

FACULDADE PATOS DE MINAS – FPM
CURSO DE ENFERMAGEM
VANESSA POMBO GALVINO

**O PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E OS CUIDADOS
INTENSIVOS RECEBIDOS NO BLOCO OBSTÉTRICO.**

PATOS DE MINAS
2017.

VANESSA POMBO GALVINO

**O PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E OS CUIDADOS
INTENSIVOS RECEBIDOS NO BLOCO OBSTÉTRICO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado na
graduação em enfermagem da faculdade patos
de minas com a finalidade de aprovação.

Orientadora: Me. Luiza Araujo Amâncio Sousa.
Coorientadora: Me. Aline Maria Caixeta

PATOS DE MINAS
2017.

Dedico este trabalho aos meus pais e a todos que contribuíram para minha formação acadêmica.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela fé, que me manteve em direção aos meus sonhos, os meus pais, Sidnei e Márcia e meus queridos irmãos Neimar e Vitor, que sempre estiveram presentes com o apoio e carinho e serviram-me como exemplo de honestidade, caráter e disciplina.

Agradeço a meu namorado, Douglas, por todo apoio e carinho, a minha orientadora: Luiza Araújo Amâncio Sousa, coorientadora: Aline Maria dos Santos Caixeta Xavier, porque me conduziram por onde eu não saberia ter ido sozinha.

Ao curso de enfermagem da FPM, meus sinceros agradecimentos; à coordenação, professores e funcionários, por todo apoio e contribuição durante mais esse percurso.

Ao Hospital Regional Antonio Dias, por ter possibilitado a pesquisa de campo; aos colegas do Bloco obstétrico, o meu agradecimento pela receptividade e o carinho e pela contribuição no meu crescimento profissional.

“ Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos ”.

Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.

Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nos um dia precisamos de ajuda.

Escolhi o branco porque quero transmitir paz.

Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte do saber.

Escolhi ser enfermeira porque amo e respeito à vida!”

Florence Nightingale

O PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E OS CUIDADOS INTENSIVOS RECEBIDOS NO BLOCO OBSTÉTRICO

GALVINO, Vanessa Pombo¹; SOUSA, Luiza Araujo Amâncio²; CAIXETA, Aline Maria dos Santos.³

RESUMO: Mesmo com as novas políticas de saúde pública ainda acaba sendo pequeno o número de vagas em UTI neonatais, referente a essas dificuldades foi realizado uma pesquisa de campo de janeiro de 2016 a janeiro de 2017 dando um total de 12 meses com 199 amostras de RNPTs realizada no Hospital Regional Antonio Dias no setor do bloco obstétrico, segundo os dados coletados os RNPTs acabam esperando devido a falta de leitos de UTIs, o mínimo de horas esperado foi de 00;00 a 00;59 horas quando se consegue a vaga de imediato neste caso tivemos uma amostra de 97 RNPTs, de 01;00/02;59 horas tivemos uma amostra de 12 RNPTs, de 03;00 a 05;59 tivemos 55 RNPTs, sendo de 06;00 a 09;59 a amostra apresentou 17 RNs, de 10;00 a 23;59 de 24;00 a um número maior tivemos 2 RNs, o tempo máximo foi de 48 horas esperadas pelos RNPTs na sala de parto do B.O sendo realizados todos os cuidados intensivos necessários, e a média geral de espera e de H/M 03.40. horas 16 RNs, de 24;00 a um número maior tivemos 2 RNs, o tempo máximo foi de 48 horas esperadas pelos RNPTs na sala de parto do B.O sendo realizados todos os cuidados intensivos necessários, e a média geral de espera e de H/M 03.40. neste estudo pontuamos as transferências realizadas sendo possível observar para onde os RNs foram encaminhados após a alta pediátrica ou internação na UTI-Neonatal. Sendo que 48 (24,62%) foram encaminhados para a UTI-neonatal do Hospital Regional Antonio Dias (HRAD) onde a pesquisa foi realizada; hospital referência em gestação de alto risco da região, existe a mostra na qual 68 (34,17%) RNs que foram estabilizados no Bloco Obstétrico e conduzidos ao Alojamento Conjunto (A.C) do mesmo Hospital após a alta pediátrica, e 82 (41,21%) dos RNs foram encaminhados para as outras UTI-neonatais da cidade de Patos de Minas sendo esses o Hospital Vera Cruz ou Hospital São Lucas.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Patos de Minas – FPM. Vpombo2008@hotmail.com

² Enfermeira, Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Unidade Terapia Intensiva. Mestre em Gestão Organizacional UFG-CAC. luizaaraujoamancio@yahoo.com.br

³ Enfermeira, Especialista em Unidade Terapia Intensiva. Mestre em Promoção da Saúde, amscaixeta@gmail.com.

Palavras chave: Recém-Nascido, Salas de Parto, Assistência Perinatal.

ABSTRACT : Even with the new public health policies, the number of vacancies in neonatal ICUs is still small, referring to these difficulties, a field survey was carried out from January 2016 to January 2017, giving a total of 12 months with 199 samples Of PTNBs performed at the Antonio Dias Regional Hospital in the obstetrical block sector, according to the data collected, the PTNBs ended up waiting due to the lack of ICU beds, the expected hourly rate was from 00:00 to 00:59 hours when the vacancy Immediately in this case we had a sample of 97 PTNBs, from 01: 00/02; 59 hours we had a sample of 12 PTNs, from 03; 00 to 05; 59 we had 55 RNPTs, and from 06.00 to 09.59 the sample Presented 17 RNs, from 10.00 to 23.59 of 24.00 to a larger number we had 2 RNs, the maximum time was 48 hours expected by the PNBs in the delivery room of the BO, all the necessary intensive care was performed, and the General standby average and H / M 03.40. Hours 16 RNs, from 24; 00 to a larger number we had 2 RNs, the maximum time was 48 hours expected by the PNBs in the delivery room of the BO and all the necessary intensive care and the general average of waiting and of H / M 03.40. In this study, we point out the transferences performed, being possible to observe where the newborns were referred after pediatric discharge or hospitalization in the Neonatal ICU. Being that 48 (24.62%) were referred to the neonatal unit of the Antonio Dias Regional Hospital (HRAD) where the research was performed; A reference hospital in high risk gestation of the region, there is a sample in which 68 (34.17%) NBs that were stabilized in the Obstetric Block and conducted to the Joint Hospital (CA) after discharge from the pediatric hospital, and 82 (41, 21%) of the newborns were referred to the other users of the city of Patos de Minas, including Vera Cruz Hospital or São Lucas Hospital.

Key words: Newborns, Delivery rooms, Perinatal care.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Patos de Minas – FPM. Vpombo2008@hotmail.com

²Enfermeira, Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Unidade Terapia Intensiva. Mestre em Gestão Organizacional UFG-CAC. luizaaraujoamancio@yahoo.com.br

³Enfermeira, Especialista em Unidade Terapia Intensiva. Mestre em Promoção da Saúde, amscaxeta@gmail.com.

LISTA DE ABREVIATURAS.

RNPT- Recém-Nascido Pré-Termo.

CVC – Cateter Venoso Central.

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CVCP – Cateter Venoso Central Percutâneo.

IH – Infecção Hospitalar.

NP – Nutrição Parenteral.

PICC – Cateter Central de Inserção Periférica.

PVC – Pressão Venosa Central.

RN – Recém-nascido.

RN's – Recém-nascidos.

RN-MBP – Recém-nascido de Muito Baixo Peso.

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

PC- Paralisia cerebral.

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa.

CID - Código Internacional de Doenças.

CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (do Inglês: Continuous Positive Airway Pressure).

SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria.

SDR - Síndrome do Desconforto Respiratório.

SNAP II - Escore para a Fisiologia Neonatal Aguda - Versão II) (do Inglês: Score for Neonatal Acute Physiology Version II).

TCLE -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TRIPS - Índice de Risco para Estabilidade Fisiológica no Transporte (do Inglês: Transport Risk Index of Physiologic Stability).

M S – Ministério da Saúde.

VM - Ventilação Mecânica Assistida.

VMNI - Ventilação Mecânica Não Invasiva.

CETI - Coordenação Estadual de Terapia Intensiva.

BO – Bloco Obstétrico.

HRAD - Hospital Regional Antonio Dias.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	12
2. Objetivos.....	14
2.1 Objetivos específicos.....	15
3. Justificativa	15
4. Hipótese	15
5. Metodologia	15
6. Fundamentação Teórica.....	16
6.1 O perfil dos rnpts acolhidos no bloco obstétrico.....	16
6.2 Os cuidados essenciais para a sobrevivência dos rnpts nesse setor.....	18
7. Resultados e discussão.....	20
7.1 Semanas gestacionais.....	21
7.2 Locais de transferência após os cuidados imediatos aos rn.....	21
7.3 Tempo de permanência dos rns no bloco obstétrico enquanto aguarda vaga em uma UTI neonatal	23
7.4 Sedação.....	24
7.5 Vias aéreas.....	25
7.6 Acessos venosos.....	27
7.7 Medicamentos vasoativos.....	28
8. Considerações finais	29
9 Anexos	32
10. Referências	35

1. INTRODUÇÃO.

Considera-se que a gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se no contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência (DOURADO; PELLOSO, 2007).

É importante ressaltar a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto da gravidez, sua idade e vínculo com o parceiro. (DOURADO; PELLOSO, 2007)

Entretanto, nos anos 80, com o desenvolvimento alarmante da AIDS citada por Dourado; Pelloso (2007) e as mudanças no padrão pro criativo, os aspectos como sexualidade e contracepção ganharam relevância em relação à contracepção, á gravidez e ao parto.

Sendo assim, observa-se a necessidade da inserção de medidas de políticas de saúde públicas mais eficientes.

Segundo Almeida *et al.* (2011), observa-se uma maior abrangência de medidas de prevenção de nascimentos de pré-termo pode influenciar para a redução dos atuais níveis de mortalidade.

Entretanto, Caldeira *et al* (2002) observa o fato de que poderia ser resultado de um impacto diferenciado das ações de saúde sobre determinadas áreas ou segmentos sociais ou poderia ser resultado de políticas diferenciadas de atenção à saúde infantil.

Em iniciativa pioneira no Brasil, a RIPSA, via IDB-2000, já vem divulgando taxas de mortalidade infantil, calculadas pelo método direto, em sete dos estados brasileiros, onde, por critérios estabelecidos por integrantes da RIPSA, a cobertura das informações de registro é considerada adequada. (SZWARCOWALD *et al.*, 2002)

Com estas mudanças, surgiu a dificuldade por parte do Ministério da Saúde em abordar a saúde da mulher de forma integral, sem desconsiderar problemas graves e complexos. (DOURADO; PELLOSO, 2007)

Apesar dos esforços, 21,3% dos óbitos maternos ocorridos no Brasil no período de 1996-1997 foram atribuídos às causas indiretas, que envolvem as doenças pré-existentes complicadas pela gestação. (DOURADO; PELLOSO, 2007)

O autor citado anteriormente questiona que 20% das gestantes apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para ela como para o feto, constituindo o chamado grupo, gestante de alto risco.

Pode ser notado que com todo o cuidado e esforços de que não aconteça o óbito materno infantil o índice de mortalidade ainda é preocupante.

Recém-nascido (RN) é o nome dado a toda criança que nasce até o 28º dia de vida. (SILVA; VIEIRA, 2008).

É especificado por Caldeira et al. (2002) que há dois períodos existentes: o neonatal, que estima o risco de morte nos primeiros 27 dias de vida e o pós-neonatal, que estima o risco de falecimento entre 28 dias de vida até o final do primeiro ano de vida.

Enquanto a mortalidade do prematuro está intrinsecamente relacionada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança, a mortalidade pós-neonatal está mais associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente, com predomínio das causas infecciosas. (CALDEIRA *et al.*, 2002)

Notam-se condições de vida desfavoráveis, a mortalidade infantil em geral – neonatal e pós-neonatal – tem apresentado tendência de crescente nos últimos anos, no Brasil e mundialmente. (CALDEIRA *et al.*, 2002)

O índice de mortalidade infantil no Brasil se comparado com toda a América Latina nota-se uma grande semelhança entre os dados.

Dados esses que se comparados a países norte americanos observa-se uma diferença expressiva.

Na América Latina, apresentam-se taxas de mortalidade neonatal de 25 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Isso retrata uma diferença de quatro vezes em relação aos países norte-americanos e europeus (CARVALHO *et al.*, 2005). Citado na publicação acima, a assiduidade de índice tão elevado é ainda mais desafiante numa conjuntura na qual existe completa ausência de estrutura para assistência.

Pelo oposto, na maior parte dos países latino-americanos, a maior parte dos nascimentos ocorre em unidades hospitalares, sendo fundamental destacar que, mesmo em alguns países nos quais a proporção de nascimentos em serviços de saúde é superior a 95%, a mortalidade dos RNPTs alcança números de 22 por 1.000 nascidos vivos (CARVALHO *et al.*, 2005).

Observa-se uma maior centralização desses óbitos nos primeiros dias de vida, ponderando a relação entre a assistência de saúde prestada à gestante nos

períodos pré-parto e parto como igualmente ao recém-nascido imediatamente após o nascimento nos blocos obstétricos e nas unidades neonatais (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

A mortalidade RNPTs e crianças com peso inferior a 2.000g apresentam valores 10 a 20 vezes maiores em estudos brasileiros, quando relacionada a países desenvolvidos como a Inglaterra. (NASCIMENTO *et al.*, 2012)

Entre tanto a mortalidade elevada, tal para os nascimentos de extremo baixo peso quanto para os de maior viabilidade, mostrando que é possível obter ganhos com o melhor reconhecimento das gestações de risco e com os cuidados dispostos para o grupo de RNPT. (ALMEIDA *et al.*, 2011)

Sendo assim o numero de óbitos infantil (TMI) no Brasil representa um dos indicadores mais comumente empregados para análise da situação de saúde de um país. (CALDEIRA *et al.*, 2002)

Neste sentido szwarcwal *et al.*, (2002) constata que nos estados são divulgadas as estimativas desse indicador obtidas por mensuração indireta (DATA SUS, 2001).

Tendo em vista as estimativas do IBGE com as divulgadas pela RIPSA, referentes ao ano de 1998, Szwarcwal *et al.* (2002) verifica que a estimativa da RIPSA para a totalidade do Brasil, de 33,1 por 1.000 nascidos vivos (NV), é 10% inferior que a estimativa fornecida pelo IBGE, de 36,1 por 1.000 NV, baseada na estimacão indireta para todas as UF (IBGE, 2001).

Tendo em vista os dados coletados do (IBGE) fica evidente que os cuidados especializados para RN grave é importantíssimo para a sua reabilitacão e desenvolvimento futuro.

2. OBJETIVOS.

Descrever as características dos RNPTs ao nascer e os cuidados intensivos recebidos no Bloco Obstétrico.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Analisar o perfil dos RNPTs acolhidos no Bloco Obstétrico;
- Pontuar os cuidados essenciais para a sobrevivência dos RNPTS nesse setor;
- Verificar em horas a permanência dos RNPTs no Bloco Obstétrico enquanto aguarda vaga em uma UTI neonatal;
- Registrar o local de transferência após os cuidados imediatos aos RNPTs.

3. JUSTIFICATIVA.

O tema é relevante para os dias de hoje, pois descreve os cuidados imediatos aos neonatos e importância do parto seguro e os cuidados ao RNPT no pós-parto diminuindo os riscos dos mesmos.

O trabalho vem ao encontro do propósito das políticas de saúde, incluindo o pacto pela vida que pretende alcançar níveis de mortalidade infantil, cada vez menores, podendo alcançar as taxas dos países desenvolvidos.

4. HIPÓTESE.

Tendo em vista os cuidados imediatos prestados aos RNPTs com instabilidade hemodinâmica que são assistidos no bloco obstétrico e até o local de transferência.

5. METODOLOGIA.

O projeto foi realizado em caráter retrospectivo e descritivo de abordagem quantitativa. A abordagem foi definida em função da natureza da pesquisa e dos objetivos propostos do estudo. A pesquisa foi realizada no setor do bloco Obstétrico do Hospital Regional Antônio Dias - FHEMIG, no município de Patos de Minas, MG.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho, julho, agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro (conforme permissão do comitê FHEMIG/ DIGEPE/ gerenciamento de ensino e

pesquisa/ núcleo de apoio ao pesquisador, aprovado pelo parecer técnico 183/2016 **CAAE:** 62908716.7.0000.5119), as informações foram retiradas dos livros de registros referentes ao período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017, contabilizando 1 ano.

Junto aos livros de registro do Bloco Obstétrico, onde foram levantados os RNPTs que permaneceram no bloco obstétrico por aproximadamente 2 horas, no ano de 2016.

Realizou-se uma tabulação para análise dos dados utilizando o programa Excel, os dados foram tabulados através de cálculos e mensurados em horas, os dados a que foram coletados: Data do nascimento, Idade gestacional, Peso e quilo gramas, Vias aéreas, Acesso venoso, Medicação vasoativas, Sedação, Setor para onde foi transferido, Transferência Imediata, Permanência no bloco obstétrico.

6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

6.1. O PERFIL DOS RNPTS ACOLHIDOS NO BLOCO OBSTÉTRICO.

A UTI – neonatal e pediátrica no Brasil mostrou um grande avanço nos últimos 20 anos, de certa forma, mantendo a tendência mundial (BARBOSA 2004). Sendo assim, o que é visto hoje é que este crescimento se fez e ainda permanece mantendo-se sem um planejamento estratégico merecido.

Barbosa (2004) ainda acrescenta que não há equidade na divisão dos leitos, com desigualdades nacionais e regionais; o acesso é restrito, castigando quase sempre a parcela mais carente da população. Neste sentido, Menezes *et. al.* (2006) lembra que a procura por maternidades ou (peregrinação) é dificultada pelo pequeno peso ao nascer (< 2.500g).

Segundo Nascimento *et al.* (2012) os dados indicam uma maior dificuldade de acesso a leitos de berçários de risco ou tratamento intensivo neonatal, ou igual à insatisfatória capacidade da assistência.

Segundo o que foi estudado refere que o contato físico entre mãe e filho precoce é de suma importância na visão humanizada do trabalho de parto e cuidados do RN impedindo a sim a separação do binômio, que seria capaz de prejudicar o aleitamento materno. (CRUZI, SUMAMII E SPÍNDOLA 2007).

Verificou-se que na visão da humanização a prioridade é acolher bem o RN, suavizando assim o impacto do mundo intrauterino com o extrauterino. (CRUZI, SUMAMII E SPÍNDOLA 2007).

Observa-se que em blocos obstétricos é recomendado o que se use de uma luz difusa, tenha silêncio, que seja um ambiente tranquilo e que mantenha a temperatura acima de 24 graus, em RNS de baixo Risco este deve ser colocado sobre o ventre da mãe após vir ao mundo, sendo acolhido por ela e apenas após alguns minutos corta-se o cordão umbilical. (MALDONADO, 1990)

Imagina-se que nestes instantes iniciais será uma fase sensível, precursora de afeto e a primeira oportunidade da mãe ser comovida pelo seu bebê, nesse cenário destaca-se a importância que a realização dessas atitudes se assume no bloco obstétrico. (ZVEITER M.2003)

Neste sentido, Zveiter M.(2003) afirma que a equipe multiprofissional de saúde comprometido no nascimento é uma figura facilitadora ou não deste processo, ajudando a abordagem precoce entre a mãe e seu filho para que esse vínculo se forme. Neste parecer, as ações da equipe de enfermagem no pós-parto imediato e nos cuidados prestados ao recém-nascido podem interferir negativamente na aproximação precoce entre a mãe e o bebê.

Nota-se que no que diz respeito à estabilização da temperatura corpórea no modelo humanista prioriza-se o aquecimento do RN, no contato pele a pele com a mãe em um quarto aquecido é fundamental, cobri-lo com um cobertor. (ODENT M, 2002)

É necessário que se identifique-se o perfil dos RPTNs, conforme com as necessidades assistenciais de enfermagem definiram as categorias de cuidado.

Dessa forma, foram consideradas as seguintes áreas de cuidados: termorregulação, peso, atividade espontânea, reação a estímulos, cor da pele, tonicidade muscular, nutrição e hidratação, oxigenação, integridade cutaneomucosa, controle de sinais vitais Temperatura (T), Frequência Respiratória (FR), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA), Saturação de O₂, controle de drenos, sondas e cateteres, terapêutica medicamentosa. (BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 2005)

6.2. OS CUIDADOS ESSENCIAIS PARA A SOBREVIVÊNCIA DOS RNPTS NESSE SETOR.

Observa-se que são vitais para os RNPT os cuidados especiais, nas primeiras 24 horas de vida, constituem um período altamente vulnerável. (NETTINA, 2007)

Os RNPT passaram por um procedimento de mudança será submetido a técnicas de enfermagem adequadas (GARIJO *et al.*, 2001).

Verifica-se que a vida intrauterina para a extrauterina ocorre durante há primeira hora após ter nascido. Entretanto, observa-se que neste período o RN sofre várias alterações e adaptações. (RICCI, 2008).

Considera-se que no período chamado de inatividade de alerta do RN que dura aproximadamente 40 minutos, é que irão ser executados os cuidados imediatos, pois os cuidados administrado a ele nessa ocasião irão assumir um aspecto de maior importância, assegurando assim sua saúde. (ZVEITER e PROGIANTII, 2006).

Foi possível observa que os cuidados imediatos ao RN fundamentam-se em: secar e aquecer o bebê e promover a amamentação dentro da primeira hora prontamente após o nascimento, avaliação rápida no momento do nascimento, cuidado ao cordão umbilical, cuidado aos olhos, amamentação exclusiva, prevenir infecção, imunização e diferenciar e tratar problemas comuns (BECK *et al.*, 2004).

Nota-se que nos últimos anos, além da melhoria dos cuidados ao binômio mãe-filho, através do parto hospitalar berçário e alojamento conjunto, estabeleceu-se um importante conceito, que é o do atendimento perinatal em níveis hospitalares crescentes de complexidade, denominados nível I ou de Cuidados Mínimos, nível II ou de Cuidados Intermediários, nível III ou de Cuidados Intensivos, instalando-se o nível III em regiões estrategicamente situadas, para onde possam fluir os casos mais graves, isto é, regionalizando-se a assistência perinatal (VIEGAS D 1986).

Verificando-se que os cuidados mínimos em - recém-nascidos estáveis na visão clínica e de enfermagem, que permanecem em observação para a detecção de possíveis intercorrências ou de patologias que podem surgir ao longo das horas ou dias de vida. (BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 2005)

Podendo observar os cuidados intermediários em - recém-nascidos estáveis na visão clínica e da enfermagem, sem risco de vida, mas que apresentam algumas intercorrências ou patologias que necessitam de cuidados médicos e de

enfermagem específicos e permanentes para minimizar ou corrigir distúrbios hemodinâmicos decorrentes de suas patologias. (BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 2005)

Considerando-se os cuidados intensivos em - recém-nascidos instáveis na visão clínica e de enfermagem, com distúrbios hemodinâmicos importantes, o qual apresenta risco iminente de vida, quais necessitaram de cuidados médicos e de enfermagem específicos e permanentes para sua estabilização. (BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 2005)

Sendo assim Bochembuzio e Gaidzinski (2005) constata possível a identificação do perfil dos pacientes, definindo os setores de cuidado por complexidade assistencial, observando as áreas de cuidado já determinadas para cada setor: baixo risco (Cuidados mínimos), médio risco, alto risco ou semi – intensivo (Cuidados intermediários), terapia intensiva (Cuidados intensivos.).

Conclui-se a verdadeira importância à assistência de enfermagem ao neonato imediato, que consiste em: manter a desobstrução de vias áreas, aferir sinais vitais, manter a identificação adequada, administrar os medicamentos prescritos, manter a termorregulação, realizar avaliação completa, comprimento e peso e determinação da idade gestacional. (LOBO *ET AL.* 2010)

Neste sentido a enfermagem pode e atua significativamente para a redução das complicações relacionadas com ciclo gravídico-puerperal assistindo melhor as gestantes de Maximo risco nos serviços de pré-natal e na orientação de planejamento familiar, do qual o seu contexto socioeconômico cultural. (DOURADO; PELLOSO, 2007)

Conforme bochembuzio e gaidzinski, (2005) é privativo do enfermeiro, quantificar e qualificar os profissionais necessários para a preparação da assistência.

Notou-se que devido a grande demanda do SUS vivida hoje pelos hospitais públicos Brasileiros é necessário que o enfermeiro seja o mais capacitado para que possa treinar sua equipe para diversas eventualidades a tendo em vista que o enfermeiro de blocos obstétricos seja especializado em obstetrícia para que possa oferecer respaldo total para as clientes e equipe técnica e multidisciplinar.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

7.1 SEMANAS GESTACIONAIS.

Verifica-se que os pré-termos (RNPT) e aquele que nasce com idade inferior a de 37 semanas gestacionais e que, geralmente, precisa de cuidados especiais ou intensos. (SIMPSON C, 2005)

Sendo assim os RNPTs são prematuros extremos quando o (período gestacional é entre 24 e 30 semanas) e moderados (período gestacional entre 31 e 34 semanas). O limítrofe tem a idade período de 35 a 37 semanas. (OLIVEIRA J M F, 2007)

Observa-se que a prematuridade acontece quando existe a intervenção da gravidez, antes que o feto esteja totalmente amadurecido para a vida extrauterina, com o nascimento de um neonato com riscos e varias complicações. (VIEGAS D 1986)

Foram apresentados neste estudo apenas os RNPTs (recém-nascido pré-termo) de período gestacional inferior a 37 semanas, a pós a coleta de materiais relativos a uma pesquisa de 12 meses realizados no bloco obstétrico do Hospital Regional Antonio Dias observando que a idade mínima dos RNs foi 23 semanas e 1 dia de vida, a idade máxima foi 36 semanas e 6 dias.

Segundo os dados coletados de uma amostra total de 199 RNPTs concluiu se que 23.1 semanas a 30.6 semanas teve uma amostra de 29 (13,07%) RNPTs e de 31semas a 36.6 semas foi apresentado 177 (86,93%) RNPTs, sendo a media geral de 33 semanas e 3 dias.

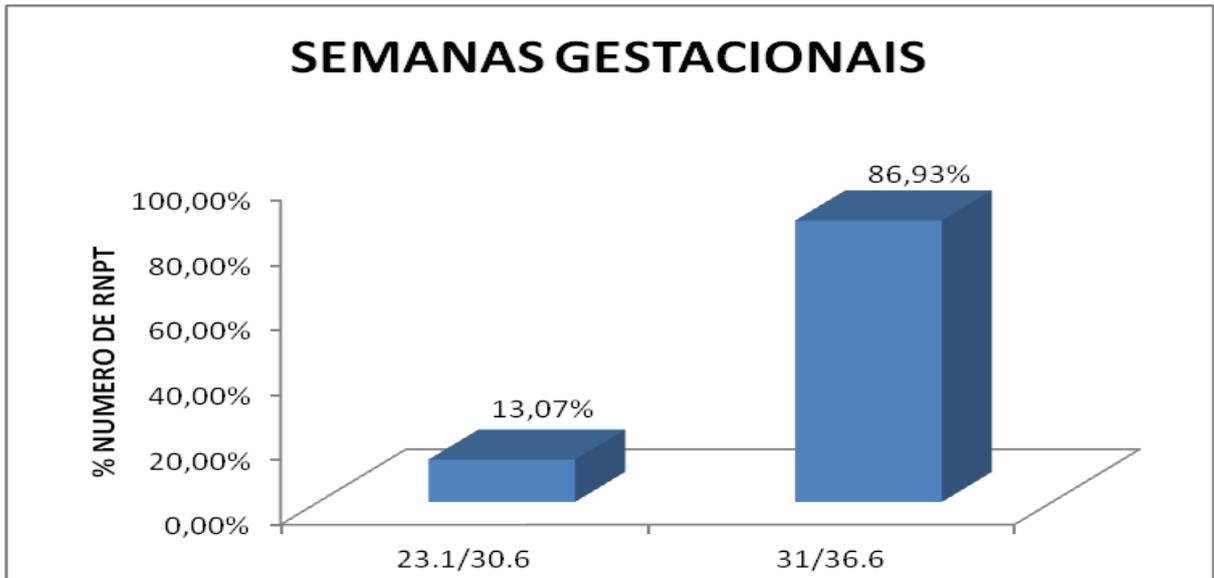


Figura 1: Semanas gestacional no trabalho titulado o perfil dos recém-nascidos e os cuidados intensivos recebidos no bloco obstétrico.

Segundo a amostra de (Salge AKM 2009) que foi constituída de 104 RNPTs com idade inferior a 37 semanas e a média de idade gestacional dos RNPTs foi de 31 semanas mais 4 dias.

7.2 LOCAIS DE TRANSFERÊNCIA APÓS OS CUIDADOS IMEDIATOS AOS RNPTs.

Sendo assim que executados os processos de reanimação ao nascimento, nos 15-30 principais minutos de vida podendo ser transportar o RNPT à unidade neonatal de cuidados especiais é necessário que o transporte seja feito de uma forma segura. (MARBA ST 2011)

Verifica-se que Independente da longitude do centro obstétrico à localidade neonatal tornam-se urgente os cuidados específicos relevantes à estabilidade da temperatura do RN, permeabilidade de vias aéreas, o suporte respiratório e acesso vascular. (SBP, 2016)

Nota-se que é primordial, que ao chegar à unidade neonatal o RNPT tenha uma monitorização contínua respiratória, frequência cardíaca e a Saturação de Oxigênio. O RNPT só poderá ser transportado se não houver bradicardia normalmente o sinal de pulso à oximetria é eficiente para a leitura confiável da Saturação Oxigênio e da Frequência cardíaca C, é imprescindível aferir a

temperatura com termômetro. O translado é concluído quando a equipe que atendeu o RNPT no bloco obstétrico e o transportou relatar todas as informações específicas a equipe do neonatal e evidenciar o processo no prontuário do paciente. (SBP, 2016)

Nesta etapa do estudo foi possível observar para onde os RNs foram encaminhados após a alta pediátrica ou internação na UTI-Neonatal. Sendo que 48 (24,62%) foram encaminhados para a UTI-neonatal do Hospital Regional Antonio Dias (HRAD) onde a pesquisa foi realizada; hospital referência em gestação de alto risco da região, e que 68 (34,17%) RNPTs foram estabilizados no Bloco Obstétrico e conduzidos ao Alojamento Conjunto (A.C) do mesmo Hospital após a alta pediátrica, e 82 (41,21%) dos RNs foram encaminhados para as outras UTI-neonatais da cidade de Patos de Minas sendo esses o Hospital Vera Cruz ou Hospital São Lucas.

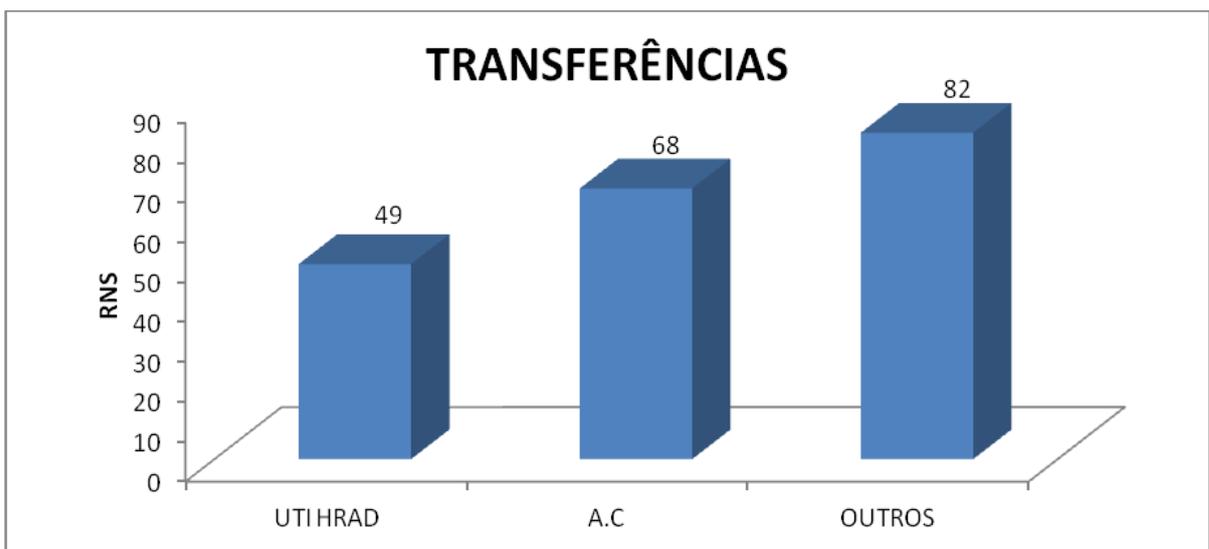


Figura 2: Transferências, no trabalho titulado o perfil dos recém-nascidos e os cuidados intensivos recebidos no bloco obstétrico.

Segundo a pesquisa de Ribeiro, Felice e Souza (2008) foram possíveis identificar que os RNs, 84,81% receberam alta, sendo que 11,39% ficaram em observação e 3,8% foram para o neonatal (UTI).

7.3 TEMPOS DE PERMANÊNCIA DOS RNPTS NO BLOCO OBSTÉTRICO ENQUANTO AGUARDA VAGA EM UMA UTI NEONATAL.

De acordo com a última atualização realizada pela CETI, em Março de 2012, o Estado de Minas Gerais apresenta um quantitativo de 1.501 leitos adultos, 499 neonatais e 193 pediátricos disponíveis à população dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), credenciados pelo Ministério da Saúde.(PONTES 2012).

Refere-se esse quantitativo de leitos de uti-neonatais 499 em (Minas Gerais) observou-se que ainda é pequeno diante a grande demanda,acomentando assim aos RNPTs a ter que esperar por uma vaga em blocos obstetricos.

Segundo os dados coletados as horas esperadas pelos RNPTs no bloco obstetrico foram trasformadas em graficos, onde foram verificados que mesmo tendo a indispensabilidade de UTI neonatal a onde é preconizadas 2 horas de espera pelo ministério da saúde,eles ainda acabam esperando devido a falta de leitos de UTIs,o mínimo de horas esperado foi de 00;00 a 00;59 horas quando se consegue a vaga de imediato neste caso tivemos uma amostra de 97 RNPTs, de 01;00/02;59 horas tivemos uma amostra de 12 RNPTs,de 03;00 a 05;59 tivemos 55 RNPTs ,sendo de 06;00 a 09;59 a amostra apresentou 17 RNs, de 10;00 a 23;59 horas 16 RNs,de 24;00 a um numero maior tivemos 2 RNs,o tempo maximo foi de 48 horas esperadas pelos RNPTs no B.O (bloco obstetrico) sendo realizados todos os cuidados especificos necessarios,e a media geral de espera e de H/M 03.40.Não foi possível realizar a comparação desses dados coletados,pois não estudos similares a esses dados.

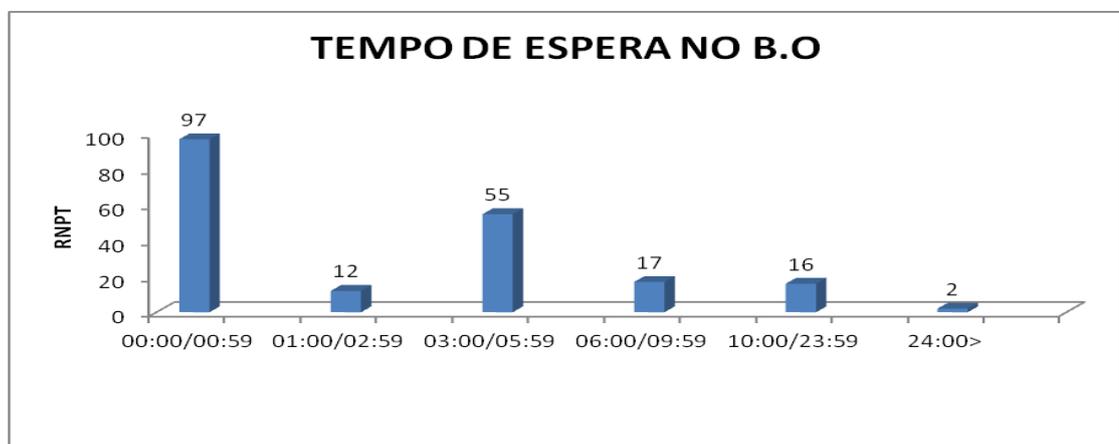


Figura 3: Tempo de espera no bloco obstétrico no trabalho titulado o perfil dos recém-nascidos e os cuidados intensivos recebidos no bloco obstétrico.

7.4 SEDAÇÃO.

Observa-se que no trabalho titulado o perfil dos recém-nascidos e os cuidados intensivos recebidos no bloco obstétrico. O diagnóstico e tratamento de um RNPT grave, seja no setor de emergência ou na UTI neonatal, são sempre invasivos e agressivos. (R.S. MIYAKE, A.G. REIS, S. GRISI 1998).

Sendo possível observar procedimentos traumáticos e dolorosos, como punções dos mais variados sítios, cateterismos vasculares, intubação oro traqueal, sondagem vesical, diálise peritoneal etc., são frequentemente realizados, levando ao neonato à agitação, ansiedade e estresse. (R.S. MIYAKE, A.G. REIS, S. GRISI 1998).

Segundo estudos já realizados há categorias de drogas que estão sendo utilizadas para o manejo dos RNPTs. Tendo assim a diminuição do sofrimento do neonato e da resposta de estresse diante dos estímulos dolorosos, facilitando a realização de procedimentos diagnósticos e tratamento aumentando, assim, a probabilidade de sucesso. (R.S. MIYAKE, A.G. REIS, S. GRISI 1998).

Foi concluindo que 41 (20,71%) dos RNPTs necessitaram de sedação e que 158 (79,29%) dos rns não precisaram ser intubados ou sofrer algum outro tipo de intervenção invasiva que lhes causa dor ou desconforto.

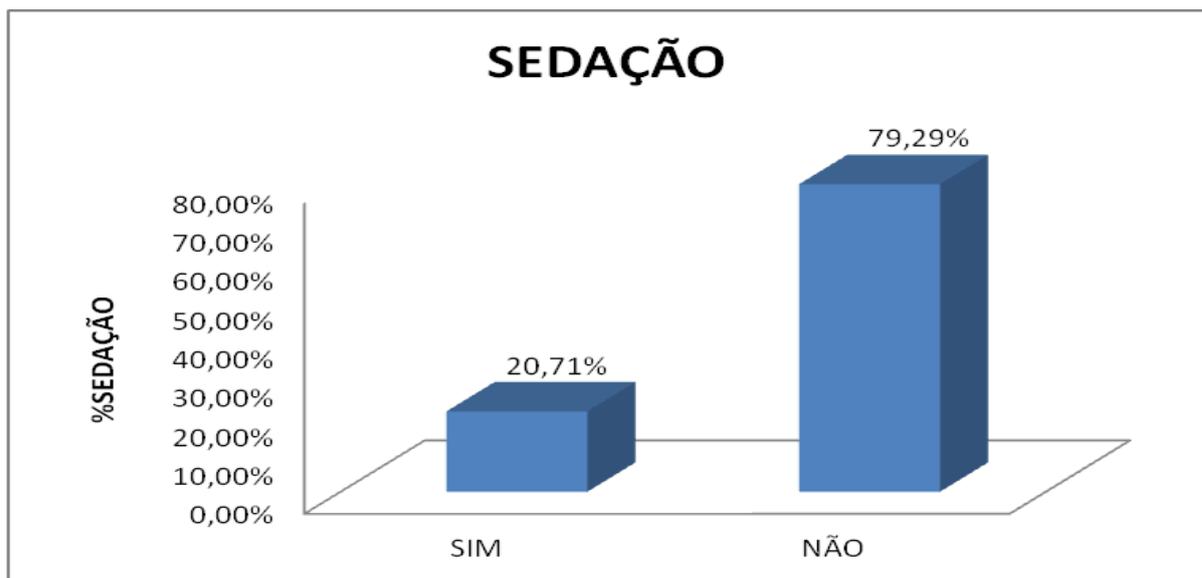


Figura 4: sedação realizada em blocos obstétricos.

Segundo a análise de Elias, Cajigas e Thimoteo (2016) em ambos, as avaliações rotineiras para dor baseadas na Escala de Faces de dor durante o emprego do Fentanil foram de Dor Ausente (score zero). Na avaliação dos 44 recém-nascidos, apenas 21 bebês (47,7%) apresentaram dor durante o período de internação; em outros 8 (18%) bebês, a presença da dor foi constatada por duas ou três vezes, e em apenas 5 (11%) recém-nascidos enfermos houve o registro de quatro ou, no máximo, cinco avaliações positivas para dor durante a permanência.

Sendo assim o uso analgésico não faz parte da rotina do serviço, sendo assim é pouco usada à analgesia farmacológica durante a passagem do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC). O PICC foi inserido em 17 bebês internados, porém apenas dois receberam morfina durante tais procedimentos. (ELIAS; CAJIGAS; THIMOTEO, 2016).

7.5 VIAS AÉREAS.

Podendo observar que o pulmão do RNPT extremo tem um desenvolvimento inferior aos demais, o de desenvolvimento desse pulmão de 24-26 semanas é bem inferior aos de 30-32 semanas do período gestacional. (SUGUIHARA C 2005).

Sendo assim com 24 semanas, o pulmão apresenta-se no estágio de aperfeiçoamento canalicular, que se prolonga de 16 a 26 semanas do período gestacional caracterizando-se pela distinção dos pneumócitos tipo 2, iniciando o desenvolvimento da circulação pulmonar e o de sáculos finos que se tornarão os alvéolos. (SUGUIHARA C 2005).

Destacando-se que o pulmão inicia a viabilidade para troca gasosa com 30 semanas, o pulmão encontra-se na etapa sacular. Essa etapa desenvolve-se entre 26-28 a 32-36 semanas gestacional e caracteriza-se pelo aumento desses sáculos e limitação do espaço intersticial. (SUGUIHARA C, 2005).

Verificando que a etapa alveolar prolonga-se de 32-36 semanas do período gestacional até aproximadamente 2 anos de vida. (COALSON JJ, 2003)

Notando-se que o parto prematuro causa o impedimento da respiração e afeta o desenvolvimento comum dos alvéolos e da vasculatura pulmonar destes RNPT. SUGUIHARA C (2005).

Tendo assim um dos cuidados imediatos oferecidos aos RNPTs nos primeiros minutos de vida é a oxigênio terapia, quando há a dificuldade respiratória, ela é vital para evitar ou diminuir vários tipos de lesões e suas implicações como; lesões neurológicas, Síndrome de desconforto respiratório grave Insuficiência respiratória grave, óbito. (SUGUIHARA C ,2005).

Segundo Suguihara C (2005). Com o desenvolvimento das tecnologias é de grande valia o emprego do surfactante e oxigênio e avanços na ventilação mecânica, RNPTs cada vez mais têm sobrevivido.

Conforme os dados colhidos ha amostra dos RNPTs que necessitaram da intubação foi 46 (23,23%) os que necessitarão e usaram o suporte do hood (tenda) foi o de 97 (48,48%) e os RN dos quais não precisaram de nenhum tipo de suporte de oxigênio terapia foram de 56 (28,28%).

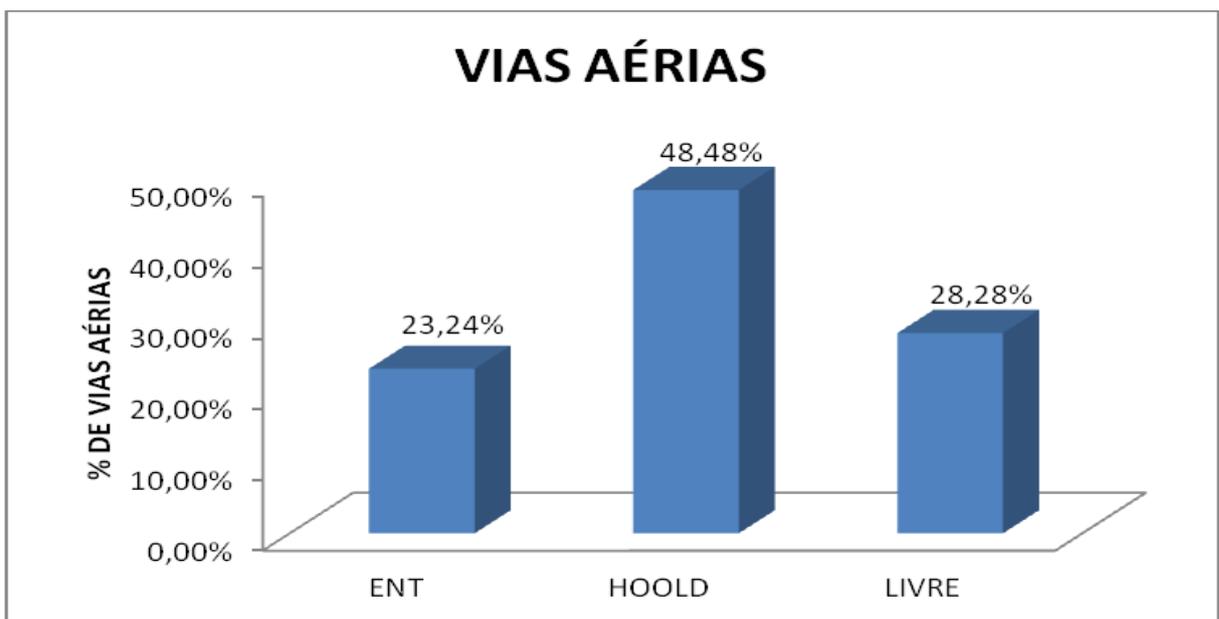


Figura 5: Tipos de suporte para vias aéreas utilizados em bloco obstétrico para manter a estabilidade hemodinâmica dos RN no trabalho titulado o perfil dos recém-nascidos e os cuidados intensivos recebidos no bloco obstétrico.

Em relação ao uso de ventilação pulmonar foi constatado por Elias, Cajigas e Thimóteo (2016) que nos 44 dos rns avaliados 26 (60%) deles foram submetidos a alguma ventilação pulmonar, pela cânula traqueal ou pronga nasal, 16 (36%) rns necessitarão apenas oxigênio terapia inalatória e dois 2 (4,5%) RN permaneceram em ar ambiente por todo o processo da internação.

7.6 ACESSOS VENOSOS.

Verifica-se que cateteres venosos centrais fornecem acesso vascular seguro ao RNPTs os (CVC) podem ser não tunelizados, tunelizados, centrais de inserção periférica (PICC) e totalmente implantáveis. (PHILLIPS LD ,2001)

Observando-se que na neonatologia, os cateteres mais utilizados são os não tunelizados e os PICCs. Os PICCs são inseridos por enfermeiras especializadas, à beira do leito, por punção percutânea de veia periférica. Já a inserção dos cateteres por punção percutânea das grandes veias do pescoço e do tórax e os cateteres inseridos por flebotomia é realizada pelo cirurgião (FRANCESCHI; CUNHA, 2010).

Foi verificado que 49 (24,75%) dos RNPTs tiveram a necessidade da realização do procedimento de cateterismo umbilical antes da transferência para o neonatal e que 150 (75,25%) não precisaram do cateterismo umbilical sendo assim foram encaminhados para o neonatal ou alojamento conjunto livres de acesso.

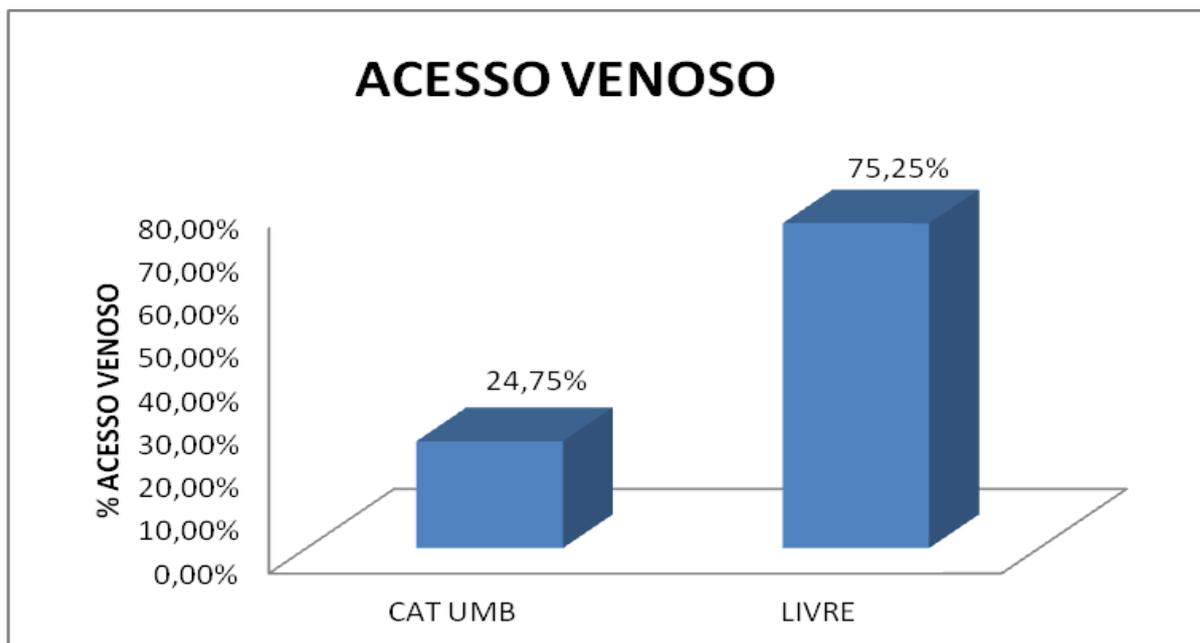


Figura 6: Tipos de acesso venoso utilizado no bloco obstétrico no trabalho titulado o perfil dos recém-nascidos e os cuidados intensivos recebidos no bloco obstétrico.

Na amostra de Franceschi; cunha, (2010) consistiu de 167 RNs, é possível observar que os RNs utilizaram mais de um cateter devido à inviabilidade de uso do mesmo, sendo que 35 neonatos utilizaram 2 cateteres, 5 neonatos utilizaram 3 cateteres, 7 neonatos utilizaram 4 cateteres e 2 neonatos utilizaram 5

cateteres, totalizando 241 cateteres inseridos.

7.7 MEDICAÇÕES VASOATIVAS.

Observa-se que a preferência de escolha para realizar as medicações vasoativas em RNPTs é a endovenosa, dando-se a veia umbilical. (SBP, 2016)

Nota-se que a bradicardia do prematuro é normalmente em resultado da insuflação pulmonar insuficiente ou da hipoxemia duradoura, desta maneira, a ventilação efetiva é a etapa mais imprescindível para corrigir a bradicardia. (SBP, 2016)

Cuja frequência cardíaca permaneça maior que 60 bpm, com relação ha ventilação efetiva por cânula traqueal com oxigênio a 100%, seguida de massagem cardíaca eficiente, o emprego de adrenalina, expansor de volume ou ambos é conveniente. (SBP, 2016)

Relacionando que na ocasião em que não há retorno da bradicardia com a adrenalina endovenosa, assegurar que a VPP e a massagem cardíaca estão corretas, repetir o uso da adrenalina a cada 3 a 5 minutos (invariavelmente por via intravenosa, na dose 0,03 mg, kg) e considerar a possibilidade do emprego expansor de volume. (soro fisiológico). (WYCKOFF MH 2015)

Tendo em vista que o expansor de volume poderá ser usado para reanimar o RNPT com hipovolemia, mas é fundamental o cuidado na designação do expansor de volume, uma vez que pode torna-se deletério causando lesão miocárdica, causada pela asfixia. (KAPADIA VS ,2013)

Observando-se que em concordância com os dados coletados da pesquisa foi possível verificar que 45 (22,73%), dos RNPTs tiveram a primordialidade do uso de drogas vasoativas para assegurar o padrão clínico estável e 154 (77,27%) não necessitaram de medicações vasoativas para preservar a estabilidade de seus padrões clínicos.

Segundo o estudo de São Paulo (2013) formado por 137 RNPT foram observado 22 (16,8%) da amostra receberam drogas vasoativas.

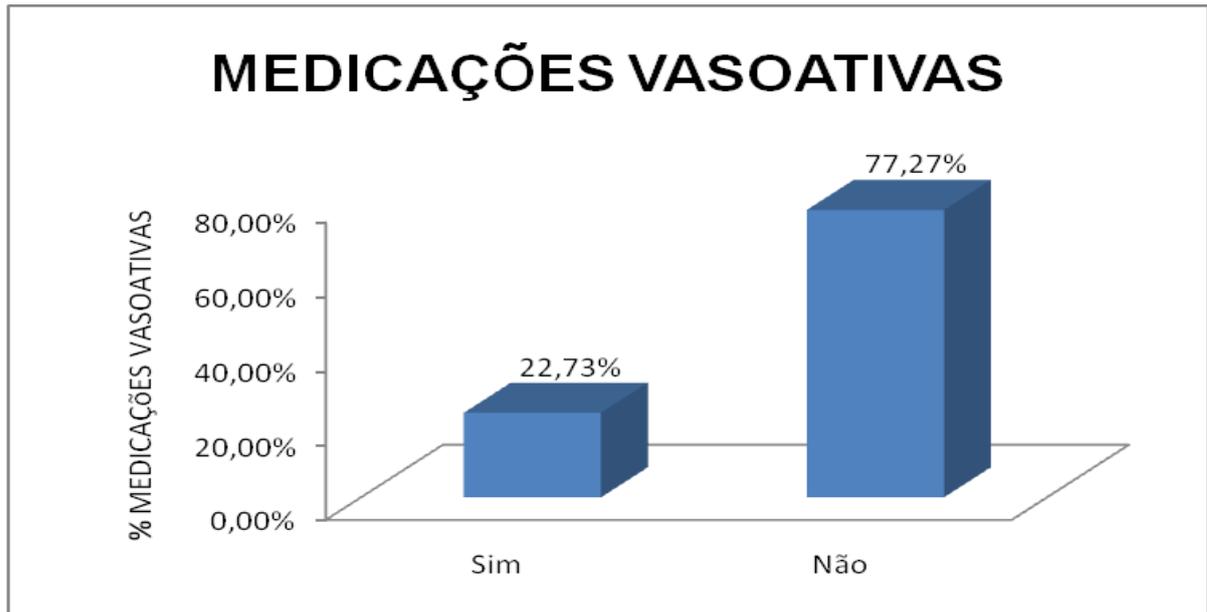


Figura 7: Medicações vasoativas utilizados no bloco obstétrico para assegurar estabilidade hemodinâmica dos RN, trabalho titulado o perfil dos recém-nascidos e os cuidados intensivos recebidos no bloco obstétrico.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

No primeiro gráfico referente às semanas gestacionais: conforme com os dados coletados de uma amostra total de 199 RNPTs foi verificado que de 23.1 semanas gestacionais há 30.6 semanas gestacionais teve uma amostra de 29 (13,07%) RNPTs, e de 31 semanas gestacionais há 36.6 semanas gestacionais foi apresentado 177 (86,93%) RNPTs, sendo a media geral de 33 semanas e 3 dias.

No segundo gráfico Transferências: foi possível observar para onde os RNs foram encaminhados após a alta pediátrica ou internação na UTI-Neonatal. Sendo que 48 (24,62%) foram encaminhados para a UTI-neonatal do Hospital Regional Antonio Dias (HRAD) onde a pesquisa foi realizada; hospital referência em gestação de alto risco da região, existe a mostra na qual 68 (34,17%) RNs que foram estabilizados no Bloco Obstétrico e conduzidos ao Alojamento Conjunto(A.C) do mesmo Hospital após a alta pediátrica, e 82 (41,21%) dos RNs foram encaminhados para as outras UTI-neonatais da cidade de Patos de Minas sendo esses o Hospital Vera Cruz ou Hospital São Lucas.

No terceiro gráfico foi evidenciado O tempo de permanência dos rns no bloco obstétrico enquanto aguarda vaga em uma UTI neonatal: segundo os dados coletados as horas esperadas pelos RNPTs no bloco obstetrico foram transformadas em graficos, onde foi observado que mesmo tendo a indispensabilidade de UTI-neonatal a onde é preconizadas 2 horas de espera pelo ministerio da saude, eles ainda acabam esperando devido a falta de leitos de UTIs,o minino de horas esperado foi de 00;00 a 00;59 horas quando se consegue a vaga de imediato neste caso tivemos uma amostra de 97 RNPTs, de 01;00/02;59 horas tivemos uma amostra de 12 RNPTs,de 03;00 a 05;59 tivemos 55 RNPTs ,sendo de 06;00 a 09;59 a amostra apresentou 17 RNs, de 10;00 a 23;59 horas 16 RNs,de 24;00 a um numero maior tivemos 2 RNs,o tempo maximo foi de 48 horas esperadas pelos RNPTs no bloco obstetrico sendo realizados todos os cuidados intensivos necessarios,e a media geral de espera e de H/M 03.40 horas.

No quarta gráfica sedação: concluindo se que devido aos procedimentos invasivos realizados nos RNPTs o numero de sedação ainda é discreto, tendo em vista que 41 (20,71%) dos RNPTs necessitaram de sedação e que 158 (79,29%) dos rns não tornou-se preciso ser intubados ou sofrer algum outro tipo de intervenção invasiva que lhes causa dor ou desconforto.

O quinto gráfico de Vias Aéreas: Sendo assim o parto precoce causa o interrrompimento da respiração e afeta o desenvolvimento comum do RN um dos cuidados imediatos oferecidos aos RNPTs nos primeiros segundos de vida é a oxigeno terapia, quando há a deficiência respiratória, ela é indispensável para diminuir ou evitar vários tipos de lesões e suas implicações.

Sendo assim conforme dados colhidos à amostra dos RNPTs que necessitaram da intubação foi 46 (23,23%) os que necessitarão e usaram o suporte do hood (tenda) foi o de 97 (48,48%) e os RN que não precisaram de nenhum tipo de suporte de oxigeno terapia foram de 56 (28,28%).

No sexto gráfico Acesso Venoso foi verificado que 49 (24,75%) dos RNPTs tiveram a necessidade da realização do procedimento de cateterismo umbilical antes da transferência para a UTI neonatal e que 150 (75,25%) não precisaram do cateterismo umbilical sendo assim foram encaminhados para a UTI neonatal ou alojamento conjunto livres de acesso.

No sétimo e ultimo gráfico da pesquisa Medicacões Vasoativas; As medicações são indispensáveis na reanimação e a estabilização clinica dos

neonatos nos blocos obstétricos de acordo com os dados coletados da pesquisa foi possível verificar que 45 (22,73%), dos RNPTs tiveram a indispensabilidade do uso de drogas vasoativas para assegurar o padrão clínico estável e 154 (77,27%) na qual se fez desnecessário o emprego de medicações vasoativas para manter a estabilidade de seus padrões clínicos.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a análise de novos dados e a comparação de dados já existente podendo assim haver uma melhora na política de saúde do SUS para a demanda do número de UTIs Neonatais que consiga abranger a maioria dos usuários possíveis com qualidade, de uma forma rápida ou imediata.

9. ANEXOS.



DIGEPE – Gerência de Ensino e Pesquisa
Núcleo de Apoio ao Pesquisador – (31) 3239-9545 / 3239-9556

PARECER TÉCNICO 183/2016

SIGED: 00035153 2271 2016
De: DIGEPE / Gerência de Ensino e Pesquisa / Núcleo de Apoio ao Pesquisador
Para: NEP-HRAD
Data: Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2016

Projeto de Pesquisa "O perfil dos recém-nascidos e os cuidados intensivos recebidos no bloco obstétrico"
Unidade: HRAD
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Aline Maria dos Santos Caixeta

Ilmo. Sr. Coordenador do NEP-HRAD,

O projeto foi apresentado em uma cópia impressa, CDROM, Check-list preenchido; link para o lattes dos pesquisadores; folha de rosto preenchida e assinada.

Trata-se de um projeto de TCC do curso de Enfermagem da Faculdade de Patos de Minas.

O objetivo é "descrever as características das crianças ao nascer e os cuidados intensivos recebidos no Bloco Obstétrico"

Os pesquisadores classificam o estudo como "retrospectivo e descritivo de abordagem quantitativa"

As variáveis que serão levantadas do prontuário estão apresentadas no projeto e de acordo com o objetivo do trabalho.

Apresentado orçamento sem ônus para Fhemig e cronograma de atividades compatível com objetivo do projeto.

Aprovo o projeto e parabeno os pesquisadores pela iniciativa.

Será necessário o upload deste parecer e da folha de rosto assinada na plataforma Brasil para avaliação do mesmo pelo COEP-Fhemig.

Atenciosamente,


Marcelo Militão Abrantes
FHEMIG/DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa/Núcleo de Apoio ao Pesquisador

Saúde



Aline Maria dos Santos Caixeta Xavier - Pesquisadora - UF

Encargados

Versão atualizada: 20/03/2017

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS E OS CUIDADOS INTENSIVOS RECEBIDOS NO BLOCO OBSTÉTRICO

Pesquisador Responsável: Aline Maria dos Santos Caixeta Xavier

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62908716.7.0000.5119

Submetido em: 20/03/2017

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_824131

- DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

	Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> ▼ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ▼ Pendência de Parecer (PO) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ▼ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> Comprovante de Recepção - Submissão Folha de Rosto - Submissão 2 Informações Básicas do Projeto - Submi Projeto Detalhado / Brochura Investigad ▶ Apreciação 2 - Fundação Hospitalar do Est ▶ Projeto Completo 					

- LISTA DE APECIAÇÕES DO PROJETO

Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissão *	Modificação *	Situação *	Exclusiva do Centro Coord. *	Ações
PO	Aline Maria dos Santos Caixeta Xavier	2	20/03/2017	24/03/2017	Aprovado	Não	

- HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	24/03/2017 08:52:32	Parecer liberado	2	Coordenador	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	PESQUISADOR	
PO	24/03/2017 08:52:15	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	
PO	24/03/2017 08:52:01	Parecer do relator emitido	2	Coordenador	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	
PO	24/03/2017 08:46:18	Aceitação de Elaboração de Relatoria	2	Coordenador	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	
PO	24/03/2017 08:45:55	Confirmação de Indicação de Relatoria	2	Coordenador	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	
PO	21/03/2017 09:38:57	Indicação de Relatoria	2	Secretária	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	
PO	21/03/2017 09:38:23	Aceitação do PP	2	Secretária	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	
PO	20/03/2017 22:16:52	Submetido para avaliação do CEP	2	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	
PO	15/12/2016 16:49:17	Parecer liberado	1	Coordenador	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	PESQUISADOR	

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	15/12/2016 16:42:52	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMG	

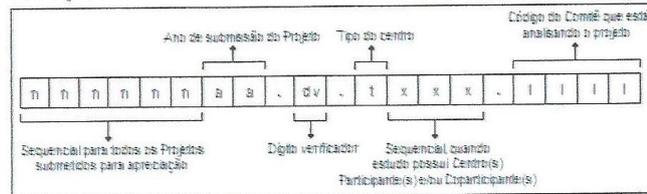
« « Ocorrência 1 a 10 de 16 registro(s) » »

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Modificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	

(*) Formação do CAAE



[Voltar](#)

10. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Márcia Furquim de et al. Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil. **Saúde Publica**. Rio de Janeiro, p. 1088-1098. Jun. 2011.

BARBOSA, Arnaldo Prata. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2004. P. 437-43

BECK, D.; GANGES, F.; GOLDMAN, S.; LONG, P. **Recém-nascido: manual de consulta**. 2004.

BOCHEMBUZIO, Luciana; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, p. 382-389. 18 abr. 2005.

CARVALHO, Manoel de et al (Ed.). A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria: sociedade brasileira de pediatria**. Rio de Janeiro, 2005. P. 111-118.

CALDEIRA, Antônio Prates et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Saúde Publica**, Montes Claros, p.67-74, 2002.

CRUZI, Daniela Carvalho dos Santos; SUMAMII, Natália de Simoni; SPÍNDOLA, Thelma. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm USP**, Sao Paulo, p.690-697, 2 jan. 2007. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 2 jan. 2007.

COALSON JJ. **Pathology of new bronchopulmonary dysplasia**.

Semin Neonatal. 2003; 8:73-81. Curso de Fisioterapia, Centro Universitário da Grande Dourados, Dourados, 2008. Cap. 2.

DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: o

desejo e a programação de uma. **Acta**, Maringa, p.69-74, 20 jan. 2007.

ELIAS, Luciana Sabatini Doto Tannous; CAJIGAS, Claudia; THIMOTEO, Beatriz dos Santos. **Avaliação DA DOR NA UNIDADE NEONATAL SOB A PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL NO NOROESTE PAULISTA**. 2016. 6 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Faculdades Integradas Padre Albino (fipa), Catanduva-sp, 2016. Cap. 2.

FRANCESCHI AT, Cunha MLC. Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres venosos centrais em recém-nascidos hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [. mar-abr 2010; 18(2): 07 telas].

GARIJO, C.; POSH, M. L.; NEGRETE, R.; RAMIREZ, R. **Guias práticos de Enfermagem Pediatria**. Rio de janeiro, 2001.

KAPADIA VS, Wyckoff MH. **Drugs during delivery room resuscitation--what, when and why? Semin Fetal Neonatal Med**. 2013; 18(6): 357-61.

LOBO, S. F.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SCHNECK, A. C.; SILVA, F. M. B.; BONADIO, I. C.; RIESCO, M. L. G. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal Peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 812-818, 2010.

MARBA ST, Guinsburg R, Almeida MFB, Nader PJ, Vieira AL, Ramos JR et al. Transporte do recém-nascido de alto risco: diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria. **São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria**; 2011.

MALDONADO MTP. **Psicologia na gravidez: parto e puerpério**. 11ªed. Petrópolis: Vozes; 1990.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi et al. **Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município**. Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 553-559. mar. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humanização do parto, humanização do pré-parto e nascimento. Brasília (DF): Secretária Executiva, 2002.

MIYAKE, R.S.; REIS, A.G. and GRISI, S. Sedação e analgesia em crianças. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 1998, vol.44, n.1, pp.56-64. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000100012>.

NASCIMENTO, Renata Mota do et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza Ceara, Brasil. **Saúde pública.** Rio de Janeiro, p. 559-572. mar. 2012.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NEIVA, F. C. B.; LEONE, C. R. Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. Pró-Fono **Revista de Atualização Científica, Barueri (SP)**, v. 19, n. 3, p. 241-248, jul.-set. 2007.

ODENT M. **O renascimento do parto.** Florianópolis: Saint Germain;2002.

OLIVEIRA J M F. **Prevalência de retinopatia de prematuridade em recém-nascidos com peso de nascimento L. 32 semanas no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS).** 2004 [acesso em 15 de fev 2007].Disponível em: <http://www.medico.org/especialidade/neonatologia/rop-josieldefinal151204.doc>

PHILLIPS LD. **Cateteres de acesso venoso central.** In: Phillips LD. Manual de Terapia Intravenosa. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001. p. 334

PONTES, Elaine Pereira; GONCALVES, Renata Melgaço. **As expectativas da melhoria da qualidade da assistência em unidades de terapia intensiva neonatal do estado de Minas Gerais, no Sistema Único de Saúde, obtidas a partir da capacitação profissional.** In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 5, 2012, Brasília.

RIBEIRO, Joici Adriana Antoniazco Batistão; FELICE, Thais Duarte; SOUZA, Rosângela de. **PREVALÊNCIA DE RECÉM NASCIDOS PEQUENOS PARA A IDADE GESTACIONAL EM HOSPITAL PRIVADO CREDENCIADO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE DOURADOS – MS**. 2008. 10 f. Monografia (Especialização)

RICC, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SAO PAULO. maria alesandra da s.menezes. Recem-Nascidos Prematuros Assistidos pelo Método Canguru: Avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Revista Paulista de Pediatria, São Paulo** , v 32, n 2, p 171-177, 20 dez 2013. Disponível em: rpp@spsp.org.br acesso em 04 jul 2017.

SALGE AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, Zatta LT, Correa RPM, Siqueira KM, Guimarães JV, Rocha KMN, Chnem BM, Silva PCR Fatores maternos e neonatais associados á prematuridade. **Rev.Enf.** (internet).2009;11(3):642-6 Available From: [HTTP://WWW.fen.ufg.br/revista/v11n3a23.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11n3a23.htm).

SILVA, Natália D.; VIEIRA, Maria Rita R.. **A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém nascido de risco em um hospital de ensino**. 2008. 7 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Pós-graduada em Terapia Intensiva, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Famerp, São José do Rio Preto, 2008. Cap. 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP**: Reanimação do Prematuro. 6 ed. Rio de Janeiro: Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao. Acesso em: 26 jan. 2016.

SZWARCWALD, Celia Lamdmann et al. Estimacão da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informacões sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Saúde Pública**. Rio de Janeiro, dez. 2002. p. 1725-1736.

SIMPSON C, Kelnar CJK, Harvey D. **O recém-nascido doente: diagnóstico e tratamento em neonatologia**. 3a ed. Sao Paulo: Ed. Santos, 1999. Suguihara C, LESSA AC. Como minimizar a lesão pulmonar no prematuro extremo: propostas. J Pediatr (Rio J). 2005; 81(1Supl): S69-S78.

VIEGAS D. **A organização da assistência perinatal**. In: Viegas D, Vilhena-Moraes R, editores. Neonatologia clínica e cirúrgica. São Paulo: Atheneu; 1986. p. 24-7.

WYCKOFF MH, Aziz K, Escobedo MB, Kapadia VS, Kattwinkel J, Perlman JM, et al. Part 13: **Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Circulation. 2015; 132(18 Suppl 2): S543-60.

ZVEITER M. Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde (1986): **cuidados essenciais ao recém-nascido –comentário sobre as implicações psíquicas** [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.