do cliente para a alta hospitalar (CHUNG e NGUYEN, 2005).

O planejamento da alta é uma atividade interdisciplinar que tem o enfermeiro como o responsável para fazer o elo entre os profissionais, visando o bem-estar e os recursos necessários para garantir a segurança do cuidado do cliente em casa. Para desempenhar o papel de coordenador do processo de alta, é importante que o enfermeiro entenda a importância e a complexidade da colaboração entre os profissionais, pois, para trabalhar de forma interdisciplinar na área da saúde, é necessária competência, compromisso e cooperação (ATWAL, 2002).



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Na perspectiva dos cuidados, Araujo e Reis (2012) descreveram algumas metas para serem alcançadas no decorrer da assistência ao neonato de risco:

- Relacionadas com a melhoria e manutenção das condições de saúde do neonato:

- ✓ Promover adaptação plena do RN à vida extrauterina;
- ✓ Promover aumento dos níveis de conforto e do bem-estar do RN;
- ✓ Promover cicatrização de feridas;
- ✓ Controlar a dor no RN;
- ✓ Controlar os processos hemodinâmicos;
- ✓ Controlar a glicemia;
- ✓ Promover e controlar a regulação térmica do RN;
- ✓ Controlar riscos ambientais e de infecções;
- ✓ Promover e monitorar crescimento e desenvolvimento do bebê;
- ✓ Monitorar as eliminações vesicointestinais;
- ✓ Promover e avaliar os equilíbrios hidroeletrolítico e ácido básico;
- ✓ Garantir melhoria dos processos de troca de gases e ventilação;
- ✓ Promover manutenção da integridade tissular e cutânea-mucosa;
- ✓ Realizar organização neuropsicomotora do RN pré-termo;
- ✓ Não causar danos e/ou seqüelas secundárias ao RN;

- Relacionadas com o manejo e apoio familiar que estejam vivenciando a condição de ter um neonato que necessite de cuidados em uma unidade neonatal:

- ✓ Promover aceitação e entendimento do estado de saúde do bebê pela família;
- ✓ Garantir apoio social;
- ✓ Desenvolver e apoiar a capacidade de comunicação das famílias;
- ✓ Desenvolver a capacidade de recepção do RN pelas famílias;
- ✓ Proporcionar conhecimento acerca da amamentação correta;
- ✓ Proporcionar conhecimento acerca dos cuidados com o bebê no domicílio;
- ✓ Controlar a ansiedade das famílias;
- ✓ Criar e estreitar o vínculo afetivo entre RN e seus pais;
- ✓ Sustentar o desempenho do papel de cuidador pelos pais;
- ✓ Promover o enfrentamento familiar;
- ✓ Estabelecer e apoiar a amamentação;
- ✓ Promover escuta atenta e ambiente terapêutico;
- ✓ Propiciar relacionamento promotor de segurança por meio do diálogo e da escuta.

O planejamento é uma ação fundamental para a sistematização da assistência de enfermagem, o que significa mais chances de acertar quando se planeja (DELATORRE *et al.*,2013). Logo, o planejamento da alta deve ser considerado mais uma etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem que direciona o plano e a implementação das ações, no decorrer do período entre a



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



admissão e a alta hospitalar, com a finalidade de prever a continuidade do cuidado ao cliente no domicílio (PEREIRA et al, 2007).

O sucesso do plano de alta não dependerá da clínica do paciente, mas dos profissionais envolvidos e, principalmente de seu início (MARTINS; SILVA; FERRAZ, 2013)

Assim, é fundamental o preparo dos pais para a alta do recém-nascido. O momento da alta para os pais significa uma nova fase, rica em insegurança e dúvidas, visto que eles estarão sozinhos na responsabilidade de cuidar do filho, e por mais capacitados que estejam ainda se sentem incapazes estabelecer o novo papel (GAÍVA; GOMES, 2003).

### 2.3. A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O método utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem é o Processo de Enfermagem (PE), forma de tomada de decisões que se apoia nos passos do método científico (CUNHA; BARROS, 2005).

Atualmente, o Processo de Enfermagem vem sendo estudado e aplicado nos serviços de saúde no Brasil e no mundo. No Brasil, o modelo mais explorado e seguido para a implantação do processo de enfermagem que dinamiza as ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência do ser humano foi proposto por Horta (1979), o qual contém as seguintes fases:

- a) Histórico de Enfermagem;
- b) Diagnóstico de Enfermagem;
- c) Plano Assistencial;
- d) Prescrição de Enfermagem;
- e) Evolução de Enfermagem;
- f) Prognóstico de Enfermagem.

A SAE apresenta diversas vantagens, Cunha e Barros (2005) destacaram a elevação da qualidade da assistência de enfermagem, que beneficia tanto o





# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



paciente, por meio de um atendimento individualizado e integral, quanto o enfermeiro, mostrando a importância do processo de enfermagem.

A Resolução Cofen nº 272/2002 reforça a importância e a necessidade de planejar a assistência de enfermagem e dispõe que “a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada” e que as ações privativas do enfermeiro são “a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem” (BRASIL, 2002).

Já em 2009, a Resolução Cofen nº 358/2009 revogou a Resolução Cofen nº 272/2002. Essa resolução descreve que o Processo de Enfermagem “deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem”. E afirma que o PE se organiza em cinco etapas (BRASIL, 2009):

I - Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem): processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo de saúde e doença;

II - Diagnóstico de Enfermagem: processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, e que constitui a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;

III - Planejamento de Enfermagem: determinação dos resultados que se esperam alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem;

IV – Implementação: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem;

V - Avaliação de Enfermagem: processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações.

Sistematizar o cuidado e organizar a assistência de enfermagem a uma clientela nos seus primeiros dias de vida é, ainda, um momento desafiador para a equipe de enfermagem. Dessa forma, torna-se necessário que a equipe de enfermagem seja qualificada para a prestação dos cuidados de forma sistematizada,



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



maximizando, assim, a realização das ações implementadas (RIBEIRO; MACIEL, 2011).

Além disso, Sistematizar o cuidado é ainda algo novo para muitos serviços de saúde. Porém, a importância que o mesmo significa para a organização da assistência vai além da estrutura organizacional (RIBEIRO; MACIEL, 2011).

A implementação da assistência de enfermagem pela realização do planejamento de alta faz com que a internação seja um aprendizado, tornando o ambiente mais humanizado possível, possibilitando dessa forma a alta hospitalar, e fornecendo subsídios através de orientações sobre cuidado e autocuidado (DELATORRE et al, 2013).

Para Alfaro-LeFevre (2000) o processo de enfermagem é compreendido como um sistema humanizado por se basear na crença de que à medida que planejamos ou proporcionamos cuidados, devemos considerar exclusivamente os interesses, os ideais e os desejos do consumidor do atendimento de saúde (a pessoa, a família, a comunidade). Logo, o processo de enfermagem com suas implicações promove um cuidado de enfermagem eficiente e individualizado.

### **2.4. A IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELA ENFERMEIRA NO MOMENTO DA ALTA COM VISTAS A AUTONOMIA DA FAMÍLIA PARA O CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO**

A Academia Americana de Pediatria recomenda que os pais participem no cuidado durante a internação na UTIN, na medida do possível, desde a admissão para contribuir no sucesso do planejamento de alta. Assim, a inclusão dos pais no cuidado tem efeito positivo em sua autoconfiança para lidar com o bebê e em sua disponibilidade para assumir a responsabilidade total sobre os cuidados com o neonato após a alta hospitalar (AAP, 2008).

Segundo Glanzner, Zini e Lautert (2006), no que depender de orientações, o enfermeiro é o profissional de saúde que durante a sua formação profissional é preparado para realizar ações educativas e de saúde visando o planejamento de alta hospitalar. Mas, essa realidade exige dos enfermeiros o comprometimento e a



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



preocupação não só com o paciente, mas também com o preparo dos familiares para a alta hospitalar.

É importante ressaltar que o preparo para a alta hospitalar deve fazer parte de um processo de orientações, não devendo ocorrer apenas no momento da alta, sendo uma iniciativa constante da equipe multiprofissional durante o período de internação. O planejamento precoce promove o envolvimento da família que contribui no desenvolvimento do plano de alta, individualiza as ações e fornece aos pais maior sensação de controle, como também facilita as ações do profissional no momento da alta (BALBINO, 2004; MARTINEZ, 2007).

A atuação do enfermeiro durante a hospitalização e o processo de cuidar é concomitante ao ato de educar em saúde (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011; BARRETO et al, 2008).

Debruçando nesses princípios, o planejamento de alta deve ser uma ação prioritária no processo de cuidar do enfermeiro em relação ao paciente hospitalizado logo no início da internação, juntamente com seu familiar, tornando-se dessa forma uma estratégia de cuidado em saúde (BARRETO et al, 2008).

Porém, segundo alguns autores a maioria das instituições têm como foco a assistência biológica do recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A assistência integral, associada à de sua família, nem sempre é focalizada. Os pais muitas vezes são mantidos em segundo plano como participantes dos cuidados dos neonatos. (GAÍVA et al (2006); SILVA ;TRONCHIN (2004); COUTO; PRAÇA (2009). Assim, mesmo que atuação de enfermagem seja na assistência clínica/hospitalar, a prática educativa deve ser incentivada. Para isso, devemos oferecer informações e orientações adequadas ao nível cultural da família, a fim de que sua compreensão possa ser na forma mais adequada possível (SOUZA; SILVA; GUIMARÃES, 2008).

Frente a isso, o cuidar em enfermagem é uma atividade especial porque lida com o ser humano na sua forma plena (LEOPARDI, 1999). Assim, é importante que se tenha sensibilidade para perceber o que os pais querem saber, deixar um espaço para que expressem suas dúvidas, pois muitas vezes os profissionais fornecem informações que para estes são importantes, mas para os pais são puramente



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



técnicas, portanto devem-se adequar as falas às necessidades individuais de cada um (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997).

Logo, o preparo para a alta hospitalar se processa em três fases: o preparo do recém-nascido referente aos cuidados realizados visando o ganho de peso, a manutenção da temperatura corporal, controle e prevenção de infecções; o preparo da mãe que deve começar no momento em que ela vem à unidade pela primeira vez, explicando os procedimentos realizados, estimulando sua participação no cuidado e favorecendo o vínculo, ao ensinar cuidados básicos de higiene, alimentação, manuseio do recém-nascido, supervisionando os procedimentos por ela executados; e o momento da alta no qual são reforçadas as orientações feitas e informadas sobre a importância do seguimento (NAGANUMA; BARBOSA, 1995).

O momento da alta para os pais significa uma nova fase, rica em insegurança e dúvidas, visto que, a partir de fase, eles estarão sozinhos na responsabilidade de cuidar do filho, e, por mais capacitados que estejam, ainda se sentem incapazes de desempenhar o novo papel (GAÍVA; GOMES, 2003). Assim, é fundamental o preparo dos pais para a alta do recém-nascido.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### 3. MÉTODOS E TÉCNICAS DO ESTUDO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O desenho da pesquisa foi de abordagem quantitativa e método descritivo, retrospectiva e documental. As pesquisas quantitativas são conceituadas de acordo com Martins e Theóphilo (2009, p. 108) como “aquelas em que os dados e as evidências coletados podem ser quantificados, mensurados. Os dados são filtrados, organizados e tabulados, enfim, preparados para serem submetidos a técnicas e/ou testes estatísticos”. Logo, é garantida a precisão nos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação (RAUPP e BEUREN, 2008).

Nesta pesquisa, o caráter descritivo “tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos” (MARTINS, 2002, p. 36).

De acordo com Gil (2002, p.62-3), a pesquisa documental apresenta benefícios por ser “fonte rica e estável de dados”. A principal característica da pesquisa documental está na fonte de dados, informações e evidências, a qual se restringe a documentos escritos ou não-escritos, sempre de fontes primárias, assim os materiais coletados ainda não foram objeto de análise, podendo ainda ser reelaborados, de acordo com o objetivo da pesquisa.

#### 3.2 CENÁRIO

O estudo foi desenvolvido em uma Maternidade pública de ensino na cidade do Rio de Janeiro, vinculada nos aspectos de ensino, pesquisa e assistência a uma Universidade.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Esta instituição dispõe de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que oferece 17 leitos. A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Além desse setor, a Instituição apresenta um Ambulatório, Centro Obstétrico, Banco de Leite, Enfermaria Canguru e um Alojamento Conjunto.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos prontuários respeitando o termo de compromisso de utilização dos dados (ANEXO 1) dos recém-nascidos internados na Unidade Terapia Intensivos Neonatal, desta Maternidade no ano de 2013 (janeiro a dezembro).

A amostra de pesquisa foi escolhida por conveniência, levando em consideração o fluxo de recém-nascidos admitidos na UTIN no período coleta dos dados.

O número total de prontuários vistos foram 389, e os analisados foram 218. O período de coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a novembro de 2014. Os prontuários foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão da pesquisa:

- Inclusão: os recém-nascidos admitidos na Unidade, tendo no mínimo vinte e quatro horas de internação.
- Exclusão: os recém-nascidos que tiveram uma permanência menor que vinte e quatro horas de internação, os recém-nascido que foram a óbito durante a internação e os recém-nascidos que não procederam do Centro Obstétrico da Unidade.

Os itens avaliados no prontuário foram: terceira folha (rosa) da Declaração de Nascidos Vivos, Clap do recém-nascido, folha de Resumo de Internação feita pelo médico e folhas de Evolução da Equipe de enfermagem do Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermaria Canguru, Unidade de Recuperação Nutricional e Alojamento Conjunto.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



O instrumento de coleta de dados foi um formulário (APÊNDICE 1) elaborado com variáveis analíticas que atenderam as demandas da pesquisa.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tangibilizados e analisados de acordo com inferências estatísticas. As variáveis de avaliação dos resultados foram à escala nominal ou classificadora, utilizando como ferramenta: porcentagem, média, frequência.

Os dados foram tabulados pela própria pesquisadora em uma planilha do Excel e realizado análise estatística descritiva e apresentados em quadros e gráficos.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país. Dessa forma, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, tendo aprovação de acordo com o número do parecer - 668.081 (ANEXO 2) para a realização da pesquisa.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

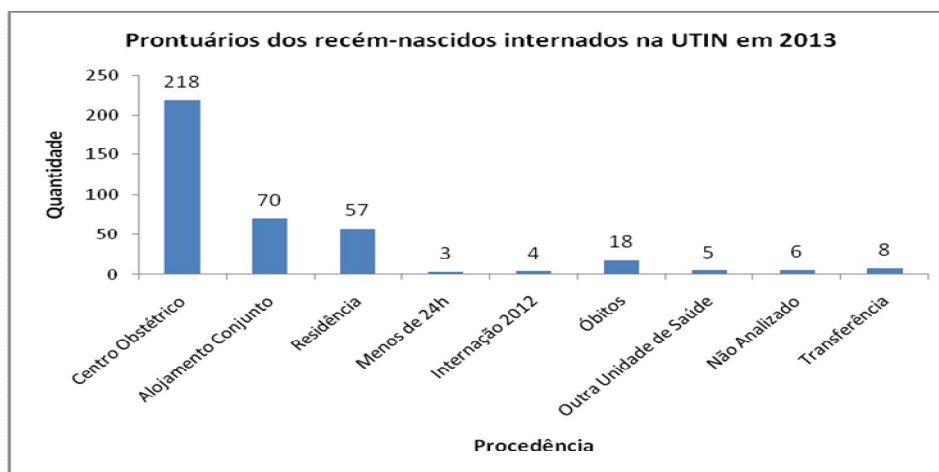


### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para começar a discussão será abordado o critério alencado para a distribuição da amostra. Foram avaliados 389 prontuários, porém apenas 218 foram analisados. Os 218 prontuários dos recém-nascidos admitidos na UTIN tiveram procedência do Centro Obstétrico da Instituição.

Já os 171 prontuários dos recém-nascidos não analisados foram distribuídos da seguinte maneira: 70 foram provenientes do Alojamento Conjunto, 57 foram provenientes da residência, 3 tiveram menos que 24 horas de internação na UTIN e não havia folha de evolução do enfermeiro no período que o recém-nascido permaneceu no setor (UTIN), 4 foram internados no ano de 2012 e permanecia internado no ano de 2013, 18 foram a óbito, 5 foram provenientes de outra Unidade de Saúde, 6 prontuários não foram analisados por não ter sido providenciados pelo Arquivo Médico no período de coleta dos dados e 8 dos recém-nascidos foram transferidos para outros hospitais para continuar seu tratamento, conforme o gráfico a seguir:

**GRÁFICO 1:** Prontuários vistos referentes aos recém-nascidos do ano de 2013



Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.





# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Já o quadro 1, demonstra a trajetória dos 218 recém-nascidos internados na UTIN até o momento de sua alta hospitalar.

**QUADRO 1:** Trajetória dos recém-nascidos no decorrer da sua hospitalização até a alta hospitalar

VARIAVÉIS	N	%
UTIN	35	16%
UTIN + Enfermaria Canguru	58	27%
UTIN + URN	20	9%
UTIN + Alojamento Conjunto	85	39%
UTIN + Enfermaria Canguru + URN	5	2%
UTIN + Enfermaria Canguru + Alojamento Conjunto	2	1%
UTIN + URN + Alojamento Conjunto	8	4%
UTIN + Centro Obstétrico + Alojamento Conjunto	4	2%
UTIN + Enfermaria Canguru + URN + Centro Obstétrico + Alojamento Conjunto	1	0%
<b>TOTAL</b>	218	100%

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.

Observa-se que somente 35 (16%) dos recém-nascidos admitidos na UTIN permaneceram internados no setor até o momento de sua alta hospitalar. Porém, a maioria dos recém-nascidos mesmo após ser internados em uma UTIN continuaram recebendo os cuidados em outros setores até a alta, sendo que 85 (39%) foram encaminhados para o Alojamento Conjunto, 58 (27%) para a Enfermaria Canguru, 20 (9%) para a Unidade de Recuperação Nutricional e os outros (9%) não tiveram uma amostra significativa.

Além disso, 212 dos recém-nascidos tiveram alta hospitalar oficialmente, 1 foi de alta à “revelia” e 5 tiveram alta para a vara social. Porém, só foi encontrado 57 registros sobre a saída do recém-nascido com a caderneta de vacinação e 161 prontuários dos recém-nascidos não apresentavam nenhum registro.

Após esse levantamento, os seguintes dados discutidos foram sobre o perfil das mães dos recém-nascido e o perfil dos recém-nascido que foram admitidos na UTIN.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



- **Perfil das mães dos recém-nascidos**

O número total das mães que tiveram seus filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal foram 206, sendo que 12 mães tiveram gestação gemelar. Para contextualizar os dados sociodemográficos, foi feito um quadro demonstrando os achados, segue abaixo:

**QUADRO 2:** Dados sociodemográficos das mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no ano de 2013

VARIÁVEIS	N	%
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
14-18	23	11,2%
19-23	44	21,4%
24-28	53	25,7%
29-33	47	22,8%
34-38	27	13,1%
39-43	9	4,4%
44-48	3	1,5%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	46	22,3%
Divorciada	1	0,5%
Separada	1	0,5%
Solteira	158	76,7%
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Trabalha	118	57,3%
Não trabalha	88	42,7%
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Fundamental incompleto	43	20,9%
Fundamental Completo	32	15,5%
Ensino Médio	100	48,5%
Superior Incompleto	19	9,2%
Superior Completo	11	5,3%
Não Informado	1	0,5%
<b>Nº DE FILHOS VIVOS</b>		
1 Filho	107	51,9%
2 Filho	60	29,1%
3 Filho	17	8,3%
4 Filho	14	6,8%
5 Filho	6	2,9%
6 Filho	1	0,5%
7 Filho	1	0,5%

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.



## MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

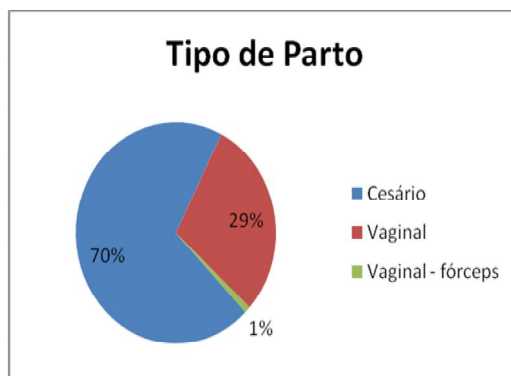
### RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Levando em conta os achados, ficou evidente que a maioria das mães apresentou faixa etária de 24 a 28 anos (25,7%), são solteiras (76,7%), trabalham (57,3%), possui o ensino médio (48,5%) e possui um filho vivo (51,9%).

Frente ao tipo de parto, ficou confirmado que 70% das mães dos recém-nascidos tiveram parto cesáreo, 29% parto normal e 1% tiveram parto normal com auxílio do fórceps, conforme o Gráfico 2 seguinte:

**GRÁFICO 2:** Tipo de parto dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no ano de 2013.



Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.

Conforme o dado obtido, constata-se que há uma taxa elevada de cesárea. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), considera que elevadas taxas de cesáreas são fatores determinantes da morbimortalidade materna e perinatal.

- **Perfil dos recém-nascidos**

O tempo médio de permanência hospitalar dos recém-nascidos dessa pesquisa foi de 18 dias, o mínimo de 2 dias e o máximo de 384 dias. Estudos realizados por Barbosa et al. (2002) e Carvalho et al. (2001), encontraram em média de permanência de 20 dias, ou seja, valores próximos aos encontrados neste estudo.



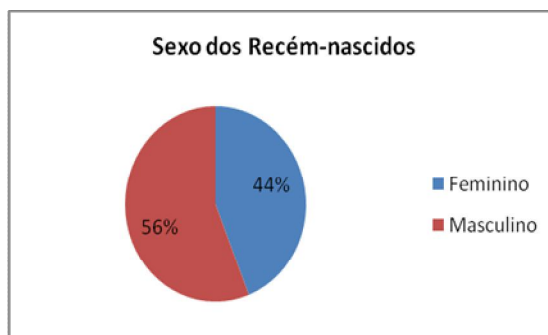
# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Já em relação ao sexo dos bebês internados, 56% era do sexo masculino e 44% era do sexo feminino, como mostra o gráfico 3:

**GRÁFICO 3:** Sexo dos recém-nascidos internados no ao de 2013.



Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.

A idade Gestacional (IG) dos recém-nascidos foram de 51% pré-termo (IG inferior a 37 semanas), 49 % a termo (IG entre 37 semanas e 41semana e 6 dias) e nenhum (0%) pós-termo (IG maior ou igual a 42 semanas). Logo, a maioria era prematura conforme mostra o quadro 3:

**QUADRO 3:** Idade gestacional dos recém-nascidos e a relação da idade gestacional com o sexo dos recém-nascido.

IDADE GESTACIONAL		Total Geral		MASCULINO			FEMININO		
		Quant.	%	Quant.	%	Total %	Quant.	%	Total %
<b>Pré-termo (inferior a 37s)</b>	Prematuro Extremo (IG inferior a 30s + 6d)	6	51%	2	1%	27%	4	2%	25%
	Prematuro Moderado (IG de 31s a 34s + 6d)	62		27	12%		35	16%	
	Prematuro Limitrofe (IG de 35s a 36s + 6d)	44		29	13%		15	7%	
<b>A Termo (entre 37s e 41s e 6d)</b>		106	49%	64	29%	29%	42	19%	19%
<b>Pós-termo (IG &gt;= 42s)</b>		0	0%	0	0%	0%	0	0%	0%

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.

Ainda no mesmo quadro, observa-se que a maior parte dos pré-termos encontra-se como prematuro moderado, ou seja, com idade gestacional de 31semanas a 34semanas e 6 dias. Além disso, ficou evidenciado que a maioria dos recém-nascidos do sexo masculino (29%) são a termo e do sexo feminino (25%) são pré-termo.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Esse levantamento permitiu identificar que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal apresenta um número expressivo de recém-nascidos prematuros. Frente a esse dado, segundo Sousa, Silva e Guimarães (2008) as crianças prematuras ou com outras doenças relacionadas com seu nascimento, que necessitam de internamento em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, apresentam maior predisposição à morbidade durante seus primeiros anos de vida. Sendo assim, a construção de um planejamento de alta eficiente, contribuirá para melhorar a qualidade de vida dessa criança no domicílio.

Com relação ao APGAR do bebê, a maioria receberam no primeiro minuto o valor 8 (34,4%) e no quinto minuto o valor 9 (50,9%). Desse levantamento apenas um registro não foi encontrado com relação ao valor do APGAR no primeiro minuto. Esses dados encontram-se no quadro seguinte:

**QUADRO 4:** Valores do APGAR no primeiro e quinto minuto dos recém-nascidos admitidos na UTIN.

APGAR				
Valor do APGAR	(n) 1º Minuto	%	(n) 5º Minuto	%
1	5	2,3%	0	0,0%
2	7	3,2%	0	0,0%
3	9	4,1%	1	0,5%
4	10	4,6%	0	0,0%
5	16	7,3%	5	2,3%
6	19	8,7%	6	2,8%
7	30	13,8%	22	10,1%
8	75	34,4%	68	31,2%
9	45	20,6%	111	50,9%
10	1	0,5%	5	2,3%
N/R	1	0,5%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0%</b>	<b>218</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013. .

No estudo realizado por Kilsztajn et al (2007), ficou evidente que o índice de Apgar, é um importante indicador de risco para a morbimortalidade perinatal. Isso reforça ainda mais a necessidade de ter uma assistência de qualidade para os recém-nascidos.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Já no que se refere ao peso do bebê ao nascer, a maioria (45,0%) apresentaram peso entre 2.500 a 3.999g, conforme o quadro a baixo:

**QUADRO 5:** Peso dos recém-nascidos ao nascer.

PESO AO NASCER	N	%
<1000g	4	1,8%
1000 a 1499g	17	7,8%
1.500 a 2.499g	84	38,5%
2.500 a 3.999g	98	45,0%
Acima 4000g	15	6,9%
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.

Após esse levantamento sobre o perfil das mães e dos recém-nascidos, é possível dar início nos registros encontrados sobre admissão e alta do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal estudada.

Os registros efetuados pelo enfermeiro se dá através de um Checklist, tendo como conteúdo: dados básicos sobre a identificação do recém-nascido, histórico de internação, exame físico, medicamentos utilizados, resultado de exames, intercorrências e/ou dados pertinentes identificadas durante as 24 horas e as orientações familiares.

Porém, a utilização de um *checklist* referente à assistência prestada aos recém-nascidos é bastante útil para registrar os achados e para garantir que nada seja esquecido, mas o mesmo deve ser elaborado de maneira sistematizada, organizando e implementando as ações de enfermagem.

Frente a isso, ficou evidente que a assistência prestada pelos enfermeiros na Instituição pesquisada não acontece efetivamente conforme previsto no Processo de Enfermagem, ou seja, na Sistematização da Assistência de Enfermagem e no planejamento de enfermagem para a alta do recém-nascido. Logo, a assistência de enfermagem é feita de maneira fragmentada e não há uma rotina de alta de enfermagem.

Além disso, foi possível identificar que os registros de enfermagem muitas vezes não são feitos na sua totalidade, o que dificultou obter 100% dos dados da pesquisa. O código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007), no capítulo de responsabilidades e deveres, destaca no artigo 25, “registrar no



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar”. Assim, o registrar é uma responsabilidade do enfermeiro, possibilitando uma comunicação entre os profissionais.

Nos registros relacionados com o histórico de internação dos recém-nascidos estudados, observa-se que a maioria apresenta desconforto respiratório precoce e prematuridade, conforme o quadro abaixo:

**QUADRO 6:** Histórico de internação no momento da admissão do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva neonatal.

Histórico de internação - Admissão do RECÉM-NASCIDO na UTIN	Dados Relatados		Dados Não Registrados
	SIM	NÃO	
Desconforto Respiratório Precose	100	111	7
Prematuridade	92	119	
PIG	22	189	
Taquipnéia	22	189	
Banhado a Mecônio	16	195	
Bolsa Rota	14	197	
Aspiração de Mecônio	12	199	
Gemência	11	200	
Mãe DHEG	10	201	
GIG	9	202	
CIUR	8	203	
Mãe DMG ou DM tipo II	9	202	
Sufrimento Fetal	8	203	
Hipoglicemia	8	203	
Lábio Leporino	6	205	
Sífilis Congênita	5	206	
Morte Aparente	5	206	
Cardiopatia	3	208	
Hipotonia	5	203	
Mãe sem pré-natal	5	206	
Cianose	4	207	
Causas Materna	4	208	
Mãe Hipertensa	4	207	
Centralização	4	207	
Fenda Palatina	3	208	
Oligodramnia	3	208	
Mãe HIV +	3	208	
Batimento de asa de nariz	2	209	
Cianose Central	2	209	
Prolapso de Cordão Umbilical	2	209	



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Hipoatividade	2	209
Líquido Amniótico Meconial	2	209
Hidrocefalia	1	210
Asfixia Neonatal Grave	1	210
Síndrome Interrogada	1	210
Síndrome de Dandy Walker	2	209
Difícil Extração	2	209
Pneumotórax	2	209
Baixo Peso	1	210
DPP	1	210
Transfusão feto fetal	1	210
Citomegalovírus e rubéola IgM e IgG positivos	1	210
USG Fetal (Insuficiência cardíaca e Hepatomegalia volumosa sem ascite)	1	210
Hipertensão pulmonar (interrogada)	1	210
Parto séptico	1	210
Isoimunização	1	210
Deprimido	1	210
Coarctação Aórtica	1	210
Circular de Cordão Umbilical	1	210
Mecônio Terminal	1	210
Macrocefalia	1	210
Múltiplos Sinais Síndrômicos	1	210
Globo Ocular Direito Ausente	1	210
Fontanelas Comunicantes	1	210
Líquido Amniótico Fétido	1	210
Síndrome de Down	1	210
Fratura de Crânio Interrogada	1	210
Mãe apresentou Convulsão no Parto	1	210
Diástole Zero	1	210
Sucção Débil	1	210
Mãe Usuária de Droga	1	210
Mãe Esquizofrênica	1	210
Depressão Respiratória	1	210
Pneumomediastino	1	210
Fratura de Clavícula	1	210
Bossa Occipto-parietal	1	210
Trabalho de Parto Prematuro	1	210
Mãe GBS positivo	1	210

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.





# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Observa-se também que sete prontuários dos recém-nascidos não havia registros sobre o histórico de internação.

Além desses dados, foram identificadas as necessidades dos recém-nascidos no momento da admissão e alta hospitalar, e também a presença dos familiares nesses dois momentos, conforme o quadro seguinte:

**QUADRO 7:** As necessidades dos recém-nascidos na admissão e na alta hospitalar, e a presença do familiar nesse momento.

VARIÁVEIS		ADMISSÃO			ALTA HOSPITALAR		
		DADOS RELATADOS		DADOS NÃO REGISTRADOS	DADOS RELATADOS		DADOS NÃO REGISTRADOS
		SIM	NÃO	N	SIM	NÃO	N
SUPORTE RESPIRATÓRIO	Ar Ambiente	114	94	10	204	1	13
	Oxyhood	17	191		0	205	
	CPAP	89	119		0	205	
	Ventilação Mecânica	27	181		1	204	
	Óxido Nítrico	2	206		0	0	
SUPORTE NUTRICIONAL	Dieta Zero	123	82	13	0	194	24
	Gavagem	83	122		1	193	
	Gatroclise	2	203		0	194	
	Gastrostomia	0	205		1	193	
	Copinho	30	175		45	149	
	Chuca	2	203		25	169	
	Seio Materno	4	201		165	29	
SUPORTE VESICOINTESTINAIS	Espontâneo	170	7	41	189	0	29
	Cateter Vesical de Demora	4	173		0	189	
PRESENÇA FAMILIAR		9	0	209	122	0	96

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.

Observa-se que os bebês na maioria não necessitam inicialmente de suporte respiratório e vesicointestinais na admissão e alta, porém em relação ao suporte nutricional, os recém-nascidos inicialmente permanecem em dieta zero e na alta observa um grande número de recém-nascido alimentando-se através da amamentação.

Logo, é possível identificar que a maioria dos recém-nascidos no momento da admissão e alta hospitalar, não apresentou necessidades específicas para manter a vida inicialmente. Porém, nota-se que no momento da admissão, ou seja, nas primeiras 24 horas de vida e internação, apenas 9 registros foram relatados em



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



relação a presença familiar nesse momento e na alta apenas 122 registros encontrados.

Outros dados levantados foram com relação às orientações familiares efetuadas pela Equipe de Enfermagem no decorrer da internação da criança até a alta hospitalar, conforme o quadro abaixo:

**QUADRO 8:** Orientações familiares realizadas pela Equipe de Enfermagem no período de internação dos recém-nascidos.

VARIÁVEIS	DADOS RELATADOS		DADOS NÃO REGISTRADOS
	SIM	NÃO	
Amamentação	89	66	63
Banho do Recém-nascido	44	110	
Higienização do coto umbilical	39	116	
Método Canguru	25	130	
Higienização das mãos	21	134	
Higiene oral	11	144	
Troca de fralda	9	146	
Banho de sol	7	148	
Rotina diária e visitas	6	149	
Banco de leite	4	151	
Admissão	4	151	
Uso da chucha	3	152	
Uso do copinho	3	152	
Uso de pomada contra assaduras	3	152	
Vacinação	2	153	
Massagem abdominal	2	153	
Estímulo tátil e sonoro	1	154	
Higiene oral com prótese	1	154	
Fototerapia	1	154	
Uso de cocha para as mamas	1	154	
Sucção não-nutritiva	1	154	
Gavagem	1	154	
Sinais de alerta em casa	1	154	
Aspiração em traqueostomia	1	154	
Uso de Solução Fisiológica 0,9% nas narinas	1	154	
Alívio das cólicas	1	154	
Higiene ocular com Solução Fisiológica 0,9%	1	154	
Como segurar o bebê (colo)	1	154	

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Através das informações obtidas, nota-se que as principais orientações feitas para os familiares são: amamentação, banho, higiene do coto umbilical, Método Canguru, higiene das mãos, higiene oral e troca de fraldas. Nos estudos de Fonseca *et al.* (2004) e Griffin e Abrahan (2006) também foi identificado que há necessidade de orientar os pais e/ou familiares em relação aos cuidados diários com o recém-nascido foram troca de fraldas, alimentação e banho.

Porém, essas orientações devem abranger não somente os cuidados básicos demandados pelo bebê, como também a informação e os procedimentos diante da condição de risco da criança (GAÍVA *et al.*, 2006) e (MARTINEZ, FONSECA e SCOCHI, 2007).

Para Rabelo *et al.* (2007) determinar o que os pais precisam saber para cuidar de seu bebê é um dos aspectos mais complexos que envolvem a alta hospitalar, pois não importa quão simples possa ser a situação do recém-nascido, eles sempre estarão ansiosos para receber atenção dos profissionais de saúde, “sedentos por uma comunicação efetiva, independentemente do meio escolhido”.

Diante aos fatos, segundo Larguía (2000), entre os profissionais envolvidos no cuidado perinatal, a enfermeira é um dos mais essenciais. Ou seja, a participação efetiva do enfermeiro no cuidado contribuirá para uma alta hospitalar de qualidade.

Logo, as orientações sobre alta e os cuidados com recém-nascido devem ser fortalecidos para os familiares. Segundo Rabelo *et al.* (2007) é importante que a equipe de saúde disponibilize mais tempo ao acolhimento da mãe/ familiar na UTIN, pois, vezes, os profissionais se voltam para o suporte tecnológico ou repassam informações superficiais, principalmente com relação ao diagnóstico e ao prognóstico do bebê.

Complementando os dados da pesquisa, os cuidados efetuados pelos familiares durante a internação do recém-nascido em sua maioria foi em relação ao banho do bebê, conforme o quadro seguinte:

**QUADRO 9:** Os cuidados realizados pelos familiares no período de internação do recém-nascido e quem realizou os cuidados no período de internação do Recém-nascido.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



VARIÁVEIS	DADOS RELATADOS		DADOS NÃO REGISTRADOS
	SIM	NÃO	
Banho do recém-nascido	70	3	145
Higienização do coto umbilical	4	69	
Administração da dieta por gavagem	3	70	
Administração da dieta no copinho	1	72	
Aspiração em traqueostomia	1	72	
Curativo da traqueostomia	1	72	
Administração de medicamento oral	2	71	
Higiene oral	4	69	
Troca de fralda	2	71	
Administração de dieta por chucha	8	65	
VARIÁVEIS	DADOS RELATADOS		
	SIM	NÃO	
Mãe	71	2	145
Pai	1	72	
Outros	2	71	

Fonte: Prontuários dos recém-nascidos do ano de 2013.

Dos registros encontrados, nota-se também que a maioria dos cuidados eram feitos pelas mães. Porém, percebe-se que há um número reduzido de familiares prestando o cuidado com o filho durante a hospitalização. Além disso, há um número expressivo quanto à ausência de registro na participação dos familiares no cuidado com o bebê durante a internação.

O preparo do familiar e do recém-nascido para a alta hospitalar visa promover o desligamento da Unidade Neonatal e proporcionar meios para uma readaptação dos pais e dos bebês no ambiente domiciliar. Este desligamento não exclui a manutenção do vínculo com a instituição, para seguimento pós-alta, pois esta deve, também, ser tida como suporte e apoio do binômio bebê-família (COUTO; PRAÇA, 2009).

Assim, ressalta-se a importância da capacitação dos familiares para a alta hospitalar durante toda a hospitalização do recém-nascido, objetivando a redução da ansiedade e melhorando a autoconfiança familiar no cuidado domiciliar, para facilitar a adaptação dos pais à criança após a alta (FONSECA et al, 2004).

Logo, a participação efetiva dos pais nos cuidados com o filho durante a internação é primordial para estabelecer e fortalecer o vínculo entre eles, assim como contribui para os cuidados pós-alta hospitalar executados pelos próprios pais no domicílio (SOUSA; SILVA ; GUIMARÃES, 2008)



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



A equipe de enfermagem deve agir de forma integral, tentando interagir com os familiares, atendendo necessidades, apoiando, ensinando e incentivando a participação destes no cuidado. Assim, os profissionais devem ter uma visão holística da criança e de sua família, desconsiderando a visão exclusivamente biológica (GONZAGA; ARRUDA, 1998).

Sendo que a família tem direito de participar da assistência da criança, conforme está estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (1991). Em Direitos Fundamentais, Capítulo I, Artigo 10, esse estatuto refere que os hospitais são obrigados a prestar orientação aos pais do RN, e no Artigo 12, os estabelecimentos de saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação da criança.

Para que isso ocorra, as instituições de saúde e seus profissionais devem conscientizar-se da importância da participação dos familiares no cuidado, e dar condições para que eles envolvam-se nesse processo, exercendo não somente funções como familiares, mas direitos de cidadãos. Nessa circunstância, cabe à enfermagem cuidar não só da criança, mas assistir também a família (CENTA; MOREIRA; PINTO, 2004).



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu compreender a importância do planejamento de enfermagem para alta e a participação dos familiares frente aos cuidados com o recém-nascido nesse momento. Assim como o acesso as informações prestadas na assistência do neonato internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Em relação às informações obtidas, evidenciou-se a importância e a necessidade de organizar uma Sistematização da Assistência de Enfermagem, mesmo que ela seja feita em forma de Checklist. Assim, a Assistência de Enfermagem será realizada de maneira organizada e padronizada. Logo, o enfermeiro terá o seu papel estabelecido, principalmente, na alta do recém-nascido.

Além disso, para que os familiares tenham maior participação no cuidado com o filho, é preciso que haja uma aproximação maior da equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, nesse momento. É necessário que as informações/orientações sejam feitas com qualidade sobre a internação do recém-nascido e que favoreçam o entendimento para todos da família, e que seja respeitada a singularidade e especificidades de cada um.

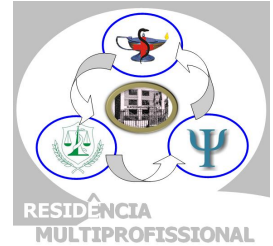
Assim, as propostas do estudo em busca do planejamento de enfermagem para a alta é a criação de um Checklist visando o processo de enfermagem, e a confecção de cartilhas de orientação familiar direcionadas aos cuidados com o recém-nascido desde a internação até alta domiciliar, favorecendo a continuidade da assistência.

Assim, acredita-se que novos estudos devam ser realizados, pois existem diversas variáveis que permeiam o planejamento de enfermagem para a alta do recém-nascido em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e o ato de cuidar ultrapassa a internação do neonato, afinal envolve também o cuidado à sua família, neste ambiente.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### REFERÊNCIAS

- Obras Citadas

ALFARO-LEFEVRE, R. Application of Nursing Process: a step by step guide. 4th ed. Porto Alegre: Art- med; 2000.

AAP (American Academy of Pediatrics). Committee on Fetus and Newborn. Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. Pediatrics, Evanston, v. 122, n. 5, p. 1119-1126, Nov. 2008.

ARAÚJO, L.A.; REIS, A.T.. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ATWAL, A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. J Adv Nurs. 39(5): 450-58; 2002.

BALBINO, FS. Preocupações dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de Terapia Intensiva Neonatal [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/USP; 2004.

BARBOSA, A.P. et al. Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Rio de Janeiro: Distribuição de leitos e análise de equidade. Rev. Assoc. Med. Brás, v. 48, n. 4, p.303-11, out-dez. 2002.

BARRETO, L.C.L.; CARDOSO, M.H.C.A.; VILLAR, M.A.M.; GILBERT, A.C.B.. Percepções dos profissionais de uma unidade de internação pediátrica sobre a alta de crianças ostomizadas. Rev Gaucha Enferm [Internet] 2008 [cited 2012 Apr 22];29(3):438-45.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: O Conselho; 1991.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução do COFEN nº.358, de 15 de outubro de 2009. 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. Disponível em: [http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-no-4532014\\_2173.html](http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-no-4532014_2173.html)



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 272/2002. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras [Internet]. Disponível em:  
[http:// www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34](http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar /Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Terminologia básica em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 47 p, 1987.

BRASIL. Federal. Congresso Nacional. Lei nº 12.842, de 10 de Julho de 2013. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato20112014/2013/Lei/L12842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato20112014/2013/Lei/L12842.htm)

BRASIL, Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério, assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

CARVALHO, P.R.A. et al. Modos de morrer na UTI Pediátrica de um hospital terciário. Rev. Assoc. Med. Bras, v .47, n. 4, p.325-31, out./dez. 2001.

CENTA, M.L.; MOREIRA, E.C.; PINTO, M.N.G. H.R.. A EXPERIÊNCIA VIVIDA PELAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. Texto Contexto Enferm 2004 Jul-Set; 13(3):444-51.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. 2007

COUTO, F.F; PRAÇA, N.S. PREPARO DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO PARA ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 out-dez; 13 (4): 886-91

CHUNG; H.;NGUYEN, P.N.. Changing unit culture: na interdisciplinary commitment to improve pain outcomes. J Healthc Qual; 27(2):12-9;2005.

CUNHA, S.M.B.; BARROS, A.L.B.L.. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Ver Bras Enferm;58(5):568-72.), 2005.

DELATORRE, P. G.; SÁ,S.P. C.; VALENTE, G. S.C.;SILVINO,Z. R.. PLANEJAMENTO PARA A ALTA HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA DE





# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



CUIDADO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):7151-9, dez., 2013

FONSECA, LMM; SCOCHI, CGS; ROCHA, SMM, LEITE, AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. Rev Latino-Americana de Enfermagem, Jan./Fev;12(1):65-75, 2004.

GAÍVA, MAM; NEVES, AQ; SILVEIRA, AO; SIQUEIRA, FMG. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. REME: rev min enferm 2006 out/dez; 10(4): 387-92.

GAÍVA, M.A.; GOMES, M.M.F.. Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem. Goiânia: AB; 2003

GRIFFIN, T; ABRAHAM, M. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, Philadelphia, v.20, n.3, p.243-9, 2006.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ed. São Paulo: Atlas, 2000.

GLANZNER, CH; ZINI, LW; LAUTERT, L. Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2006;27(1):92-9.

GONZAGA, MLC, ARRUDA, EN. O cuidado na hospitalização: uma perspectiva infante-juvenil. Texto Contexto Enferm 1998 Maio-Ago;7(2): 195-218.

HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.

LAMY, ZC; GOMES, R; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. J Pediatr(Rio J) 1997;73:293-8.

LARGUÍA, M. Prioridades para el gobierno de la ciudad de Buenos Aires en La asistencia neonatológica. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2000; 120(3):127-32.

LEOPARDI, M.T. Teorias em enfermagem: instrumento para a prática. Florianópolis: Papa-livros; 1999.

KILSZTAJN, S; LOPES, E.S; CARMO, M.S.N; REYES, A.M.A. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8):1886-1892, ago, 2007

MARTINS, G.A. Manual para elaboração de monografia e dissertações. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



MARTINS, Ana Cláudia Sierra; SILVA, Juscelene Graça; FERRAZ, Leidiléia Mesquita. ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA O PACIENTE E CUIDADORES. Disponível em:  
[http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013\\_70\\_7857.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013_70_7857.pdf)

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINEZ, JG; FONSECA, LMM, SCOCHI, CGS. Participação das mães/ pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2007 mar/abr; 15(2): 239-46.

NAGANUMA, M.; BARBOSA, V.L. Alta do recém-nascido. In: Naganuma M. Procedimentos técnicos de enfermagem neonatal. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.

OLIVEIRA, S. R.. A ALTA DO RECÉM-NASCIDO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: IMPLICAÇÕES PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO. Dissertação de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. 2009

OMS. Organização Mundial de Saúde. Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. 2004. Disponível em:  
[http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_04.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf)

PEREIRA, A.P.S.; TESSARINI, M.M.; PINTO, M.H.; OLIVEIRA, V.D.C. ALTA HOSPITALAR: VISÃO DE UM GRUPO DE ENFERMEIRAS. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar; 15(1):40-5, 2007.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I. M. (org). Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2008.

RIBEIRO, T.C.L.; MACIEL, R.O.. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A TAXONOMIA NANDA: UM OLHAR SISTEMATIZADO DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM AOS RECÉM-NASCIDOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. Ano 10, Janeiro a Março de 2011

RABELO, M. Z. S. *et al.* Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 333-7, 2007.

SOUSA, J. C.; SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A.. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. Pediatria (São Paulo); 30(4):217-227, 2008.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



SUZUKI, V.F.; CARMONA, E.V.; LIMA, M.H.M.. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. Rev Esc Enferm [Internet] 2011;45(2):527-32.

SILVA, LIMC, TRONCHIN, DMR. Significado da alta hospitalar para enfermeiros de uma unidade neonatal na perspectiva etnográfica. [monografia]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2004.

SCHMIDT, T.K. et al. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação de enfermagem. Rev Rene, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):849-58.

TAMEZ, R.N. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. In: Preparo dos pais para a alta hospitalar. 5. Ed.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.308

- Obras Consultadas

ANDRADE, J.S.; VIEIRA, M.J.. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enf. 2005; 58(3):261-5).

CESAR, A.M; SANTOS, B.L.. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar, Revista Brasileira de Enfermagem V.58 n°6 Brasília Nov-dez./dec.,2005.

CUNHA, M.L.C. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. Rev Gaúcha Enferm 2000;21(nº espec):70-83.

GUIMARÃES, E. M. P; SPAGNOL, C. A.; FERREIRA, E; SALVINO, M. E.. Utilização do plano de cuidados como estratégia de assistência de enfermagem. Ciência e enfermagem 8(2): 49-58, dic, 2002.

HENDRICKS-MUNOZ, K.D; Prendergast CC. Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: neonatal nursing perception. Am J Perinatol. 2007; 24(2):71-7.

LÉLIS, A.L.P.A.; MACHADO, M.F.A.S.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. Rev. Rene, Fortaleza, v. 10, n. 4, out./dez.2009

MADEIRA, LM. Alta hospitalar da criança implicações para enfermagem. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum 1994;4:5-11.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



MARTINS, D.C.; MELLO D.F.; SCOCHI, C.G.S. Crianças prematuras e de baixo peso ao nascer em famílias de baixo nível socioeconômico: uma revisão da literatura. *Pediatria Moderna*, v. 37, n. 9, p. 452-9, set. 2001.

MIASSO, A. I. et al. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para alta hospitalar. *Rev. Esc. Enferm.* 39(2): 136-44; 2003.

MILLS, M. M.; SIMS, D. C.; JACOB, J. Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, Evanston, v. 118, n. Suppl 2, p. S124-33, 2006.

POMPEU, DA, ROSSI, LA, GALVÃO, CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paul Enferm [Internet]*. 2009;22(4):2009-10.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. O raciocínio crítico e o julgamento de enfermagem. In: Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. v 1, cap. 6, p.90-8.

RIBEIRO, N.R.R. A família enfrentando a doença grave da criança. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem; 2002.

Scherf RF, Reid KW. Going home: what NICU nurses need to know about home care. *Neonatal Netw* 2006 Nov/Dec; 25(6): 421-25.

SILVA, J. F. (2007) Alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. *Servir*. n° 3, vol. 56, p. 67-77, 2007.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### ANEXOS

#### 1. TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Nome do Pesquisador: Gleiciane de Almeida Bernardes

Projeto de Pesquisa: **O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM PARA A ALTA DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: a cartografia para a inserção da família no cuidado**

Como pesquisador(a) responsável pela pesquisa em epígrafe, tenho conhecimento e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas resoluções complementares, assim como comprometo-me a manter a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados do prontuário do paciente, do qual não for possível obter o consentimento informado previamente, preservando integralmente o anonimato do paciente e da equipe de saúde envolvida no atendimento prestado. Os dados colhidos dos prontuários serão somente os referentes às variáveis em estudo previstas no projeto de pesquisa e somente poderão ser utilizados para o projeto ao qual se vincula.

Solicito também a dispensa do termo de consentimento, tendo em vista que a coleta dos dados ocorrerá por meio de consulta de prontuários.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



## 2.PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM PARA A ALTA DO RECÉM NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: a cartografia para a inserção da família no cuidado

**Pesquisador:** GLEICIANE DE ALMEIDA BERNARDES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31273814.0.0000.5275

**Instituição Proponente:** Maternidade-Escola da UFRJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 668.081

**Data da Relatoria:** 30/05/2014



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



### APÊNDICE

#### 1. FORMULÁRIO

Dados da mãe nº----

Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil:----- Escolaridade:

Profissão: ----- Quantos filhos têm? \_\_\_\_\_

Qual idade foi mãe pela primeira vez? \_\_\_\_\_

Mora com marido ou acompanhante? sim ( ) não ( )

Trabalha fora do lar? sim ( ) não ( )

#### Histórico do Recém-Nascido

RECÉM-NASCIDO	Recém-nascido 1	Recém-nascido 2	Recém-nascido 3
Idade gestacional			
Apgar			
Sexo			
Diagnóstico			
Tempo de internação			

Quadro 1. Dados do recém-nascido nos períodos de admissão-alta

Característica	Admissão	Alta
Suporte respiratório	Sim/não	Sim/não
Suporte nutricional	Sim/não	Sim/não
Suporte nas eliminações vesicais	Sim/não	Sim/não
Presença dos familiares	Sim/não	Sim/não
Orientação sobre os cuidados com o recém-nascido para os familiares	Sim/não	Sim/não



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 2: Dados analisados durante a admissão e alta

1.Oxigenioterapia	Ar ambiente 1	Cateter de Oxigênio 2	Ventilação Mecânica 3	----	----	----	----
2.Suporte nutricional	Seio materno 1	Copinho 2	Chuca 3	Gastrostomia 4	----	----	-----
3.Eliminações vesicais	Espontânea 1	Cateterismo de demora 2	----	-----	-----	----	----
4.Cuidados realizados pelos familiar	Amamentação 1	Banho 2	Vacinação 3	Troca de fralda 4	Cuidados com o suporte respiratório 5	Cuidados com o suporte nutricional 6	Cuidados com o suporte eliminatório 7