

Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal

Encontro Norte-nordeste de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica

Fórum Nacional de Políticas de Atuação de Enfermeiros e Obstetrias

na Assistência à Saúde da Mulher e do Neonato

Fortaleza - Ceará - Brasil - De 24 à 27 de junho de 2012



ISSN 2238-7242

AVALIAÇÃO DO MANUSEIO DE ROTINA AO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

EVALUATION OF NEONATAL HANDLING ON BOARDING IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

EVALUACIÓN DE MANEJO DE EMBARQUE EN NEONATAL CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

Fernanda Jorge Magalhães¹
Francisca Elisângela Teixeira Lima²
Karla Maria Carneiro Rolim³
Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso⁴
Maria do Socorro Mendonça Scherlock⁵
Ana Débora Alcantara Coêlho⁶

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Neonatologia. Membro do Grupo Estudo sobre Consulta de Enfermagem (GECE/UFC). Endereço: Rua Henrique Ellery nº 513 apto. 102. Bairro: Ellery. CEP: 60320-410. Fortaleza–Ceará-Brasil. E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFC (DENF/UFC). E-mail: felisangela@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Brasil (UFC). Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe e Filho (UNIFOR/CNPq). E-mail: karlarolim@unifor.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do DENF/UFC. Pesquisador CNPq. E-mail: cardoso@ufc.br

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFC. Professora de enfermagem aposentada do DENF/UFC. E-mail: socorrosherlock@yahoo.com.br

⁶ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Promoção da Saúde pela UFC. Especialista em Estomoterapia. Bolsista da FUNCAP. anadeborac@yahoo.com.br

Artigo baseado em monografia de especialização em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará com título: Avaliação dos Manuseios aos Recém-Nascidos Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de autoria de Fernanda Jorge Magalhães, em Fortaleza-CE, apresentada em 2010.

RESUMO: O objetivo foi avaliar o manuseio aos recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, realizado na UTIN, de um hospital público de Fortaleza-Ceará-Brasil. A amostra foi constituída de 26 recém-nascidos. A coleta de dados ocorreu em abril de

2010 por meio da observação direta e consulta aos prontuários. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob protocolo nº 392/2010. Constatou-se que a incidência de manuseio para rotinas com o recém-nascido (RN) durante o período de 24 horas variou de 52 a 79. A maioria foi realizada pela equipe de enfermagem. Acredita-se que a sensibilização dos profissionais para a realização do agrupamento de cuidados e controle para manuseio mínimo ao RN poderá favorecer a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental.

DESCRITORES: Recém-Nascido. Equipe de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT: The objective was to assess the handle them newborns admitted to Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Exploratory and descriptive study with quantitative approach, performed in the NICU of a public hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil. The sample consisted of 26 newborns. Data collection occurred in April 2010 by means of observation and consultation of medical records. The study was approved by the Ethics Committee under protocol nº 392/2010. It was noted that the incidence of routine handling of the newborn (NB) during the 24 hours ranged from 52 to 79 handling routine, mostly carried out by nursing staff. It is believed that awareness of the multidisciplinary team, particularly nurses, to perform the grouping of care beyond the control of minimal handling of the NB may favor the quality of neurobehavioral development.

key words: Newborn. Nursing Team. Intensive Care Units.

RESUMEN: El objetivo fue evaluar el manejo a los recién nacidos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Estudio exploratorio y descriptivo, cuantitativo, realizado en la UCIN de un hospital público de Fortaleza, Ceará, Brasil. La muestra consistió en 26 recién nacidos. La recolección de datos tuvo lugar en abril de 2010 por medio de la observación y la consulta de los expedientes médicos. Fue aprobado por el Comité de Ética bajo el protocolo nº 392/2010. Se observó que la incidencia de los trabajos de rutina del recién nacido (RN) durante las 24 horas entre 52 y 79 rutina de manejo, en su mayoría llevadas a cabo por personal de enfermería. Se cree que el conocimiento del equipo, en especial las enfermeras, para llevar a cabo la agrupación de la atención más allá del control de una mínima manipulación de los RN pueden favorecer la calidad del desarrollo neurológico.

PALABRAS CLAVE: Recién nacido. Equipo de Enfermería. Unidades de Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

Devido o avanço tecnológico, a mortalidade perinatal e neonatal vem diminuindo, especialmente entre os prematuros. Sendo assim, tem-se aumento da sobrevivência desses neonatos de alto risco. Como fatores contribuintes para tal evento destaca-se a instalação de modernas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), equipadas com recursos humanos e tecnologias complexas e especializadas⁽¹⁾. Contudo, essa unidade é caracterizada como ambiente estressante, barulhento e com iluminação excessiva, predispondo o paciente a desenvolver algumas complicações clínicas, como bradicardia, apnéia, deficiência nutricional, dentre outras.

Na UTIN são internados os recém-nascidos pré-termo (RNPT) e todos aqueles que são acometidos por problemas respiratórios, cardíacos, metabólicos, infecções, doença hemolítica por incompatibilidade de Rh, icterícia, entre outros, os quais necessitam de cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional durante vinte e quatro horas por dia⁽²⁻⁴⁾.

A realização dos cuidados intensivos ao recém-nascido (RN) pode caracterizar um processo de excessivos episódios de manuseios, cerca de 50 a 134 vezes em 24 horas, durante a fase mais crítica. Estes podem ser ocorrer tanto ao se realizar procedimentos dolorosos quanto para os cuidados de rotina⁽⁵⁾.

Em um estudo, que avaliou o manuseio do RN internado em UTIN, considerando como manuseio o ato de tocar ao RN após a abertura da portinhola da incubadora, observou-se que, em um período de 6 horas, o RN recebe 45 manuseios em 5h41min24s, restando para descanso 18 minutos e 36 segundos, ou seja, ele é excessivamente manuseado e não resta tempo para um descanso, o qual é fundamental para seu desenvolvimento neurocomportamental⁽⁶⁾.

Estudiosos enfatizam que o excesso de manuseios aumenta o risco de infecção, hipoxemia, apnéia, hipertensão, aumento da pressão intracraniana, aumento do fluxo sanguíneo cerebral, parada cardiorrespiratória, cianose, bradicardia, hidrocefalia, dentre outros. Tendo uma média de 234 manuseios por dia, com duração de 6 minutos cada um; durante o período mais crítico, podendo comprometer o desenvolvimento neurocomportamental do RN^(7,8).

A Sociedade Canadense de Pediatria recomenda observação nos sinais emitidos pelo RN, uma vez que a falta de respostas comportamentais e choro não é, necessariamente, indicativo de falta de dor. Refere ainda que as instituições de saúde devam desenvolver e implementar cuidados de prevenção à dor e ao estresse destes pacientes, utilizando-se, de programas educacionais que sensibilizem os profissionais quanto à utilização de estratégias e individualizando o cuidado, favorecendo, assim, o manuseio mínimo e maior qualidade do repouso do RN⁽⁹⁾.

Frente a estes dados, surgiram as seguintes indagações: qual a frequência de manuseios para cuidados de rotina aplicados ao RN internado em um período de 24 horas na UTIN? Quais os procedimentos de rotina necessitam de prática para o manuseio do RN internado na UTIN?

Espera-se que a resolução desses questionamentos possa contribuir para o enfermeiro estabelecer estratégias que possam minimizar o excesso de manuseios, agrupar os cuidados junto ao RN internado em UTIN, e favorecer a qualidade da assistência de enfermagem no processo do cuidar, minimizando agravos ao desenvolvimento neurocomportamental do RN.

Assim, o estudo teve como objetivo avaliar o manuseio de rotina aos recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal.

REVISÃO DE LITERATURA

Nos últimos anos, tem-se verificado um grande avanço tecnológico nas ciências da saúde, promovendo uma maior sobrevida e

melhoria da qualidade do cuidado ao paciente de risco, em especial os recém-nascidos internados nas unidades de terapia intensiva neonatais.

No entanto, estudiosos demonstram que na América Latina, ainda há identificação de taxas de mortalidade neonatal de 25 óbitos por 1.000 nascidos vivos, o que representa uma diferença de quatro vezes em relação aos países norte-americanos e europeus. A persistência de índices tão elevados é ainda mais desafiadora num contexto pelo qual se busca a minimização destas taxas de mortalidade neonatal e excelência da qualidade do cuidado, promovendo, portanto, uma maior sobrevida ao RN de risco⁽¹⁰⁾

Entretanto, esses recém-nascidos têm tido maior sobrevida e podem vir a apresentar um desenvolvimento neurocomportamental inferior aos recém-nascidos a termo, chamando a atenção de diversos pesquisadores, incluindo, portanto, o excesso de manuseio ao RN internado em um ambiente hospitalar, necessitando de cuidados intensivos⁽¹¹⁾.

Os recém-nascidos necessitam interagir com um ambiente novo, ao qual ainda não está totalmente adaptado e tornam-se mais suscetíveis às diversas complicações neonatais. Como consequência dessas adversidades, o RN pode ser submetido a uma série de medidas clínicas e cuidados, tais como: oxigenoterapia, entubação orotraqueal, fototerapia, reposição de surfactante, uso de sonda orogástrica para a alimentação, aquecimento corporal, dentre outros, o que pode ocasionar desconforto, dor e comportamento desorganizado do RN.

Alguns estudos enfatizam os cuidados que devem ser tomados quanto ao excesso de estimulação, ou seja, manuseios junto aos recém-nascidos, pois estes ainda não apresentam uma estrutura de defesa adequadamente formada. Portanto, estímulos ambientais como excessiva luminosidade, ruídos, movimentos constantes, interrupções repetitivas dos ciclos de sono e manuseios dolorosos são extremamente estressantes, o que pode complicar ainda mais o crescimento e o desenvolvimento do RN⁽¹²⁾.

Nesse contexto, é necessário que a equipe de enfermagem, amplie as estratégias de educação em saúde com toda a equipe multiprofissional, assim como com os pais dos recém-nascidos de risco internados na UTIN, por meio do planejamento e da sistematização das práticas, negociando melhores recursos na rotina de trabalho. Tais ações podem possibilitar o melhor cuidado para prevenção de agravos e promoção da saúde, minimizando os riscos de morbidade nessa população e, conseqüentemente, evitando o retorno do RN no âmbito hospitalar⁽¹³⁾.

Dentre as ações empregadas encontra-se o agrupamento de cuidados para evitar manuseio excessivo e com isso agitação e desorganização dos recém-nascidos. A redução do excesso de luminosidade também é implementada como tentativa de auxiliar o sono e repouso dos recém-nascidos e assim tranquilizá-los. A acomodação do RN em posições diferentes, o uso de coxins e a utilização de "ninhos" confeccionados com cueiros para evitar o deslizamento no leito das incubadoras, traduzindo assim, os esforços da equipe de saúde atuante

na UTIN buscando alcançar o conforto e a organização comportamental dos RN que estão sob seus cuidados⁽¹²⁾.

Para tanto, acredita-se ser importante o desenvolvimento da promoção da saúde como uma tecnologia de relações que permite a significação dos propósitos e das ações, tecnologia quando associada às relações humanas, enquanto interpessoais aprimora a construção de um novo saber e fazer, contribuindo para um “novo olhar” sobre o cuidar, apontando na direção de um novo paradigma. Dentro desta óptica, deve-se usar a tecnologia a favor da harmonização do paciente e do seu bem-estar^(12,14).

Portanto cabe, enfatizar a importância da enfermeira como presença real na unidade, a fim de estar atuando como cuidadora ativa junto ao RN e sua família, assim como gerente e líder da equipe de Enfermagem atuante na UTIN.

Os recursos tecnológicos estão cada vez mais avançados, logo, deve-se valorizar a técnica, como uma “aliada” na tentativa de preservar a vida e o conforto do paciente. Assim, o enfermeiro, no desempenho de seu papel, deve sempre lembrar, que jamais a máquina substituirá a essência humana. Para tanto, toda a equipe multiprofissional atuante na UTIN deve estar informada quanto ao excesso do número de manuseio ao RN, por isso é fundamental a sensibilização da equipe, a fim de minimizá-lo, na tentativa de aliar o uso da tecnologia associada ao cuidado humanizado⁽¹⁴⁾.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Foi realizada em uma UTIN de um hospital-escola da rede pública estadual, na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. Este é um hospital de nível terciário, referência em atendimentos obstétricos e neonatais de alta complexidade.

A população foi composta pelos 66 recém-nascidos internados na UTIN da referida instituição, cuja média de internamentos mensais foi 30 recém-nascidos nos três primeiros meses de 2010.

O tamanho amostral foi definido em 26 RN a partir da fórmula indicada para o cálculo de amostra de população finita. Para tanto, foram definidos como critérios de inclusão: ser RN de risco com até 28 dias de vida, estar internado em UTIN necessitando de cuidados intensivos e em uso de incubadora aquecida. Os critérios de exclusão foram: RN com o estado de saúde debilitado, que apresentasse intercorrências, tais como parada cardiorrespiratória, extubação acidental, dentre outras que interferem na quantidade de manuseios de rotina com o RN.

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2010, por meio de consulta ao prontuário para levantar os dados de identificação do RN e da mãe; e mediante a observação direta para identificar o quantitativo e os tipos dos manuseios de rotina realizados ao RN pelos profissionais da saúde.

Para coleta dos dados, foi utilizado um formulário contendo dados de identificação do RN e da mãe; descrição das principais atividades realizadas pela equipe interdisciplinar de saúde (enfermeiras, técnicas de enfermagem, fisioterapeutas, médicos (as), técnicos (as) de laboratório e

de raios-X), enfatizando qual o procedimento realizado, o número de manuseios e o profissional que realizou.

A observação do RN foi realizada para levantar a incidência dos manuseios de rotina do RN pelos profissionais da saúde no período diurno, considerando de 7 às 19h. No período noturno (19 às 7h), houve a observação do RN, complementado com a consulta ao prontuário para levantar os registros de manuseios no momento de interrupção para o repouso da enfermeira-pesquisadora (2:30 às 5:30h), cujos manuseios comumente realizados nesse período eram somente para administração de medicação.

Os dados coletados foram analisados e interpretados a partir da literatura pertinente à temática, além da utilização da estatística descritiva da média aritmética dos dados, mediante o programa *Microsoft Office Excel 2007*.

Para organização dos dados, o processo foi realizado por meio de tabelas, quadros e figuras que constam as seguintes variáveis: dados de identificação da mãe e do RN (idade, escolaridade e estado civil da genitora, realização do pré-natal, sexo do RN, apgar, idade gestacional e peso ao nascer), quantidade de manuseios e quais os procedimentos eram realizados pelos profissionais da saúde atuantes na UTIN.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, sob protocolo nº 392/2010.

RESULTADOS

Para análise dos resultados, foram expostas as variáveis categóricas das mães dos RN participantes do estudo, e após as características dos RN.

Em relação às variáveis sociodemográficas das mães, verificou-se que 65,4% estavam na faixa etária entre 20 e 29 anos e 34,6% tinham idade < 20 anos ou \geq 30 anos. Essa faixa etária é considerada como fator de risco para complicações no parto e nascimento prematuro. Em relação à escolaridade, 65,4% das mães possuíam um bom nível de escolaridade, com mais de nove anos de estudo. Tais dados podem contribuir positivamente para a compreensão da mãe acerca do cuidado com o RN internado em UTIN. Quanto ao estado civil, 65,4% das mães residiam com seu companheiro, podendo ser possíveis à participação desses pais nos cuidados aos RN.

Ao verificar a realização de pré-natal, encontrou-se 76,9% que o realizaram com uma média de três consultas. Ressalta-se que existe um número significativo de 23,1% de não realização do pré-natal, sendo considerado um fator de risco para possíveis complicações durante o parto e o nascimento de um RN de risco. Sendo assim, impossibilita-se a detecção precoce de alterações na saúde do RN. Em relação ao tipo de parto observou-se um predomínio de 53,8% de mulheres que tiveram parto cesáreo, caracterizando o predomínio de intervenção cirúrgica.

Quanto às características dos RN, 50% eram do sexo feminino. Destes, 57,6% tinham de 1 a 7 dias de vida, cuja média foi de 9,1 dias de idade. Quanto ao peso, 50% tinham muito baixo peso ao nascer (entre 1000 e 1500g), 30,8% tinham extremo baixo peso (< 1000g). Destaca-se que o baixo peso é um fator que influencia na morbimortalidade e complicações clínicas durante o internamento do RN na UTIN. Em relação

à idade gestacional, 92,3% eram recém-nascidos pré-termo (idade gestacional < 37 semanas).

Os motivos de internamento, ou a primeira impressão diagnóstica, dos recém-nascidos na UTIN foram: Prematuridade (61,5%), Síndrome do Desconforto Respiratório (46,2%), Anóxia neonatal (19,2), Infecção Neonatal (11,3%), Icterícia (11,3%), Malformações congênitas (11,3%), Pneumomediastino (7,7%), Gemelaridade (3,8%) e Cianose central (3,8%). Destaca-se que um mesmo RN pode ter mais de um diagnóstico simultaneamente, necessitado de uma assistência mais prolongada e de qualidade da equipe multiprofissional.

FIGURA 1 – Frequência de manuseios de rotina no recém-nascido na UTIN. Fortaleza-CE, abr/2010.



Na figura 1 consta a frequência dos manuseios de rotina aos RN internado na UTIN durante o período de 24 horas. Ou seja, configura-se a quantidade de abertura da portinhola da incubadora associado com o toque (manuseio) ao RN. Constatou-se que há um predomínio de 11 RN com uma média de 71 a 79 manuseios diários, considerando apenas aqueles que não apresentaram intercorrências, ou seja, os que receberam somente os procedimentos de rotina da unidade neonatal. Diante disso, percebe-se o elevado número de manuseios aos RN internados na UTIN, enfatizando o pouquíssimo tempo de descanso e repouso dos mesmos.

QUADRO 2 – Relação entre os procedimentos realizados e o número de manuseios no período diurno e noturno, e o profissional que o realizou. Fortaleza-CE, abr/2010.

Procedimentos	n (26)	%	Média (Dia)	Média (Noite)	Profissional
Administração de dieta	26	100	5,4	5,2	Técnica de Enfermagem
Administração de medicamento	26	100	2,6	1,8	Técnica de Enfermagem
Administração de nutrição parenteral	20	77	0	0,7	Enfermeira
Administração de soroterapia	19	73	0,7	0,3	Técnica de Enfermagem
Aspiração do tubo orotraqueal (TOT)	15	58	1,0	1,5	Enfermeira e Fisioterapeuta
Aspiração de vias aéreas superiores	25	96,2	1,7	1,8	Enfermeira e Fisioterapeuta
Atendimento Fisioterápico	20	77	2,7	0	Fisioterapeuta
Banho	5	19,2	0,4	0	Técnica de Enfermagem
Cateterismo Umbilical	2	7,7	0,4	0,4	Médico Neonatologista
Coleta de sangue	22	85	0,92	0,26	Enfermeira e Técnica de laboratório
Densidade Urinária	4	15,4	0,19	0,15	Enfermeira e Técnica de

Estímulos Táteis	4	15,4	0,15	0,30	Enfermagem
Exame Físico	26	100	3,0	2,0	Enfermeira e Técnica de Enfermagem
Glicemia capilar	16	61,5	0,60	0,15	Enfermeira e Médico Neonatologista
Higiene Íntima	26	100	3,0	3,0	Enfermeira, Técnica de Enfermagem e Técnica de laboratório
Higiene Ocular	22	85	0,92	0,69	Técnica de Enfermagem
Higiene Oral	25	96,2	1,30	1,65	Enfermeira, Técnica de Enfermagem e Fisioterapeuta
Instalação de Fototerapia	3	11,5	0,11	0,03	Enfermeira e Técnica de Enfermagem
Instalação de Oxigenoterapia (CPAP nasal ou Oxi-Hood)	10	38,5	0,4	0,07	Técnica de Enfermagem
Mudança de Decúbito	26	100	2,7	2,8	Enfermeira, Técnica de Enfermagem e Fisioterapeuta
Pesagem do RN	26	100	0	1,0	Técnica de Enfermagem
Punção de acesso venoso periférico (AVP)	2	7,7	0,03	0,08	Técnica de Enfermagem
Raios-X	7	27	0,3	0,04	Técnico de raio X
Rodízio do sensor de oximetria	26	100	2,8	3,1	Técnica de Enfermagem
Testar Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)	6	23	0,27	0,65	Enfermeira e Técnica de Enfermagem
Toque familiar	18	69,2	1,7	0,07	Mãe e Pai do RN
Transporte do RN	2	7,7	0,08	0	Técnica de Enfermagem e Auxiliar de transporte do paciente
Troca de fixação do TOT	3	11,5	0,07	0,04	Enfermeira
Troca de Fraldas	26	100	3,1	2,8	Técnica de Enfermagem
Troca de Lençóis	25	96,2	0,96	0	Técnica de Enfermagem
Troca de Proteção Ocular	10	38,5	0,35	0,04	Técnica de Enfermagem
Troca de sonda orogástrica	23	88,5	0,85	0,12	Técnica de Enfermagem
Troca da Incubadora	3	11,5	0,11	0	Enfermeira e Técnica de Enfermagem
Verificação da temperatura axilar, frequência de pulso e saturação de oxigênio	26	100	1	1	Técnica de Enfermagem

Fonte: Elaborado pelos próprios autores

De acordo com o quadro 2, foram observados os diversos procedimentos realizados durante o internamento do RN, em especial cuidados de rotina, tais como: administração da dieta, administração de medicação, exame físico, higiene íntima, mudança de decúbito, pesagem do RN, rodízio do sensor de oximetria de pulso e troca de fraldas. Tais procedimentos foram realizados em 100% dos recém-nascidos estudados, tendo uma média de um a cinco manuseios ao RN por período. É importante ressaltar que a maior frequência ocorre no período diurno.

Enfatiza-se que a pesagem do RN, dentre os procedimentos já citados, é realizada exclusivamente no período noturno. Nessa unidade é rotina, pois proporciona momentos evidentes de alterações fisiológicas e comportamentais ao RN. O excesso de manuseios pode interferir no ciclo circadiano para o desenvolvimento neurocomportamental do RN.

No tocante à média de manuseios diários, verifica-se um quantitativo de 37,5 manuseios no período diurno e 30 no período noturno, para todos os RN. Embora, perceba-se que há uma frequência maior de manuseios no período diurno, também há uma elevada incidência no período noturno. Daí a importância de estratégias que visem minimizar esses fatores estressores ao RN de risco internado na UTIN em todos os horários.

Com relação aos profissionais, observa-se que a maioria desses procedimentos é realizada pelas técnicas de enfermagem. Ressalta-se que o número deficiente das mesmas em relação ao número de leitos, podendo estas cuidar de sete a oito RN no período de superlotação.

DISCUSSÃO

Com relação à faixa etária materna e a escolaridade, estes não devem ser encarados como fatores meramente sociodemográficos ou não influenciadores, pois isoladamente, pode acarretar complicações a curto e longo prazo tanto para a mãe quanto para seu filho. Destaca-se também, que diante desses indicadores, as condições de vida e a saúde das gestantes, principalmente, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto são imprescindíveis para uma adequada assistência da equipe multiprofissional de saúde.

Assim, concorda-se com os autores que referem quanto menor for a idade da mulher, ou maior o extremo superior da vida reprodutiva; maiores também serão os riscos de uma gravidez precoce ou tardia. Daí, a idade materna menor que 20 e maior que 30 anos representa um fator de risco importante na gravidez; podendo, ser importante fator contribuinte para que o RN desenvolva problemas como baixo peso ao nascer, prematuridade, anóxia, aumento na frequência de anomalias de crescimento fetal e cromossômica⁽¹⁵⁾.

Pode-se considerar que, em geral, a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor às situações potencialmente de risco para a mãe e o RN, além de impedir o acesso às informações e às orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência, e dificultar o exercício de direitos e de cidadania⁽¹⁶⁾.

Ou seja, apesar de um bom nível de escolaridade, ou seja, mais de nove anos de estudo, entre as mães dos recém-nascidos em estudo; ainda há um início tardio e/ou ausência da realização de pré-natal, alimentação inadequada e hábitos e vícios inadequados com a gravidez, proporcionando dificuldades no trabalho de parto e/ou nascimento de risco.

Diante disso, foi possível constatar que a maioria realizou uma média de apenas três consultas; além do predomínio da taxa de parto cesárea e menor de vaginal, sendo um fato preocupante, visto que a recomendação do Ministério da Saúde no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento são no mínimo seis consultas de pré-natal

durante a gestação, a qual não está sendo seguida, dificultando o alcance do propósito de minimizar as morbimortalidades maternas e neonatais.

Quanto às características dos recém-nascidos; em relação aos dias de vida, verificou-se que houve 57,6% com 1 a 7 dias de vida, considerando momento importante de adequação ao meio extrauterino, sendo fundamental o cuidado holístico e humanizado ao RN e sua família, de modo a priorizar estratégias que minimizem os estressores ambientais e, conseqüentemente provoque menores alterações no desenvolvimento neurocomportamental do RN.

Ao referir-se sobre o índice de apgar, pode-se constatar que no quinto minuto de vida, o resultado da pesquisa mostra: a maioria obteve apgar classificado como RN com asfixia leve (cinco a sete), indicando que, mesmo que tenham nascido com dificuldades, houve recuperação rápida na avaliação após 5 minutos e isso indica um bom prognóstico e grandes chances de sobrevivência.

No entanto, ainda 27,1% dos recém-nascidos apresentaram asfixia moderada a grave no 5º minuto de vida, sugerindo a necessidade de atendimento de maior complexidade e maiores chances de complicações e sequelas em vários níveis, remetendo à disponibilidade de estrutura técnica, equipamentos e recursos humanos capacitados para atendimento de maior complexidade e reversão da situação de risco apresentada pelo RN ao nascer.

Quanto ao peso, os resultados referem predomínio de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer independente da idade gestacional, ou seja, peso inferior a 1500g. A Organização Mundial da Saúde o define como um forte fator preditivo da mortalidade e morbidade perinatal, os quais apresentam maior mortalidade nas primeiras semanas de vida. O fato do RN apresentar muito baixo peso ao nascer é determinante da desnutrição, refletindo as condições nutricionais tanto do RN como da gestante, influencia o crescimento e desenvolvimento da criança e, em longo prazo, repercute nas condições de saúde do adulto⁽¹⁷⁾.

Nesse estudo, constatou-se que a incidência dos manuseios de rotina, aos recém-nascidos internados na UTIN durante o período de 24 horas, teve-se uma média de 61 a 79 manuseios, ou seja, 77% dos recém-nascidos tiveram excessivos episódios de manuseios, predispondo-os às alterações no desenvolvimento neurocomportamental.

Nesse contexto, é necessário que a equipe de enfermagem, amplie as estratégias de educação em saúde com toda a equipe multiprofissional, assim como com os pais dos recém-nascidos de risco internados na UTIN, por meio do planejamento e da sistematização das práticas, negociando melhores recursos na rotina de trabalho. Tais ações podem possibilitar o melhor cuidado para prevenção de agravos e promoção da saúde, minimizando os riscos de morbidade nessa população e, conseqüentemente, evitando o retorno do RN no âmbito hospitalar e favorecendo a qualidade de vida^(12,13).

Para tanto, vale ressaltar que o avanço tecnológico na UTIN traz consigo, uma tecnologia capaz de garantir a sobrevivência de recém-nascidos gravemente doentes, assim como proporciona o intervencionismo de múltiplos desafios enfrentados pela equipe de saúde, em especial, o uso

prudente desta tecnologia, de modo a garantindo a sobrevivência dos recém-nascidos e a sua qualidade de vida no futuro. É fundamental, então, que o cuidado neonatal, requer um repensar de todas as formas de relacionamento entre recém-nascidos, profissionais e família, na adequação de sua utilização a diversos saberes, oferecendo cuidado individualizado, seguro, ético e humano ^(18, 19, 20).

CONCLUSÃO

Conclui-se, que foi possível identificar a frequência de manuseios durante os cuidados de rotina aos RN, pelos profissionais da saúde, no período de 24 horas em UTIN. Portanto, constatou que houve um excesso de manuseios cerca de 52 a 79 manuseios, aos RN internados na UTIN, já que se trata apenas de procedimentos de rotina.

Para tanto, acredita-se que o seguimento do protocolo de manuseio mínimo do RN na UTIN favorecerá a prática da equipe de saúde, enfatizando o cuidado holístico e individualizado, mediante o inter-relacionamento entre a equipe multidisciplinar, o RN e a família. Para tanto, é necessária a sensibilização de todos para assegurar um cuidado amoroso aliado à tecnologia na busca da promoção do bem-estar e estar-melhor do RN e do profissional que dele cuida.

Por meio de uma reflexão crítico-reflexiva, baseada nos achados do estudo, traz-se como sugestão a implementação do protocolo elaborado, uma vez que no mesmo constam estratégias que minimizam o excesso de manuseios com o RN e conseqüentemente evita alterações no desenvolvimento neurocomportamental.

Assim, pretende-se que o protocolo proposto, seja posteriormente validado, a fim de testar a eficácia do mesmo e divulgar os conhecimentos quanto à importância de minimização de manuseios e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao RN de risco.

Destaca-se, ainda que para a implementação do protocolo seja necessária a atuação da educação permanente com toda a equipe multiprofissional, com o intuito de ampliar momentos de atividade grupal voltadas à sensibilização do cuidar e à minimização de manuseios aos recém-nascidos, buscando evitar o comprometimento do desenvolvimento neurocomportamental dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Ferecini GM. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **Acta paul. enferm.** 2009; 22(3):250-56.
2. Campos ACS, Cardoso MVLML. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2004;12(4):606-13.
3. Bueno M, Silva A. Procedimentos dolorosos em recém-nascidos de baixo risco. **Rev. Min. Enferm.** 2007;11(3):238-41
4. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Rev. Eletr. Enf.** 2007;9(1):200-13.
5. Rugolo LMSS. **Manual de neonatologia.** 2. ed., Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Neonatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

6. Sousa MWCR, Silva WCR, Araújo SAN. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma proposta de elaboração de protocolo. **Conscientiae Saúde**. 2008;7(2):269-274.
7. Carvalho M. **Influência do ambiente da UTI neonatal na assistência ao recém-nascido de risco**. XXXI Congresso Brasileiro de Pediatria. Fortaleza-Ce. [acesso em 27 de janeiro de 2010]. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZOR2XKZP8EMJ:www.paulomargotto.com.br/documentos/utineo.doc+ambiente+neonatal&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em 12/02/2010.
8. Kenner C. **Enfermagem Neonatal**. 2ªed. Rio de Janeiro. Reichmann & Affonso; 2001.
9. Canadian. Prevention and management of pain and stress in the neonate. **Pediatrics**. 2000;105(2).
10. Campos D, Loschi RH, Franca E. Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação. **Rev. bras. epidemiol.** 2007;10(2):223-38.
11. Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. **Rev. esc. enferm. USP**. 2009;43(2):472-80.
12. Rolim KMC, Farias CPX, Marques LC, Gurgel EPP, Magalhães FJ, Caetano JA. Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido. **Rev. enferm. UERJ**. 2009;17(4):544-9.
13. Lélis ALPA, Machado MFAS; Cardoso MVLML. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Rev. Rene**. 2009;10(4):60-69.
14. Oliveira MMC, Barbosa AL, Galvão MTG, Cardoso MVLML Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Rev. Rene**. 2009;10(3):44-52.
15. Ximenes FMA, Oliveira MCR. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **RBPS**. 2004;17(2):56-60.
16. Ramos HAC, Cuman RKN. Prematuridade e fatores de risco. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009;13(2):297-304.
17. Salge AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, Zatta LT, Correa RRM, Siqueira KM, Guimarães JV, Rocha KMN, Chinem BM, Silva RCR. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.** 2009;11(3):642-6.
18. Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Technology and humanization of the neonatal intensive care unit: reflections in the context of the health-illness process. **Rev. esc. enferm. USP**. 2009; 43(3): 684-689.
19. Sá NJA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Rev Texto e Contexto**. 2010 ;19(2): 372-377.
20. Perencin CC, Ribeiro CA. Tocando o prematuro: significado para auxiliares e técnicas de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** 2011;64(5):817-823.